

DŮVODOVÁ ZPRÁVA

I. Obecná část

A. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace (RIA)

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

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

1.2 Definice problému

Programové prohlášení vlády České republiky obsahuje v části týkající se zdravotnictví mimo jiné závazek k posílení státního dozoru nad finančními toky zdravotního pojištění a nad fungováním zdravotních pojišťoven. Na základě této skutečnosti se navrhuje změna právní úpravy v zákonech upravujících systém veřejného zdravotního pojištění a činnost zdravotních pojištění v následujících oblastech.

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

Jako nedostatečná se v současnosti jeví právní úprava kontroly nakládání s finančními prostředky systému veřejného zdravotního pojištění, zejména v oblasti smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Příjmy zdravotních pojišťoven jsou přitom tvořeny platbami od plátců pojistného (pojištěnci a zaměstnavatelé) nebo od státu, který hradí pojistné za tzv. státní pojištěnce z prostředků státního rozpočtu. Ve všech případech se jedná o veřejné finanční prostředky, jejichž využívání má podléhat podrobné kontrole jak ze strany orgánů státní správy, tak ze strany veřejnosti. Veřejná kontrola by se přitom měla realizovat prostřednictvím dohledu nad obsahem smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. To tím spíše, že obsah smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb může být sjednán mimo parametry stanovené každoročně vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. Může tak docházet k individuálnímu zvýhodňování jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven, které nakládají s veřejnými prostředky.

Obsah smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb je v současnosti dostupný pouze na základě žádosti prostřednictvím zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon č. 106/1999 Sb.“), a to v souladu s rozsudkem Nejvyššího správního soudu Sp. zn. 3 Ads 33/2006. Takovou praxi

považuje předkladatel za nedostatečnou, především s ohledem na velké množství smluv uzavřených mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb a rovněž na nekomplexnost stávající právní úpravy ve vztahu k silné potřebě veřejné kontroly. Je třeba uvést, že celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění (resp. základních fondů všech zdravotních pojišťoven) činily v roce 2013 cca 221,8 mld. Kč, a s ohledem na to, že se tyto veřejné finanční prostředky používají zejména k úhradě poskytovaných hrazených služeb na základě individuálních smluv, je nezbytné zajistit jejich transparentnost prostřednictvím veřejné kontroly nad jejich obsahem.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

Stávající právní úprava v zákoně č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o VZP“), a zákoně č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách“), nebrání zdravotním pojišťovnám provádět nábor pojištěnců prostřednictvím tzv. třetích osob, tedy právnických a fyzických osob, které vykonávají tuto činnost na základě smlouvy a za provizi mimo pracovněprávní vztah s pojišťovnou. Jak ukazuje dlouhodobá praxe, využívají tyto třetí osoby při náboru pojištěnců problematické metody, např. uvádějí oslovené osoby v omyl, sjednávají přechod k jiné pojišťovně mimo lhůty stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. apod. Předchozí snahy o částečnou regulaci této činnosti nevedly k pozitivním výsledkům.

Výše uvedené skutečnosti vyplývají z přímých poznatků Ministerstva zdravotnictví, na které se se stížnostmi na postupy třetích osob obrací jak pojištěnci, tak pojišťovny, které jsou těmito praktikami negativně dotčeny např. tím, že dochází ke změnám ve kmeni jejich pojištěnců.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Stávající právní úpravu sankcí podle zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách je třeba považovat za nedostatečnou. V současnosti by mohly být potenciálně sankcionovány pouze dvě protiprávní jednání zdravotních pojišťoven v zákoně o VZP a zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách, konkrétně

i. pokud zdravotní pojišťovna při náboru pojištěnců poskytuje nebo nabízí těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k této zdravotní pojišťovně peněžní nebo nepeněžní plnění nebo jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to i v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění,

ii. pokud zdravotní pojišťovna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu nepředloží Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora.

Je třeba uvést, že ani jedna ze sankcí nebyla dosud uložena, resp. nebylo zahájeno správní řízení o správním deliktu za porušení výše uvedených povinností.

V souvislosti se snahou posílit kontrolu nad zdravotními pojišťovnami je žádoucí upravit rozsah sankčního ustanovení, aby povinnosti stanovené zdravotním pojišťovným zákonem byly řádně vynutitelné a jejich porušení přiměřeně sankcionováno.

d) Snížení povinného přídělu do rezervního fondu

Zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost naplňovat rezervní fond. Ten musí být naplněn alespoň ve výši 1,5 % průměrných výdajů základního fondu za tři poslední roky. Zdravotní pojišťovna je oprávněna tyto prostředky použít pouze ke krytí schodku na základním fondu a v případě pohrom a katastrof. S ohledem na aktuální stav systému veřejného zdravotního pojištění je nezbytné uvolnit část těchto prostředků na úhradu poskytovaných hrazených služeb.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Ze stávající právní úpravy zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách není zcela zřejmé, za jakých podmínek dochází ke střetu zájmů u osob, které vykonávají funkci ředitele nebo funkci člena některého orgánu zdravotní pojišťovny (správní a dozorčí rady). Z aplikační praxe má přitom předkladatel za potvrzené, že v některých případech dochází u těchto osob k takovému střetu zájmů (pozn. není myšleno ve smyslu zákona č. 159/2006 Sb., o střetu zájmů, ve znění pozdějších předpisů), kdy zároveň vykonávají činnost nebo funkci, která je s výše uvedeným neslučitelná. Zejména se jedná o členství v orgánech právnických osob (případně se může jednat i o fyzické osoby jako podnikatele), která jsou ve smluvním vztahu ke konkrétní zdravotní pojišťovně, a to bez ohledu na to, zda se jedná přímo o poskytovatele zdravotních služeb nebo jiné dodavatele zboží a služeb (např. dodavatel IT technologií). Jednoznačně žádoucí je zamezit, aby se na rozhodování zdravotní pojišťovny podílely osoby, které by mohly rozhodování zdravotní pojišťovny ovlivnit ve svůj prospěch.

f) Dílčí problémy vyplývající z aplikace právní úpravy v oblasti veřejného zdravotního pojištění, zakotvení farmaceuta jako nositele výkonu a nedostatečná právní úprava informační povinnosti zdravotních pojišťoven vůči Ministerstvu zdravotnictví

i. Povinnost zpětně doplatit pojistné v případě, kdy pojištěnec neprokáže placení pojistného v jiném státě při tzv. dlouhodobém pobytu v cizině, není zcela jednoznačně vymezena. Ustanovení § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. tak v současném znění umožňuje více výkladů, což se projevuje i v odlišné praxi zdravotních pojišťoven při rozhodování takových případů.

ii. V případě očkování proti papilomaviru zákon č. 48/1997 Sb. stanoví, že hrazené je pouze v případech, kdy je podáváno ve třech dávkách. Vzhledem k tomu, že v současnosti lze úspěšně očkovat již ve schématu dvou dávek, které je zároveň ekonomicky méně náročné, je

nezbytné na tuto skutečnost reagovat i změnou právní úpravy. Stejně tak je tomu u očkování proti pneumokokovým infekcím.

iii. S ohledem na potřebu upřesnění regulace ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění a vyhlášek, kterými se každoročně stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení, je potřeba revidovat a zpřesnit obsah zmocňovacích ustanovení některých prováděcích právních předpisů.

iv. Jako nedůvodné se jeví zachování Zajišťovacího fondu, který v současné době disponuje prostředky cca ve výši 44 mil. Kč a neplní tak funkci, pro níž byl zřízen. Jeho účelem bylo primárně uspokojení poskytovatelů hrazených služeb v případech, kdy z prostředků likvidované zaměstnanecké pojišťovny nebylo možné uspokojit splatné pohledávky za hrazené služby nebo nebyla-li zaměstnanecká pojišťovna s více věřiteli dlouhodobě schopna plnit své splatné závazky. Vzhledem k tomu, že na základě zákona č. 298/2011 Sb. bylo 95 % finančních prostředků Zajišťovacího fondu převedeno na zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění a následně přerozděleno, je stávající zůstatek Zajišťovacího fondu nedostatečný k naplnění výše uvedeného účelu.

v. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí často nedisponuje podstatnými informacemi, které jsou nezbytné pro výkon jeho působnosti stanovené zákonem. Jedná se především o data a informace nezbytné k tvorbě úhradových mechanismů (úhradová vyhláška, systém DRG), sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, rozvoji systému přerozdělování a sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb. Tyto informace přitom mají k dispozici zdravotní pojišťovny, kterým ovšem není stanovena zákonná povinnost je Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí poskytovat.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

Oblast zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb není dosud právními předpisy řešena, přičemž z hlediska systematického připadá pro její zařazení v úvahu zejména ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb.

Právní úprava povinného přídělu zdravotních pojišťoven do rezervního fondu, náboru pojištěnců, a ukládání sankcí zdravotním pojišťovnám je obsažena v zákoně o VZP a zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách. Rezervní fond je v současnosti udržován ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Z dikce ustanovení upravujících nábor pojištěnců vysloveně vyplývá, že zdravotní pojišťovny mohou k náboru využívat i služby třetích osob, byť s částečnými omezeními, která se ve světle dosavadní praxe jeví jako nedostatečné. Stejně tak nedostatečná je s ohledem na potřeby kontroly i právní úprava ukládání sankcí zdravotním pojišťovnám, přičemž vymezení skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven absentuje rovněž v zákoně č. 48/1997 Sb.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

a) Pojištěnci

K posílení postavení pojištěnců v rámci systému veřejného zdravotního pojištění bude sloužit navrhované opatření spočívající ve zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Transparentnější kontrola veřejnosti může přispět ke zvýšení efektivity při uzavírání jednotlivých smluv a jejich naplňování.

Stejně tak se pozitivně na straně pojištěnců projeví opatření zamezující zdravotním pojišťovnám provádění náboru prostřednictvím třetích osob.

b) Poskytovatelé zdravotních služeb

Jako smluvní strana smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb budou poskytovatelé zdravotních služeb dotčeni skutečností, že zdravotní pojišťovny začnou tyto smlouvy zveřejňovat. Zároveň bude zajištěna ochrana poskytovatelů v tom v rozsahu, v jakém je předpokládána jinými právními předpisy, například zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

c) Zdravotní pojišťovny

Zvýšené administrativní náklady lze na straně zdravotních pojišťoven předpokládat zejména v souvislosti s povinností zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. K této činnosti budou pojišťovny využívat prostředků provozního fondu a s ohledem na to, že se předpokládá zveřejňování smluv v elektronické podobě způsobem umožňující dálkový přístup, budou tyto náklady v řádu desítek tisíc korun ročně.

Dopad na činnost zdravotních pojišťoven bude mít rovněž zákaz náboru pojištěnců prostřednictvím třetích osob. Zdravotní pojišťovny budou muset do budoucna pro nábor pojištěnců využívat pouze své vlastní zaměstnance. Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví nemá k dispozici přesný obsah smluv týkajících se náboru pojištěnců, nelze určit přesné náklady pojišťoven na tuto činnost. Lze nicméně očekávat, že v případě zákazu této možnosti dojde ke snížení výdajů zdravotních pojišťoven.

Dopad na hospodaření zdravotních pojišťoven bude mít snížení povinně udržované výše rezervního fondu z 1,5 % na 0,75 %, nicméně se jedná o prostředky, které budou následně využity k úhradě poskytovaných hrazených služeb ze základního fondu zdravotní pojišťovny.

1.5 Popis cílového stavu

Jak vyplývá z předcházejících částí této zprávy, je cílový stav po nabytí účinnosti navrhované právní úpravy následující:

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

K zajištění transparentního a efektivního využívání veřejných finančních prostředků budou zdravotní pojišťovny zveřejňovat způsobem umožňujícím dálkový přístup smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb a to včetně všech změn a dodatků. Každý se bude moci dovolávat zveřejnění těchto smluv a porušení povinností vyplývajících pro zdravotní pojišťovnu z této právní úpravy bude sankcionováno pokutou až do výše 10 000 000 Kč, přičemž příjem z pokut bude příjmem státního rozpočtu. Tím dojde rovněž k posílení zákonné

kontrolní pravomoci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí, které budou i bez nutnosti zahájení kontroly podle zákona o VZP nebo zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách schopná identifikovat smlouvy a dodatky, které se zásadně odchyľují od standardních úhradových mechanismů.

b) Nábor pojišťenců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

Novelou zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách bude zcela zakázána možnost náboru pojišťenců prostřednictvím třetích osob, při kterém dochází k problematickému jednání, které nemají příslušné orgány státní správy v této oblasti možnost ovlivňovat. Případné porušení této povinnosti bude sankcionováno pokutou až do výše 5 000 000 Kč.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

V souladu s ustálenými pravidly správního trestání budou do zákona č. 48/1997 Sb., do zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách zakotveny skutkové podstaty správních deliktů spočívajících v porušení povinností vyplývajících z těchto zákonů. Správní delikty budou sankcionovány pokutami přiměřenými povaze porušení povinností a závažnosti takového jednání. Dojde tak k lepší vynutitelnosti povinností zdravotních pojišťoven v oblasti veřejného zdravotního pojištění a posílení kontrolní činnosti nad těmito právníckými osobami hospodařícími s veřejnými prostředky.

d) Snížení povinného přídělu do rezervního fondu

K zajištění stabilizace systému veřejného zdravotního pojištění v oblasti úhrad za poskytované hrazené služby je nutné využít volné prostředky na rezervních fondech zdravotních pojišťoven. Zároveň je ovšem nezbytné zachovat alespoň přiměřenou výši prostředků rezervního fondu na pokrytí neočekávaných událostí, s nimiž budou spojeny zvýšené náklady na hrazené služby (přírodní katastrofy, epidemie).

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Cílem v této oblasti je jednoznačně zamezit střetu zájmů u osob, které mohou ovlivňovat rozhodování zdravotní pojišťovny a tím i nakládání s veřejnými prostředky systému veřejného zdravotního pojištění. Za tím účelem budou precizně vymezeny překážky pro výkon funkce ředitele a člena orgánu zdravotní pojišťovny a před začátkem výkonu funkce budou osoby povinny předložit čestné prohlášení o neexistenci takových překážek. Případná jednání v rozporu se zákonem by poté měla být sankcionována.

f) Dílčí problémy vyplývající z aplikace právní úpravy v oblasti veřejného zdravotního pojištění

Cílem navrhované právní úpravy je rovněž odstranit dílčí nedostatky legislativně-technického charakteru a nedostatky, které v současnosti komplikují aplikaci stávajícího znění

novelizovaných zákonů. K některým konkrétním úpravám odkazuje předkladatel na 1.2 této zprávy.

Zároveň dojde ke zrušení Zajišťovacího fondu, jehož zbývající prostředky budou rozděleny poměrně mezi zaměstnanecké pojišťovny podle výšky jejich vkladů za dobu existence Zajišťovacího fondu.

1.6 Zhodnocení rizika

V případě nepřijetí navrhované novely zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách budou přetrvávat nedostatky, jak jsou popsány v předchozích kapitolách. Jedná se zejména o:

- nedostatečnou veřejnou kontrolu nad hospodařením s finančními prostředky systému veřejného zdravotního pojištění a zachování stavu, kdy jsou smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb dostupné pouze na základě žádosti podle zákona č. 106/1999 Sb.,
- Ministerstvo zdravotnictví nebude mít zákonnou možnost vyžádat si k výkonu své působnosti od zdravotních pojišťoven data a informace nezbytné k tvorbě úhradových mechanismů (úhradová vyhláška, systém DRG), sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb a rozvoji systému přerozdělování,
- absence řádného vymezení skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven nezaručuje v současnosti řádnou vynutitelnost povinností stanovených novelizovanými zákony,
- nadále bude existovat vážné riziko střetu zájmů v případě výkonu funkce ředitele a člena orgánů zdravotních pojišťoven, pokud tyto funkce budou vykonávat osoby, které mohou mít z rozhodování zdravotní pojišťovny vlastní majetkový prospěch,
- zachování dílčích nedostatků právní úpravy, které znesnadňují aplikaci provádění veřejného zdravotního pojištění a poskytování hrazených služeb.

2. Návrh variant řešení

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

Varianta 0

Předpokládá zachování stávající právní úpravy, z níž nevyplývá povinnost zdravotních pojišťoven zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb, které uzavírají s poskytovateli.

Varianta 1

Touto právní úpravou dojde ke stanovení povinnosti zdravotních pojišťoven zveřejnit veškeré smlouvy, které budou platné (účinné) v době nabytí účinnosti novely zákona č. 48/1997 Sb. a zároveň všech smluv, jejich změn a dodatků k těmto smlouvám, které vstoupí v platnost po nabytí účinnosti této novely.

Varianta 2

Tato právní úprava nad rámec varianty 1 stanoví povinnost zdravotním pojišťovnám zveřejnit rovněž smlouvy, které byly platné (účinné) v zákonem vymezené době před nabytím účinnosti této novely.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

Varianta 0

Tato varianta nepředpokládá změnu stávající právní úpravy a s ohledem na její znění v zákoně o VZP a zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách bude zachována možnost provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob.

Varianta 1

Novelou zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách dojde k zákazu náboru pojištěnců prostřednictvím třetích osob.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Varianta 0

Tato varianta nepředpokládá změnu stávající právní úpravy. Nebude doplněn výčet porušení povinností stanovených zákonem zdravotním pojišťovnám a nedojde ani k precizaci současných sankčních ustanovení, v němž nejsou vymezeny skutkové podstaty správních deliktů, za něž je možné sankci uložit.

Varianta 1

Na základě této varianty budou do stávajícího znění doplněny odkazy na příslušná ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách tak, aby korespondovaly s povinnostmi zdravotních pojišťoven z nich vyplývající. Každé deliktní jednání bude zároveň vymezeno zvláštní skutkovou podstatou s uvedením ustanovení, kterého se týká, a maximální výše sankce, jakou lze za porušení dané povinnosti uložit.

d) Snížení povinného přídělu do rezervního fondu

Varianta 0

Tato varianta nemění současný stav a ponechává tak povinnou udržovanou výši rezervního fondu zdravotní pojišťovny ve výši 1,5 %.

Varianta 1

V rámci tohoto řešení dochází ke snížení povinné udržované výše rezervního fondu zdravotní pojišťovny z 1,5 % na 0,75 %.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce u ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Varianta 0

Nedojde ke změně současného stavu právní úpravy překážek pro výkon funkce a zákonem o VZP a zákonem o zaměstnaneckých pojišťovnách nebudou upraveny ani sankce vůči osobám, které budou vykonávat některou z funkcí (ředitel nebo člen orgánu zdravotní

pojišťovny), i přes skutečnost, že budou zároveň v postavení osoby, která může mít z rozhodování zdravotní pojišťovny majetkový prospěch.

Varianta 1

Na základě poznatků z aplikační praxe Ministerstva zdravotnictví bude precizováno ustanovení obsahující ty činnosti či funkce, které není možné vykonávat zároveň s výkonem funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny.

Jedná se o

- členy vedení nebo členy orgánu jiné zdravotní pojišťovny; členství v orgánu jiné zdravotní pojišťovny není překážkou, je-li člen jmenován vládou,
- distributory léčivých přípravků, distributory zdravotnických prostředků, nebo výrobce léčivých přípravků, či výrobce zdravotnických prostředků,
- zaměstnance nebo členy orgánu právnické osoby, kteří jsou distributory léčivých přípravků, distributory zdravotnických prostředků, výrobci léčivých přípravků nebo výrobci zdravotnických prostředků,
- poskytovatele, s nímž zaměstnanecká pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu,
- společníky v právnické osobě poskytující zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách, s níž zaměstnanecká pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu, nebo
- společníky nebo členy orgánu právnické osoby, které jsou dodavatelem zboží nebo služeb zaměstnanecké pojišťovně, nebo
- fyzické osoba podnikající dodává zboží či služby zaměstnanecké pojišťovně.

Z praxe zároveň vyplývá, že současné vymezení překážek pro výkon funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny, do nějž je zahrnuta i osoba blízká, je značně rigidní, neboť zabraňuje výkonu funkce všem osobám, které mají mezi příbuznými v řadě přímé, sourozenci nebo za manžela nebo partnera osobu, která by rovněž byla ve střetu zájmů (tedy včetně lékařů, farmaceutů atd.) podle zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách. Předkladatel považuje současný stav v tomto konkrétním bodě za nevyhovující, a proto navrhuje, aby se vymezené překážky pro výkon funkce na osoby blízké nevztahovaly.

Za účelem zajištění řádné aplikace navržené právní úpravy bude každá osoba před zahájením funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny povinna předložit čestné prohlášení, že nevykonává činnost nebo nezastává funkci, která by byla překážkou pro výkon funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny. V případě uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení, je takové jednání považováno za přestupek a sankcionováno až do výše

500 000 Kč. Stejně tak je sankcionována situace, kdy v průběhu výkonu funkce ředitele nebo člena orgánu dojde ke vzniku překážky pro výkon funkce a dotyčná osoba o tom neinformuje příslušný orgán nebo osobu.

3. Vyhodnocení nákladů a přínosů

3.1 Identifikace nákladů a přínosů

Identifikace nákladů a přínosů byla provedena zejména na základě údajů, které má Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán v oblasti zdravotního pojištění k dispozici, a v souladu s poznatky praxe správního a kontrolního orgánu v této oblasti. Náklady a přínosy jsou zejména kvalitativního charakteru a v podstatné části vyplývají z Programového prohlášení vlády České republiky.

Vyhodnocení nákladů a přínosů jednotlivých variant je vždy provedeno samostatně pro každou část návrhu uvedenou v části 2 písm. a) až d) této závěrečné zprávy z hodnocení dopadů regulace. Varianta 0 je hodnocena z hlediska nákladů a přínosů pouze tehdy, kdy jsou signifikantní oproti dalším navrženým variantám.

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

Varianta 1

Navržená varianta přináší náklady na straně zdravotních pojišťoven, které budou muset vynaložit na zajištění vytvoření elektronického obrazu veškerých platných (účinných) smluv, jejich dodatků a změn, z nichž vyplývá úhrada za poskytované hrazené služby, a zároveň na zajištění uložení těchto dokumentů způsobem umožňujícím dálkový přístup. Předpokládá se, že počet zveřejněných dokumentů bude v řádu desítek tisíc a kvalifikovaným odhadem, vyplývajícím částečně z fungujícího systému evidence smluv a dodatků, jsou předpokládány náklady na jejich zveřejnění u jednotlivých pojišťoven v rozmezí 500 000 Kč až 1 000 000 Kč.

Přínosem tohoto opatření bude zvýšení transparentnosti vynakládání veřejných prostředků v oblasti zdravotního pojištění. V případě, že dojde na základě veřejné kontroly k identifikaci neefektivního využívání finančních zdrojů systému veřejného zdravotního pojištění, bude možné na tuto skutečnost rychleji reagovat, a dojde tak k úspoře finančních prostředků.

Varianta 2

Toto řešení s sebou, kromě nákladů identifikovaných u varianty č. 1, nese navíc i náklady na zveřejnění smluv, dodatků i změn, na jejichž základě by bylo možné určit úhradu za poskytované hrazené služby i v minulosti. Tyto náklady není předkladatel schopný přesně odhadnout, podstatné by bylo časové určení, za něž se mají smlouvy zveřejňovat. Lze nicméně předpokládat, že tyto náklady by násobně narůstaly každým kalendářním rokem, za něž by pojišťovny byly povinny tyto smlouvy zveřejnit. Zároveň není zřejmé, zda veškeré tyto smlouvy, které pozbyly platnosti, mají zdravotní pojišťovny nadále k dispozici.

Zdravotní pojišťovny již nicméně samy zahájily zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb v roce 2014, aniž by tato povinnost byla stanovena přímo zákonem. Plošná povinnost zveřejnit smlouvy stanovena zákonem vztahující se i na toto období by tedy

nepřinesla zásadnější zvýšení nákladů na straně zdravotních pojišťoven a zároveň by umožnila okamžité porovnání se současným či budoucím stavem, což by přispělo větší transparentnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

Na obdobím před rokem 2014 přitom bude zachována možnost kterékoliv fyzické osoby požádat o tyto smlouvy prostřednictvím zákona č. 106/1999 Sb.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

Varianta 1

Náklady zavedení této varianty jsou nulové. Zdravotní pojišťovny již nebudou moci provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob. Přínos zavedení této regulace spočívá v zamezení neefektivního vynakládání finančních prostředků na náборы pojištěnců. V současné době není znám přesný celkový objem finančních prostředků alokovaných zdravotními pojišťovnami na nábor pojištěnců prostřednictvím třetích stran, neboť přesné částky jsou obsahem smluv, které nemá Ministerstvo zdravotnictví k dispozici. Je možné předpokládat, že z provozního fondu vynakládají zdravotní pojišťovny na tzv. akvizice až desítky milionů Kč ročně. Tyto prostředky budou při zavedení této regulace uspořeny, přičemž zdravotní pojišťovny mohou k náboru pojištěnců plně využívat svých kmenových zaměstnanců.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Varianta 1

Náklady na realizaci varianty 1 souvisejí s rozšířením právní úpravy správních deliktů na některá další jednání, za něž bude správní orgán (Ministerstvo zdravotnictví) oprávněno udělit sankci (pokutu). Jedná se např. o porušení povinností zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě hrazené péče podle zákona č. 48/1997 Sb. nebo provádění náboru pojištěnců prostřednictvím jiných osob, než těch, které jsou v pracovněprávním vztahu ke zdravotní pojišťovně. Správní delikty budou projednávány v běžném správním řízení. Předkladatel není schopen přesně odhadnout, v jakém rozsahu bude docházet k porušování povinností zdravotními pojišťovnami, za něž bude možné nově udělit pokutu. Při předpokládaném rozšíření okruhu správních deliktů se může jednat až o více než 10 zahájených správních řízení ročně, které se mohou lišit dle náročnosti konkrétního případu. Odhad na personální obsazení může v takovém případě být cca 0,5 – 1 pracovní úvazek, tedy náklady na rozpočet Ministerstva zdravotnictví jako příslušného správního orgánu mohou činit 150 – 300 000 Kč.

Přínosem je jednoznačně lepší vynutitelnost povinností vyplývajících z právní úpravy pro zaměstnanecké pojišťovny. Rozšíření okruhu deliktů má významný preventivní charakter, který bude posílen stanovením adekvátní výše pokut za každé postihované protiprávní jednání. Stanovením skutkových podstat správních deliktů dojde k posílení právní jistoty adresátů zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách (zdravotní pojišťovny) a zároveň k lepší vynutitelnosti sankcí, neboť stávající právní úprava nedostatečně vymezuje předmět správního deliktu.

d) Snížení povinného přidělu do rezervního fondu

Varianta 1

Po snížení zákonné udržované výše rezervního fondu zdravotních pojišťoven předpokládá předkladatel uvolnění cca 600 mil. Kč ve prospěch základního fondu zdravotního pojištění jednotlivých zdravotních pojišťoven a tím i lepší využitelnost těchto prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění.

Nedochází přitom k žádným dalším nákladům, neboť tyto prostředky byly do rezervního fondu načerpány z plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění a budou využity za účelem úhrad.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Varianta 1

Přínosem jednoznačného vymezení překážek pro výkon funkce u osob, které mají vliv na rozhodování zdravotní pojišťovny (včetně rozhodování o podstatných záležitostech týkajících se využívání veřejných prostředků z plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění), je zajištění nestranného rozhodování vrcholných orgánů zdravotních pojišťoven, a tím i řádného hospodaření s veřejnými prostředky. Je třeba zdůraznit, že takové ovlivňování může spočívat např. i ve zvýhodňování některého segmentu zdravotních služeb v rámci smluvních vztahů týkajících se úhrady hrazených služeb.

Podstatným přínosem do zajištění nezávislého rozhodování je rovněž povinnost předat před zahájením výkonu funkce čestné prohlášení o absenci takových překážek, přičemž uvedení nepravdivých údajů je sankcionováno pokutou až do výše 500 tis. Kč.

Případné náklady by si mohlo vyžádat vedení správního řízení vůči fyzickým osobám, které by povinnosti vyplývající pro ně z navržené úpravy střetu zájmů, porušily. Lze nicméně očekávat, že takových případů bude (pokud vůbec) zanedbatelné množství a nevyvolá proto žádné dodatečné náklady na straně příslušného správního orgánu, kterým je Ministerstvo zdravotnictví.

4. Návrh řešení

4.1 Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

a) Zveřejňování smluv

V souladu s Programovým prohlášením vlády a zejména poté z důvodu posílení transparentnosti a veřejné kontroly při nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění předkladatel preferuje **variantu 2**. Varianta předpokládající zákonné zakotvení povinnosti zveřejnění smluv uzavřených rovněž v roce 2014 nepřináší zásadní dopady na zdravotní pojišťovny, neboť ty již většinu smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb v tomto roce zveřejnily. Případné zakotvení povinného zveřejnění před rok 2014 by bylo značně nákladnější a prostřednictvím se nezajistí zvýšení dohledu nad aktuálním stavem systému veřejného zdravotního pojištění. Zároveň by patrně neobstálo s ohledem na princip zákazu retroaktivity.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

S ohledem na zajištění transparentního přechodu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a úspore finančních prostředků vynakládaných zdravotními pojišťovnami na nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob preferuje předkladatel **variantu 1**.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Za účelem zajištění lepší vynutitelnosti povinností uložených zdravotním pojišťovnám zákonem č. 48/1997 Sb., zákonem o VZP a zákonem o zaměstnaneckých pojišťovnách je preferována **varianta 1**.

d) Snížení povinného přidělu do rezervního fondu

Předkladatel považuje za nutné využít disponibilní zdroje rezervního fondu pro posílení základního fondu zdravotního pojištění jednotlivých pojišťoven a navrhuje proto **variantu 1**.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Vzhledem ke skutečnostem uvedeným v předchozí části této zprávy je žádoucí realizovat **variantu 1**.

5. Implementace a vynucování doporučených variant

5.1 Implementace

Za implementaci navržené regulace bude odpovědné Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění a dohledu nad činností zdravotních pojišťoven.

5.2 Vynucování

Vynucování navrženého řešení je podrobně popsáno v části 3 tohoto RIA. Doplněno bude rovněž rozšířením sankcí za porušení některých povinností. V současnosti jsou sankční ustanovení formulována relativně úzce, přičemž se podle navržené právní úpravy počítá s pokutou až do výše 5 000 000 Kč při porušení některých povinností podle zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách a pokutou až 10 000 000 Kč při porušení povinností vyplývajících ze zákona č. 48/197 Sb.

6. Konzultace a zdroje dat

Příprava tohoto zákona probíhala ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami jako dotčenými subjekty a k provedení RIA byla použita zejména data, která má Ministerstvo zdravotnictví k dispozici z vlastní činnosti (včetně ÚZIS) nebo mu byla poskytnuta od zdravotních pojišťoven.

B. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem, s mezinárodními smlouvami a s právem Evropské unie

1. Soulad s ústavním pořádkem České republiky

Při zkoumání souladu navrhované změny s ústavním pořádkem bylo přihlíženo především k ústavnímu zákonu č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Ústava“), a dále pak k usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv

a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Listina“). V tomto ohledu nebyl zjištěn žádný rozpor.

Navržená právní úprava respektuje meze stanovené Ústavou a Listinou a prohlubuje některé základní principy, na nichž je postaven právní řád České republiky. Prohlubuje se především právní jistota adresátů příslušných právních norem, zejména se zdůrazňují principy typické pro správní řízení. Rovněž precizace sankčních ustanovení odpovídá principu stanovenému zejména čl. 4 odst. 1 Listiny, který stanoví, že: *„Povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod.“* Navrhovaná právní úprava nijak nesnižuje nabytá práva dotčených subjektů a nejsou diskriminovány žádné specifické skupiny adresátů právních norem.

2. Soulad s právem EU a mezinárodními smlouvami

Navrhovaná právní úprava se nedotýká práva Evropské unie ani mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána. Navrhovaná právní úprava není s právem EU v rozporu.

Navržené ustanovení čl. III bodu 1 a čl. V bodu 1 návrhu ve vztahu k volnému pohybu služeb ve smyslu čl. 56 Smlouvy o fungování Evropské unie jsou odůvodnitelná zejména povahou českého systému veřejného zdravotního pojištění. Ten je financován výlučně veřejnými prostředky, přičemž předkladatel poukazuje na skutečnost, že právě prostřednictvím třetích osob podílejících se na nábořech pojištěnců docházelo k nedůvodnému vyvádění těchto prostředků z tohoto systému. Navrženou úpravou se nejde nad rámec stávající regulace, dochází pouze k formulačnímu zpřesnění, aby se zabránilo plýtvání finančních prostředků určených primárně na provoz zdravotních pojišťoven.

C. Předpokládaný hospodářský a finanční dosah navrhované právní úpravy

Hospodářský a finanční dopad na jednotlivé adresáty navrhované právní úpravy je podrobně uveden v části A této důvodové zprávy včetně vyhodnocení nákladů a přínosů jednotlivých variant řešení.

Náklady budou na straně orgánů veřejné správy maximálně v řádu stovek tisíc korun ročně a budou souviset zejména s novou agendou a zřízením nových systemizovaných míst. Zdravotní pojišťovny budou částečně dotčeny stanovením nových informačních povinností, nicméně v tomto případě se jedná o data, která již povinně archivují a veškeré náklady budou souviset pouze s jejich tříděním a zasláním příslušnému orgánu státní správy (Ministerstvo zdravotnictví). V souvislosti se zveřejňováním smluv se předpokládají na straně jednotlivých zdravotních pojišťoven náklady ve výši 500 tis. Kč až 1 000 tis. Kč podle počtu uzavřených smluv.

D. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Navrhovaná právní úprava se nijak nedotýká ochrany soukromí a osobních údajů fyzických osob. V oblasti zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb návrh výslovně stanoví, že obsahem zveřejnění nesmějí být informace, které jsou předmětem ochrany podle jiných právních předpisů (tj. například podle zákona o ochraně osobních údajů).

Stejně tak v případě zákonného zakotvení informační povinnosti vůči Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh výslovně uvádí, že ochrana osobních údajů podle jiných právních předpisů musí být při naplňování této povinnosti jednoznačně zajištěna.

E. Zhodnocení korupčních rizik navrhovaného řešení (CIA)

V případě zdravotních pojišťoven existují korupční rizika zejména u orgánů, které jménem pojišťovny jednají nebo mají rozhodovací pravomoc. Jde zejména o ředitele a členy správních rad zdravotních pojišťoven. Návrh zákona o VZP a zaměstnaneckých pojišťovnách prohlubuje dosavadní právní úpravu a důsledně vymezuje důvody, pro něž nemůže být fyzická osoba orgánem nebo členem orgánu zdravotní pojišťovny. Tímto způsobem se značně snižuje riziko, aby zdravotní pojišťovna např. uzavírala nevýhodné smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, případně jinými smluvními subjekty, které jsou jakýmkoliv způsobem majetkově nebo osobně provázány s orgány s rozhodovací pravomocí.

Z hlediska přiměřenosti považuje předkladatel toto řešení za naprosto dostatečné a odpovídající situaci na trhu veřejného zdravotního pojištění, kdy v minulosti byly zdravotní pojišťovny propojeny s poskytovateli zdravotních služeb a dalšími subjekty podnikajícími v oblasti zdravotnictví. Docházelo tak často k netransparentnímu přesunu vysokých finančních částek ze systému veřejného zdravotního pojištění k fyzickým a právnickým osobám, které byly přímo napojeny na vlastníky zdravotních pojišťoven. Navržená opatření jsou zároveň vysoce efektivní, neboť neumožňují osobám, na jejichž straně je některá z taxativně vymezených překážek, vykonávat funkce, v nichž by svým rozhodováním mohly ovlivňovat činnost zdravotní pojišťovny. Případné zatajení této skutečnosti podléhá nově sankci až do výše 500 tis. Kč.

K prohloubení dochází rovněž u právní úpravy náboru pojištěnců, kdy se zcela zakazuje nábor prostřednictvím třetích osob a mělo by tak být do značné míry eliminováno riziko, kdy zdravotní pojišťovny získávaly prostřednictvím těchto osob pojištěnce za úplatu.

II. Zvláštní část

Změna zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

K čl. I

K bodu 1 (§ 8 odst. 4)

Změnou tohoto ustanovení dochází k odstranění nejasností při výkladu tohoto ustanovení, kdy podle stávajícího znění není zřejmé, zda pojištěnec, který odjel na dlouhodobý pobyt do zahraničí a následně nepředložil doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině na celou dobu trvání pobytu, je nucen i v případě, že nebyl v cizině pojištěn byť jediný den, doplatit české zdravotní pojišťovně celé pojistné za celou dobu, kdy byl v zahraničí, nebo pouze za dobu, k níž nedoloží doklad o zaplaceném pojištění v cizině.

Z toho důvodu se navrhuje právní úprava, která spočívá v explicitním stanovení povinnosti doplatit české zdravotní pojišťovně pojistné pouze za každý měsíc, ve kterém netrvalo zdravotní pojištění v cizině celý takový kalendářní měsíc, resp. není placení pojistného v cizině pro takový měsíc doloženo.

Předkladatel považuje rovněž za nutné předcházet případům, kdy se osoba účelově přihlásí po dlouhodobém pobytu v zahraničí do systému veřejného zdravotního pojištění, aby mohla čerpat relativně levnou péči v ČR, a po jejím poskytnutí se opět odhlásí z důvodu dlouhodobého pobytu v cizině. Navrhuje se proto stanovení dvouměsíční lhůty, po níž se pojištěnec nebude moci po návratu z dlouhodobého pobytu v cizině odhlásit.

K bodu 2 (§ 8 odst. 6)

Na základě připomínky Veřejné ochránkyně práv návrh dále zmírňuje dopady opomenutí pojištěnce odhlásit se ze zdravotního pojištění při dlouhodobém pobytu v cizině. V případě, že po návratu doloží, že při celém dlouhodobém pobytu (ten je nutné počítat od poslední uhrazené částky pojistného v českém systému veřejného zdravotního pojištění, neboť jiný způsob prokazování je nerealizovatelný) hradil v cizině pojistné a zároveň v tomto období nečerpal hrazené služby, nemůže zdravotní pojišťovna vymáhat penále za období dlouhodobého pobytu v cizině.

K bodu 3 (§ 10 odst. 5)

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „občanský zákoník“).

K bodu 4 (§ 10 odst. 6)

V praxi může dojít k situaci, kdy matka nebude pojištěnkou v systému veřejného zdravotního pojištění, ale otec dítěte ano. Není přitom důvodné, aby v takovém případě nebylo postupováno podle příslušnosti otce ke zdravotní pojišťovně, pokud ten je v systému

veřejného zdravotního pojištění v České republice přihlášen. Navrženou právní úpravu se proto zakotvuje určení příslušnosti pojišťovny dítěte podle pojišťovny otce, v případě, že nelze využít příslušnost ke zdravotní pojišťovně podle matky dítěte.

Zároveň se ustanovení uvádí do souladu s terminologií zákona občanského zákoníku.

K bodu 5 (§ 11 odst. 1)

Stávající znění ustanovení § 11 je značně nepřehledné a neodpovídá požadavkům na tvorbu právních norem. Z toho důvodu se podstatná část přesouvá do § 11a, kde je rozdělena do jednotlivých odstavců.

K bodu 6 (§ 11a)

V současné době má pojištěnec možnost změnit zdravotní pojišťovnu jednou ročně a to vždy do 30. června kalendářního roku s tím, že změna zdravotní pojišťovny se realizuje k 1. lednu následujícího roku. Toto ustanovení je dlouhodobě kritizováno jako neopodstatněné omezení doby, po kterou se může pojištěnec rozhodnout o změně zdravotní pojišťovny. Novou úpravou proto dochází k rozšíření této doby do 31. srpna kalendářního roku.

Zároveň se ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. novelizuje ze shodných důvodů, jako jsou uvedeny ke změně ustanovení § 10 odst. 6 tohoto zákona. Tedy v případech, kdy je pojištěncem pouze otec dítěte a nikoliv matka, určí se příslušnost zdravotní pojišťovny podle otce.

Dále dochází k rozšíření práva na změnu pojišťovny i v případě sloučení zdravotních pojišťoven. Podle dřívější úpravy totiž pojištěnci v případě, že ke sloučení zdravotních pojišťoven došlo po 30. červnu, neměli možnost změnit zdravotní pojišťovnu k 1. lednu následujícího roku a byli nuceni zůstat pojištěni u zdravotní pojišťovny, kterou si nezvolili. Podle nové úpravy budou mít pojištěnci v případě sloučení zdravotních pojišťoven možnost zdravotní pojišťovnu změnit ve speciálních lhůtách oproti obecné právní úpravě.

Ustanovení se zároveň dává do souladu s terminologií občanského zákoníku a upravuje se legislativně-technicky.

K bodu 7 [§ 12 písm. j)]

Úpravou tohoto ustanovení dochází k precizaci provázání s § 8 odst. 4 tak, že je zřejmé, že průkaz pojištěnce je třeba vrátit tehdy, pokud se jedná o dlouhodobý pobyt v cizině řádně oznámený podle § 8 odst. 4 příslušné zdravotní pojišťovně. Lhůta pro odevzdání přitom začíná běžet ode dne zahájení dlouhodobého pobytu v cizině (dne, v němž zanikla povinnost platit pojistné na území České republiky).

K bodu 8 (§ 15 odst. 3)

Navržená úprava reaguje na nesprávnou specifikaci způsobu oplodnění jako „umělého“. Správný termín, který naplňuje účel ustanovení, je „mimotělní“. Umělé oplodnění je pojem nadřazený pojmu mimotělní oplodnění a původní znění ustanovení tak nesprávně regulovalo i výkony, u nichž regulace nebyla zamýšlena. Dále navrhovaná úprava upřesňuje horní

věkovou hranici tak, aby bylo zřejmé, že o hrazenou službu se jedná do dne dosažení třicátého devátého roku života pojištěnky (tj. 38 let a 365 dnů).

K bodu 9 (§ 17 odst. 4)

Nově dochází k úpravě zmocnění pro vydání vyhlášky – seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami – o další nedílnou součást této vyhlášky, kterou jsou pravidla vykazování výkonů. Smyslem vyhlášky totiž nemůže být pouze vydání seznamu názvů výkonů a bodové hodnoty, ale i upřesnění toho, co je výkonem myšleno a jaké podmínky musí být z medicínského hlediska splněny, aby mohl být výkon vykázán. Samotný název výkonu totiž není dostatečně přesný a určitý, aby mohl postihnout výkon v celém jeho rozsahu.

K bodu 10 (§ 17 odst. 5)

Úhrady zdravotní péče v systému veřejného zdravotního pojištění jsou založeny na zálohových platbách zdravotních pojišťoven poskytovatelům zdravotních služeb. Nová právní úprava rozšiřuje zmocnění pro vydání tzv. úhradové vyhlášky o možnost stanovit výši záloh na úhradu hrazených služeb. Tímto opatřením se zabrání nežádoucí situaci, kdy některé zdravotní pojišťovny odmítají platit zálohy ve výši úhrad stanovených úhradovou vyhláškou s odkazem na to, že výše zálohových plateb není v tzv. úhradové vyhlášce specifikována.

K bodu 11 (§ 17 odst. 9)

Navrženou právní úpravou dochází k zakotvení povinnosti zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Toto ustanovení má za cíl zvýšení transparentnosti vynakládání veřejných prostředků v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Zveřejňování smluv rozptýlí pochybnosti o tom, jakým způsobem jsou jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb placeni a zda jednotlivým poskytovatelům nejsou ve smlouvách poskytovány neodůvodněně výhodnější podmínky. Jde o podpůrné opatření, které umožní lepší využití práv občanů na svobodný přístup k informacím a zlepší i povědomí veřejnosti o užití prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Zveřejnění smlouvy nebude podmínkou pro nabytí platnosti takové smlouvy, neboť by mohlo dojít k nežádoucím dopadům do sféry poskytovatelů zdravotních služeb, kteří by v dobré víře plnili na základě smlouvy, kterou se zdravotní pojišťovnou uzavřeli, byť by z důvodů na straně zdravotní pojišťovny (nezveřejnění) taková smlouva nebyla platná. V takovém případě by se jednalo o plnění bez právního důvodu, za něž by tak v praxi nenáležela poskytovatelům úhrada. Z toho důvodu považuje předkladatel za vhodné sankcionovat porušení povinnosti zveřejnit smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb zdravotní pojišťovnou dostatečně odrazující pokutou, a to až do výše 10 mil. Kč. Je třeba uvést, že maximální výše pokuty bude uložena v případech odpovídajícím obecným pravidlům správního trestání, tedy zejména v případě závažného a opakovaného porušování této povinnosti.

Zveřejněním údajů, informací a smluv, které se týkají poskytovatele, který je zároveň zpravodajskou službou by došlo k únik citlivých dat, z nichž by bylo možné odvodit například i některé utajované informace. Z toho důvodu se do ustanovení navrhuje poslední věta.

K bodu 12 [§ 30 odst. 2 písm. b) bod 5]

S vývojem nových léčivých přípravků se ukazuje, že přesné stanovení očkování proti pneumokokovým infekcím právě třemi dávkami očkovací látky v současné době neodpovídá možnostem nových způsobů očkování, které umožňují stejný efekt i při aplikaci menšího počtu dávek očkovací látky. Z tohoto důvodu se navrhuje podmínka explicitního vyjádření počtu tří dávek očkovací látky vypustit a jedinou podmínkou úhrady očkování proti pneumokokovým infekcím bude aplikace očkování dle schváleného očkovacího schématu.

K bodu 13 [§ 30 odst. 2 písm. b) bod 6]

S vývojem nových léčivých přípravků se ukazuje, že přesné stanovení očkování proti lidskému papilomaviru právě třemi dávkami očkovací látky v současné době neodpovídá možnostem nových způsobů očkování, které umožňují stejný efekt i při aplikaci pouze dvou dávek očkovací látky. Z tohoto důvodu je podmínka tří dávek očkovací látky vypuštěna a jedinou podmínkou úhrady očkování proti lidskému papilomaviru zůstává dodržení postupu očkování stanoveného při registraci léčivého přípravku.

K bodu 14 (§ 36 odst. 2)

Navržená změna napravlují logický nesoulad stávajícího znění odstavce 2. Přeprava nemá být hrazena k místu jiného poskytovatele dopravních služeb, ale k místu poskytovatele požadovaných hrazených služeb.

K bodu 15 (§ 39)

Návrhem se předchází dříve zaznamenaným situacím, kdy docházelo k dohodám mezi některými poskytovateli zdravotních služeb a provozovateli pohřebních služeb o odvozu zemřelých pacientů bez ohledu na vzdálenost poskytovatele od místa úmrtí. Stejně jako v případě dopravy pojištěnců za účelem poskytnutí hrazené služby podle ustanovení § 36 odst. 2 zákona č. 38/1997 Sb. bude v případě převozu těla zemřelého pojištěnce hrazena pouze doprava k nejbližšímu poskytovateli, který je schopen příslušnou pitvu provést.

K bodu 16 (§ 39l odst. 1)

Institut revize systému úhrad tak, jak je definován v současném znění zákona, vychází z formátu dvou různých druhů revizí systému maximálních cen a úhrad - hloubkové revize s důrazem především na komplexnost a odborné posouzení přípravků ve skupině v zásadě terapeuticky zaměnitelných léčiv a institut zkráceného revizního řízení zaměřený výhradně na cenové výkyvy v zásadě zaměnitelných léčivých přípravků (např. vlivem vstupu nových a levnějších generik na český trh), který byl ustanoven zákonem č. 298/2011 Sb., 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. Tyto zkrácené revize s účinností od 1. 12. 2011 měly zajistit rychlé a flexibilní revize systému úhrad s cílem snížit dopad na finanční prostředky zdravotního pojištění.

S ohledem na stávající praxi je možné konstatovat, že původní návrh periodického charakteru hloubkových revizí s tříletým intervalem neodpovídá požadavkům na flexibilitu systému. S ohledem na proces a jednotlivé atributy, které musí Ústav posoudit, se jako vhodnější jeví nově ustanovit interval pětiletý, přičemž mezidobí mezi hloubkovými revizemi bude dostatečně vyplněno mechanismy zkrácených revizí.

K bodu 17 [§ 39q odst. 2 písm. a)]

Návrh odstraňuje stávající nedostatek, kdy správnímu deliktu podle písm. a) není přiřazena žádná sankce. Navrhuje se proto stanovit s ohledem na závažnost takového jednání maximální možnou výši sankce ve výši 10 mil. Kč.

K bodu 18 (§ 40 odst. 8)

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií občanského zákoníku.

K bodu 19 (§ 41)

Zdravotní pojišťovny jsou podle stávajícího znění zákona č. 48/1997 Sb. uživatelem vymezených referenčních údajů vedených v základním registru obyvatel o subjektech údajů, kteří jsou jejími pojištěnci. Vzhledem k tomu, že k řádnému plnění zákonných povinností správního orgánu v rámci řízení podle § 53 zákona č. 48/1997 Sb. je nezbytné, aby měly zdravotní pojišťovny možnost zjistit rovněž některé další údaje (které nejsou obsaženy v základním registru obyvatel) týkající se nejen vlastních pojištěnců ale např. i jejich osob blízkých. Bude se jednat např. o situace, kdy v rámci řízení bude nutné ustanovit osobě s omezenou svéprávností nebo osobě neznámého pobytu opatrovníka, přičemž nejvhodnější se jeví ustanovit jím právě osobu blízkou. Za tím účelem se navrhuje, aby Ministerstvo vnitra nebo Policie ČR poskytly na žádost zdravotní pojišťovny některé další taxativně vymezené údaje, bude-li to nezbytné k naplnění úkolů vyplývajících pro zdravotní pojišťovnu z ustanovení § 53 zákona č. 48/1997 Sb.

Obdobná právní úprava je již nyní obsažena v jiných právních předpisech (srov. např. ustanovení § 11a zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů).

K bodu 20 (§43 odst. 2)

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií občanského zákoníku.

K bodu 21 (§ 45a a 45b)

Do zákona se výslovně zakotvují skutkové podstaty některých deliktů jednání zdravotních pojišťoven tak, aby bylo povinnosti stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. možné řádně vynucovat. Bude se jednat např. o porušení povinnosti zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb nebo o nezajištění místní a časové dostupnosti hrazených služeb. Správní řízení o správních deliktech bude vedeno podle správního řádu, přičemž příslušným správním orgánem bude Ministerstvo zdravotnictví a příjem z pokut bude příjmem státního rozpočtu.

Navržená maximální výše sankcí se odvíjí od závažnosti deliktů jednání a navrhuje se ve výši 100 000 Kč až 10 000 000 Kč u jednotlivých správních deliktů.

K bodu 22 (§ 46 odst. 4)

Navrhovatelem výběrového řízení před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb je nově i obec. Jsou to totiž zejména právě obce, které mají přehled o tom, zda je na

jejich území dostatečně zajištěna dostupnost zdravotních služeb, případně s předstihem ví, zda někdo plánuje ukončit lékařskou praxi. Předkladatel proto vidí jako důvodné, aby rovněž obec mohla navrhopvat konání výběrového řízení.

K bodu 23 [§ 47 odst. 2 písm. a)]

Území, jehož se výběrové řízení za účelem uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb týká, musí být ve vyhlášení určeno vždy konkrétně. Není přitom podstatné, zda konkretizace bude učiněna např. vymezením jednotlivých ulic, městských částí, obvodem několika obcí nebo jiným způsobem.

K bodu 24 a 25 (§ 49 odst. 2 a 3)

Navrženou právní úpravou se zpřehledňuje dosavadní znění, podle kterého odstavec 2 a 3 předmětného ustanovení upravovaly vyhotovení zápisu o výběrovém řízení. V praxi jde nicméně o jediný zápis, který obsahuje skutečnosti uvedené v dosavadním znění obou odstavců. Z toho důvodu se právní úprava zpřesňuje a výslovně zakotvuje zhotovení jediného zápisu o průběhu výběrového řízení.

K bodu 26 (§ 52 odst. 1)

Výslovně se zakotvuje povinnost přihlížet při posuzování přihlášek rovněž k síti zdravotní pojišťovny v daném oboru a území.

K bodu 27 (§ 52 odst. 3 a 4)

Pokud není uchazeči vydáno komisí doporučující stanovisko, dochází v mnoha případech k opětovnému podávání shodných přihlášek ve velmi krátké době, aniž by objektivně mohl odpadnout důvod, kvůli kterému nebylo uzavření smlouvy doporučeno. Z toho důvodu se navrhuje minimální lhůta od ukončení výběrového řízení (zveřejnění výsledku výběrového řízení), po níž není stejný uchazeč oprávněn navrhopvat konání dalšího výběrového řízení pro stejné území. Stejná lhůta se stanoví také pro situace, kdy je doporučení komisí uděleno, nicméně žadatel v krátkém časovém intervalu podává návrh na výběrové řízení znovu, např. z toho důvodu, že zdravotní pojišťovna odmítla smlouvu uzavřít.

K bodu 28 (§ 53 odst. 1)

Institut stanovení pravděpodobné výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění je v současné době v právním řádu ČR upraven především v § 25a odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tato úprava jej koncipuje odlišně od ostatních rozhodnutí zdravotních pojišťoven, o kterých hovoří navrhované znění § 53 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, což způsobuje značné interpretační potíže.

Mimo jiné tato neprovázanost spočívá v tom, že je stávající úpravou zákona č. 592/1992 Sb., výslovně stanoveno, že příslušná zdravotní pojišťovna může pravděpodobnou výši pojistného stanovit rozhodnutím, kdežto navrhované znění § 53 zákona č. 48/1997 Sb., hovoří o platebním výměru.

Navrhuje se proto institut stanovení pravděpodobné výše pojistného vyjmout z úpravy § 53 zákona č. 48/1997 Sb., čímž se předchází nežádoucím dopadům dvojí, neprovázané úpravy a naplňuje se zásada seznatelnosti práva.

Stávající znění dotčeného ustanovení staví pojištěnce (resp. plátce pojistného) do značně nevýhodné pozice co do účinků odvolání (vyloučení suspenzivního účinku) proti pokutám, přírážkám k pojistnému, penále a dalším rozhodnutím pojišťoven dle § 53 odstavce 1, ve kterých jsou vydávány platební výměry. Předkládaným návrhem se proto limituje tento postup pouze na platební výměry ve věcech dlužného pojistného.

K bodu 29 (§ 53a odst. 5)

Řízení o odstranění tvrdosti lze považovat za řízení svého druhu, kdy není rozhodováno o nároku pojištěnce, ale je posuzována jeho specifická situace ve vztahu k povinnosti uhradit pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále. Z toho důvodu se explicitně a obdobně jako je tomu např. v zákoně o nemocenském pojištění vylučuje soudní přezkum rozhodnutí o odstranění tvrdosti.

K bodu 30 (§ 53b)

Navrženou právní úpravou se blíže specifikuje způsob doručování písemností v řízeních § 53 odst. 1 (udělení předchozího souhlasu podle § 14b, vydání povolení podle koordinačních nařízení, náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4, přírážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné) a § 53a (odstraňování tvrdostí) zákona č. 48/1997 Sb.

Výslovně se navrhuje zakotvit, že i v případě řízení o odstraňování tvrdosti se při doručování postupuje podle správního řádu, přestože v ostatním je jeho použití vyloučeno (srov. § 53a odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.). Zároveň návrh mění stávající praxi, kdy byla veřejná vyhláška obsahující oznámení o místě uložení vyvěšována, jak v sídle zdravotní pojišťovny, tak v sídle její místně příslušné organizační jednotky. Nově se zakotvuje povinnost vyvěsit veřejnou vyhlášku v sídle místně příslušné organizační jednotky a zároveň se výslovně stanoví, že oznámení musí být vyvěšeno způsobem umožňujícím dálkový přístup, aby bylo zřejmé, že tímto návrhem nedochází k odchylce od správního řádu.

K bodu 31 (změna přílohy č. 1)

Vzhledem k množství se žádostem pojištěnců o úhradu protonové radioterapie, která je v současné době zdravotní službou nehrzenou z veřejného zdravotního pojištění, se navrhuje zakotvit v zákoně podmínku pro úhradu této péče. Tato podmínka je již dnes uplatňována a považujeme za mimořádně vhodné ji promítnout i do příslušné přílohy zákona, což zajistí jednotný a transparentní postup všech zúčastněných stran. S ohledem na to, že se jedná o mimořádně nákladnou a vysoce specializovanou péči, její indikování by mělo být centralizováno do pracovišť, která mají status komplexního onkologického centra, a o indikaci by měl v každém jednotlivém případě rozhodovat multioborový tým specialistů sestavený podle konkrétní diagnózy pojištěnce. Z toho důvodu se jako podmínka stanoví předchozí indikace centrem vysoce specializované péče ve smyslu zákona o zdravotních službách.

K bodu 32 (změna přílohy č. 1)

Ze seznamu zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek se vyjímá výkon „Vybavení pacienta pro péči mimo zdravotnické zařízení“. Dosud byl tento výkon, resp. všechny související vykázané zvlášť účtované položky, hrazeny jen při schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Nyní budou všechny související vykázané zvlášť účtované položky hrazeny plně. Výkon „Vybavení pacienta pro péči mimo zdravotnické zařízení“ zůstane pouze v příslušné prováděcí vyhlášce (v Seznamu zdravotních výkonů je uveden pod označením 09561) jako signální výkon, který vykáže poskytovatel, propouští-li pojištěnce do domácí péče a vybavuje-li ho při té příležitosti potřebnými léčivými přípravky či zdravotnickými prostředky. Tímto opatřením není dotčena nutnost schválení revizním lékařem u léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, u nichž je toto schválení vyžadováno.

K bodům 33 až 36 (změny přílohy č. 3)

K položce č. 68 – skupina 06

Jedná se o pažní návlek II. K.T., předepisován bude za stejných podmínek jako pažní návlek III. a IV. K.T., který je zařazen do položky č. 69 a je předepisován bez schválení revizního lékaře. Současné rozdíly ve způsobu preskripce mezi těmito dvěma položkami pokládáme za neodůvodněné.

K položce č. 91 – skupina 08

V případě položky č. 91 se jedná o sluchadlo pro vzdušené vedení pro věkovou skupinu od 7 – do 18 let pro těžkou a velmi těžkou nedoslýchavost. Sluchadlo pro tutéž věkovou skupinu s nižší sluchovou ztrátou (viz položka č. 90) je hrazeno ve výši 10 600 Kč za 2 ks, což pokládáme za neadekvátní.

K položce č. 103 – skupina 09

Jedná se o opravu chyby v textu.

K položce č. 104 – skupina 09

Jedná se o opravu chyby v textu.

K položce č. 149 – skupina 12

V daném případě se jedná o chodítko, které jako jedinou kompenzační pomůcku nemůže předepsat ortoped. Požadavek na změnu, tj. na rozšíření preskripčního omezení o odbornost ortopedie je i častou připomínkou odborné veřejnosti. Navrhujeme ve sloupci „Omezení“ rozšířit preskripční omezení o odbornost ORT – ortopedie (viz oddíl A část c) přílohy č. 3).

K čl. II

1.

V rámci zveřejňování smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a příslušnými zdravotními pojišťovnami přechodné ustanovení stanoví, že příslušné smlouvy (včetně změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli za poskytnuté hrazené

služby) zdravotní pojišťovny zveřejní do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti navrhovaného zákona. Bude tak dokončen proces zveřejňování všech dotčených smluv.

2. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny zveřejnily velkou část smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb již v průběhu roku 2014 je žádoucí, aby tak učinily u všech v tomto roce uzavřených smluv. Takový postup zajistí rovný přístup ke všem poskytovatelům zdravotních služeb a zároveň zvýší transparentnost systému veřejného zdravotního pojištění.

Změna zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

K čl. III

K bodu 1 (§ 2 odst. 3)

Navrženou úpravou reaguje předkladatel na skutečnost, že zdravotní pojišťovny využívají k náborům pojištěnců třetí osoby, u nichž není dostatečně zaručeno, že nebudou při provádění náboru pojištěnců postupovat způsobem, který odporuje dobrým mravům, a z hlediska předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění nelze tyto osoby řádně kontrolovat. Nová právní úprava náborů pojištěnců prostřednictvím třetích osob plošně zakazuje a zdravotní pojišťovny tak budou oprávněny provádět nábor pojištěnců pouze prostřednictvím svých kmenových zaměstnanců. Porušení tohoto zákazu podléhá sankci až do výše 5 mil. Kč.

K bodu 2 [§ 7 odst. 1 písm. b)]

V současné době se systém veřejného zdravotního pojištění potýká s nedostatkem finančních prostředků. Je považováno za neúčelné, aby významná část prostředků (přes 1 mld. Kč) byla vázána na rezervních fondech zdravotních pojišťoven. Navrhuje se proto nová právní úprava spočívající ve snížení výše rezervního fondu na polovinu, to je z 1,5 % na 0,75 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění. Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

K bodům 3 a 4 (§ 7 odst. 2 a 5)

V rámci revize dosavadního znění zákona se navrhuje provést terminologické změny v návaznosti na aktuální právní úpravu.

K bodu 5 (§ 7 odst. 7)

Navržené ustanovení výslovně ukládá Pojišťovně hradit pokuty za porušení právních povinností stanovených právními předpisy z prostředků provozního fondu.

K bodu 6 (§ 11)

Při přípravě úhradových vyhlášek a dalších právních předpisů potřebuje Ministerstvo zdravotnictví disponovat velmi podrobnými datovými zdroji, které umožní modelovat dopady nových regulací na systém veřejného zdravotního pojištění. Tato data mají k dispozici především zdravotní pojišťovny. V současné době neexistuje povinnost zdravotních pojišťoven předávat data nad rámec informací o hospodaření. Nová právní úprava tuto povinnost zdravotním pojišťovnám ukládá. Ministerstvo zdravotnictví použije získané

informace například k modelaci dopadů nově zvažovaných opatření, k monitorování vývoje systému veřejného zdravotního pojištění, sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, nebo k udržování a rozvoji systému přerozdělování pojistného. Tato povinnost umožní významně zlepšit činnost Ministerstva zdravotnictví jako klíčového regulátora systému veřejného zdravotního pojištění, jelikož mu umožní činit rozhodnutí podložená přesnými daty.

Zároveň se zakotvuje pravomoc Ministerstva financí požadovat po Pojišťovně poskytnutí informací, které potřebuje k výkonu své působnosti, zejména v rámci přerozdělování pojistného a sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb.

Veškeré informace přitom musí být předávány takovým způsobem, aby nedošlo k narušení ochrany osobních údajů osob, jichž se předávání údajů týká.

K bodu 7 (§ 15 odst. 2)

Podmínkou funkce ředitele zdravotní pojišťovny již nebude české občanství. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

K bodu 8 [§ 15 odst. 2 písm. a)]

Dochází ke změně terminologie v souvislosti s novým občanským zákoníkem.

K bodům 9 až 16 (§ 15 odst. 4 až 7)

Podmínkou funkce ředitele Pojišťovny již nebude české občanství a trvalý pobyt na území ČR. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele Pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude ředitel ovlivňovat činnost Pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Překážkou mohou být rovněž případy, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií).

Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje ředitel doručením čestného prohlášení Pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce ředitele v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka výkonu funkce, Správní radě Pojišťovny.

K bodům 17 až 20 (§ 18)

Podmínkou funkce člena orgánu zdravotní pojišťovny již nebude české občanství a trvalý pobyt na území ČR. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může

představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce člena některého orgánu Pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude člen orgánu ovlivňovat činnost Pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Ke střetu zájmů nicméně může dojít rovněž v případech, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií).

Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje člen orgánu doručením čestného prohlášení Pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce člena orgánu Pojišťovny v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka výkonu funkce, Pojišťovně. Doplnuje se také ustanovení, kdy výkon funkce člena orgánu končí pravomocným rozsudkem, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 15 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb.

K bodu 21 (§ 23a až 23c)

Za účelem vymahatelnosti povinností vyplývajících z jednotlivých ustanovení zákona č. 551/1991 Sb. pro některé fyzické osoby a zdravotní pojišťovny navrhuje předkladatel jak zakotvení skutkových podstat přestupků fyzických osob, tak precizaci skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven.

Pokuty jsou řádně diferencovány v závislosti na závažnosti deliktního jednání a správní řízení v těchto věcech vede Ministerstvo zdravotnictví. Nově se navrhuje, aby příjem z pokut byl příjmem státního rozpočtu, neboť pro to, aby se pokuta stala příjmem zvláštního účtu přerozdělování, by bylo nutné zakotvit speciální právní úpravu.

K bodu 22 (§ 24a)

Současná právní úprava ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb. je konstruována tak, že se nejedná o škodu na zdraví poškozeného podle občanského zákoníku, ale jde o speciálním právním předpisem založený samostatný nárok zdravotní pojišťovny vůči třetím osobám (s nimiž není ve smluvním vztahu) na náhradu jí vynaložených nákladů na zdravotní péči, jsou-li splněny zákonné podmínky. K uplatnění nároku je nezbytné, že splnění těchto podmínek zdravotní pojišťovna prokáže. Důkazní břemeno je na její straně, avšak při shromažďování důkazního materiálu jsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny zároveň vázáni mlčenlivostí právě dle ustanovení § 24a zákona o VZP ČR o skutečnostech, o nichž se při výkonu zaměstnání dozvěděli. Dodržení zákonné povinnosti mlčenlivosti, jíž může být zdravotní pojišťovna zproštěna pouze tím, v jehož zájmu ji má, tak je překážkou úspěšného uplatnění práva zdravotní pojišťovny ve smyslu ustanovení § 55 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. a naplnění účelu této normy. Nezbytnost zproštění povinnosti mlčenlivosti pojištěncem o potřebných údajích za účelem uplatnění nároku na náhradu nákladů na péči, je v běžné

činnosti administrativně náročné a obtížné a zdravotní pojišťovně mnohdy nezbyvá, než spory řešit před soudem, ve složitých případech i ustanovením znalce k přezkoumání nároku zdravotní pojišťovny. Takové způsoby řešení nelze považovat za jednoduché ani vhodné jak z hlediska délky, tak nákladů řízení. Zdravotní pojišťovně tak nejsou v naznačeném směru vytvořeny právní podmínky k hospodárnému a rychlému vymožení náhrad nákladů na péči.

Z výše uvedených důvodů se navrhuje, aby za porušení povinnosti mlčenlivosti nebyla považována jakákoliv jednání při uplatňování nároků Pojišťovny vyplývajících ze zákona.

K bodu 23 (dosavadní § 24b)

Rušené ustanovení dosud obsahovalo kusou úpravu správních deliktů podle zákona č. 551/1991 Sb. Vzhledem k tomu, že tato úprava je nahrazována komplexní právní úpravou nového § 23a až 23c, navrhuje se § 24b zrušit.

K čl. IV

V rámci nového vymezení požadavků na funkci ředitele a člena orgánu Pojišťovny se stanoví přechodná doba 6 měsíců, po kterou se osoby vykonávající funkci ředitele nebo člena orgánu Pojišťovny považují za osoby, které splňují požadavky stanovené pro její výkon tímto návrhem, aby byl vytvořen časový prostor pro přizpůsobení se nové právní úpravě.

Změna zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

K čl. V

K bodu 1 (§ 5 odst. 4)

Navrženou úpravou reaguje předkladatel na skutečnost, že zdravotní pojišťovny využívají k náborům pojištěnců třetí osoby, u nichž není dostatečně zaručeno, že nebudou při provádění náboru pojištěnců postupovat způsobem, který odporuje dobrým mravům, a z hlediska předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění nelze tyto osoby řádně kontrolovat. Nová právní úprava náborů pojištěnců prostřednictvím třetích osob plošně zakazuje a zdravotní pojišťovny tak budou oprávněny provádět nábor pojištěnců pouze prostřednictvím svých kmenových zaměstnanců. Porušení tohoto zákazu podléhá sankci až do výše 5 mil. Kč.

K bodům 2 až 11 (§ 9a)

Podmínkou funkce ředitele zdravotní pojišťovny již nebude české občanství. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude ředitel ovlivňovat činnost zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Překážkou mohou být

rovněž případy, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií). Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje ředitel doručením čestného prohlášení zaměstnanecké zdravotní pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce ředitele v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka výkonu funkce, Správní radě zaměstnanecké pojišťovny.

K bodům 12 až 16 (§ 10)

Podmínkou funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny již nebude české občanství a trvalý pobyt na území ČR. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce člena některého orgánu zaměstnanecké pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude člen orgánu ovlivňovat činnost zaměstnanecké pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Překážkou pro výkon funkce nicméně může být i případ, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií).

Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje člen orgánu doručením čestného prohlášení zaměstnanecké pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce člena orgánu v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka pro výkon funkce, zaměstnanecké pojišťovně. Doplnuje se také ustanovení, kdy výkon funkce člena orgánu končí pravomocným rozsudkem, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 15 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb.

K bodu 17 (§ 14a)

Při přípravě úhradových vyhlášek a dalších právních předpisů potřebuje Ministerstvo zdravotnictví disponovat velmi podrobnými datovými zdroji, které umožní modelovat dopady nových regulací na systém veřejného zdravotního pojištění. Tato data mají k dispozici především zdravotní pojišťovny. V současné době neexistuje povinnost zdravotních pojišťoven předávat data nad rámec informací o hospodaření. Nová právní úprava tuto povinnost zdravotním pojišťovnám ukládá. Ministerstvo zdravotnictví použije získané informace například k modelaci dopadů nově zvažovaných opatření, k monitorování vývoje systému veřejného zdravotního pojištění, sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, nebo k udržování a rozvoji systému přerozdělování pojistného. Tato povinnost umožní významně zlepšit činnost Ministerstva zdravotnictví jako klíčového regulátora systému

veřejného zdravotního pojištění, jelikož mu umožní činit rozhodnutí podložená přesnými daty.

Zároveň se zakotvuje pravomoc Ministerstva financí požadovat po zaměstnanecké pojišťovně poskytnutí informací, které potřebuje k výkonu své působnosti, zejména v rámci přerozdělování pojistného a sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb.

Veškeré informace přitom musí být předávány takovým způsobem, aby nedošlo k narušení ochrany osobních údajů osob, jichž se předávané údaje týkají.

K bodům 18 (§ 16 odst. 4)

V rámci revize dosavadního znění zákona se navrhuje provést terminologickou změnu v návaznosti na aktuální právní úpravu.

K bodu 19 (§ 16 odst. 8)

Navržené ustanovení výslovně ukládá zaměstnanecké pojišťovně hradit pokuty za porušení právních povinností stanovených právními předpisy z prostředků provozního fondu.

K bodu 20 (§ 18 odst. 1)

V současné době se systém veřejného zdravotního pojištění potýká s nedostatkem finančních prostředků. Je považováno za neúčelné, aby byla část prostředků vázána na rezervních fondech zdravotních pojišťoven. Navrhuje se proto nová právní úprava spočívající ve snížení výše rezervního fondu na polovinu, to je z 1,5 na 0,75 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

K bodu 21 (§ 19 odst. 2)

V rámci revize dosavadního znění zákona se navrhuje provést terminologickou změnu v návaznosti na aktuální právní úpravu.

K bodu 22 (§ 22 odst. 2)

Současná právní úprava ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb. je konstruována tak, že se nejedná o škodu na zdraví poškozeného podle občanského zákoníku, ale jde o speciálním právním předpisem založený samostatný nárok zdravotní pojišťovny vůči třetím osobám (s nimiž není ve smluvním vztahu) na náhradu jí vynaložených nákladů na zdravotní péči, jsou-li splněny zákonné podmínky. K uplatnění nároku je nezbytné, že splnění těchto podmínek zdravotní pojišťovna prokáže. Důkazní břemeno je na její straně, avšak při shromažďování důkazního materiálu jsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny zároveň vázáni mlčenlivostí právě dle ustanovení § 22 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách o skutečnostech, o nichž se při výkonu zaměstnání dozvěděli. Dodržení zákonné povinnosti mlčenlivosti, již může být zdravotní pojišťovna zproštěna pouze tím, v jehož zájmu ji má, tak je překážkou úspěšného uplatnění práva zdravotní pojišťovny ve smyslu ustanovení § 55 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. a naplnění účelu této normy. Nezbytnost zproštění povinnosti mlčenlivosti pojištěncem o potřebných údajích za účelem uplatnění nároku na náhradu nákladů na péči, je v běžné činnosti administrativně náročné a obtížné a zdravotní pojišťovně mnohdy nezbyvá, než spory řešit před soudem, ve složitých případech i ustanovením znalce

k přezkoumání nároku zdravotní pojišťovny. Takové způsoby řešení nelze považovat za jednoduché ani vhodné jak z hlediska délky, tak nákladů řízení. Zdravotní pojišťovně tak nejsou v naznačeném směru vytvořeny právní podmínky k hospodárnému a rychlému vymození náhrad nákladů na péči.

Z výše uvedených důvodů se navrhuje, aby za porušení povinnosti mlčenlivosti nebyla považována jakákoliv jednání při uplatňování nároků zaměstnanecké pojišťovny vyplývajících ze zákona.

K bodu 23 (§ 22a odst. 6 až 9)

Zajišťovací fond již neplní svůj účel, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny již do zajišťovacího fondu nepřispívají. Zůstatky na účtech zajišťovacího fondu jsou v současné době celkem 44 323 695 Kč. Činnost Zajišťovacího fondu je v současné době ztrátová, neboť úroky z vkladů na bankovních účtech nepokryjí náklady na provoz fondu. Z tohoto důvodu se v nové právní úpravě navrhuje zrušit Zajišťovací fond bez náhrady.

Navrhuje se, aby při zrušení Zajišťovacího fondu byly zbývající finanční prostředky ve výši cca 44 mil. Kč vráceny těm zdravotním pojišťovnám (nebo jejich právním nástupcům), které do něj přispívaly. Částka připadající na každou zdravotní pojišťovnu se vypočte takovým způsobem, že jí vložené prostředky do Zajišťovacího fondu vůči vloženým prostředkům všech zdravotních pojišťoven tvoří podíl, který je určující pro výpočet přesné částky ze zůstatku Zajišťovacího fondu.

Při určení výše podílů jednotlivých zdravotních pojišťoven se vychází z účetnictví Zajišťovacího fondu.

K bodu 24 (zrušení části páté – Zajišťovací fond)

Po zrušení a zániku Zajišťovacího fondu se stane dosavadní úprava části páté obsoletní, a proto se navrhuje její zrušení, a to s účinností od 1. února 2016.

K bodu 25 (část šestá)

Za účelem vymahatelnosti povinností vyplývajících z jednotlivých ustanovení zákona č. 280/1992 Sb. pro některé fyzické osoby a zdravotní pojišťovny navrhuje předkladatel jak zakotvení skutkových podstat přestupků fyzických osob, tak precizaci skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven.

Pokuty jsou řádně diferencovány v závislosti na závažnosti deliktního jednání a správní řízení v těchto věcech vede Ministerstvo zdravotnictví. Nově se navrhuje, aby příjem z pokut byl příjmem státního rozpočtu, neboť pro to, aby se pokuta stala příjmem zvláštního účtu přerozdělování, by bylo nutné zakotvit speciální právní úpravu.

K bodu 26 (§ 23a)

Dosavadní ustanovení týkající se sankcionování zaměstnaneckých pojišťoven se s ohledem na zcela novou právní úpravu části šesté zrušuje.

K čl. VI

V rámci nového vymezení požadavků na funkci ředitele a člena orgánu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se stanoví přechodná doba 6 měsíců, po kterou se osoby vykonávající funkci ředitele nebo člena orgánu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny považují za osoby, které splňují požadavky stanovené pro její výkon tímto návrhem, aby byl vytvořen časový prostor pro přizpůsobení se nové právní úpravě.

K čl. VII

Navrhuje se, aby zákon nabyl účinnosti dne 1. července 2015, s výjimkou ustanovení, které po zrušení Zajišťovacího fondu zruší také jeho dosavadní právní úpravu, neboť se stane obsoletní. Dotčené ustanovení nabude účinnosti 1. února 2016.

Datum 1. července 2015 představuje z hlediska legislativního procesu nejbližší možné datum, kdy lze reálně očekávat, že bude zákon přijat. Toto datum se navrhuje tak, aby se pozitivní změny návrhu projevily v praxi co nejdříve.