

návrh
ZÁKON
ze dne.....2013,

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

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

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. a zákona č. 403/2012 Sb., se mění takto:

1. **V § 7 odst. 1 se na konci textu písmene i) doplňují slova „nebo osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení nařízeného soudem“.**

Zpracování změny v textu zákona

i) osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody **nebo osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení nařízeného soudem;**

2. V § 11 odst. 1 písm. a) větě druhé se slova „6 měsíců před požadovaným dnem změny“ nahrazují slovy „do 30. 9. kalendářního roku předcházejícího kalendářnímu roku, v němž ke změně pojišťovny dochází.“.
3. V § 11 odst. 1 písm. a) větě čtvrté se za slova „vyhlásí ve sdělovacích prostředcích“ vkládají slova „, nebo ode dne, kdy se rozhodnutí o sloučení zdravotních pojišťoven stalo pravomocným“ a slova „nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce“ se nahrazují slovy „nejpozději však do prvního dne třetího kalendářního měsíce následujícího po měsíci, během něhož uvedená skutečnost nastala“

Zpracování změny v textu zákona

§ 11

(1) Pojištěnec má právo

a) na výběr zdravotní pojišťovny, nestanoví-li tento zákon jinak. Zdravotní pojišťovnu lze změnit ~~jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku; přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny do 30. 9. kalendářního roku předcházejícího kalendářnímu roku, v němž ke změně pojišťovny dochází. Proč ne jednou za 3 měsíce jako při změně poskytovatele???~~ Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku lze podat pouze jednu; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě. Ode dne vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace nebo ode dne zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou nebo ode dne, který Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny¹⁹⁾ vyhlásí ve sdělovacích prostředcích **nebo ode dne, kdy se rozhodnutí o sloučení zdravotních pojišťoven stalo pravomocným**, jsou pojištěnci takové zdravotní pojišťovny oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k prvnímu dni kalendářního měsíce, **nejpozději však do prvního dne třetího kalendářního měsíce následujícího po měsíci, během něhož uvedená skutečnost nastala.** ~~a to vždy k prvnímu dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce~~ Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nezletilé a osoby bez způsobilosti k právním úkonům jejich zákonný zástupce. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to ke dni stanovenému v tomto ustanovení. Žádá-li pojištěnec nebo zákonný zástupce pojištěnce zdravotní pojišťovnu v souladu s tímto ustanovením, je zdravotní pojišťovna povinna jeho žádosti vyhovět bez průtahů. Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než je uvedeno v tomto ustanovení.

4. V § 15 odst. 3 se slova „umělým oplodněním“ nahrazují slovy „mimotělním oplodněním“, slova „od 18 do 39 let“ se nahrazují slovy „od 18 let do dne dovršení třicátého devátého roku věku“ a slova „od 22 do 39 let“ se nahrazují slovy „od 22 let do dne dovršení třicátého devátého roku věku“.

Zpracování změny v textu zákona

(3) Hrazené služby zahrnují zdravotní péči poskytnutou na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s ~~umělým oplodněním~~ **mimotělním oplodněním**, a to nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život

- a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku **od 18 do dne dovršení třicátého devátého roku věku**,
b) ostatním ženám ve věku **od 22 do dne dovršení třicátého devátého roku věku**.

5. V § 16a odst. 1 písm. f) se slovo „dítěte“ zrušuje.
6. V § 16a odst. 2 písm. a) se za slova „do pěstounské péče“ vkládají slova „nebo do osobní péče poručníka“.
7. V § 16a odst. 2 písm. b) se slova „převzetí a dalšího držení“ nahrazují slovem „hospitalizace“.

Zpracování změny v textu zákona

f) 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována lůžková péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce ~~dítěte~~, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění. Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.

(2) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až f) se neplatí

a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech^{27d)}, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy^{27e)} nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením^{27h)} nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc²⁷ⁱ⁾ nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče **nebo do osobní péče poručníka** podle zákona o rodině,

b) při ochranném léčení nařízeném soudem **nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem^{27j)} bez jeho souhlasu do lůžkové péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení hospitalizace pojištěnce v ústavní péči souhlas soud^{27k)} nebo při výkonu zabezpečovací detence, **Proč právě tito lidé nemusí platit regulační poplatky?****

8. V § 16a odstavec 4 zní:

„(4) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se neplatí při lůžkové péči o dítě do dne dovršení 18 let věku.“

Zobrazení ve stávajícím textu zákona:

~~(4) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se neplatí při lůžkové péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení lůžkové péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.~~

(4) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se neplatí při lůžkové péči o dítě do dne dovršení 18 let věku.

9. V § 17 odstavce 1 se za slova „Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb“ vkládají slova „(dále jen „smlouva““

Zpracování změny v textu zákona

(1) Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle jiného právního předpisu²⁸⁾, smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb **(dále jen „smlouva“)** lze uzavřít pouze pro zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytování

a) neodkladné péče pojištěnci,

b) zdravotních služeb pojištěncům ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody nebo výkonu zabezpečovací detence poskytovatelem určeným Vězeňskou službou,

c) zdravotních služeb pojištěnci, který je ve výkonu ochranného léčení nařízeného soudem, jde-li o zdravotní služby poskytované v souvislosti s onemocněním, pro které je pojištěnec povinen se léčení podrobit.

10. V § 17 odstavec 2 zní:

(2) Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem musí být písemná a musí být v souladu s veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem"). Od ustanovení tohoto zákona se lze ve smlouvě odchýlit pouze, pokud tak tento zákon výslovně stanoví. Smlouva musí obsahovat

- a) práva a povinnosti smluvních stran,
- b) formu, obor, popřípadě druh zdravotní péče podle nebo název zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které je poskytovatel oprávněn poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení,
- c) způsob provádění úhrady poskytovaných zdravotních služeb,
- d) podmínky nezbytné ke kontrole plnění smlouvy, včetně správnosti a oprávněnosti účtovaných částek,
- e) dohodu o lhůtě pro vykazování péče poskytovatelem; tato lhůta však nesmí být delší než tři měsíce,
- f) rozsah a způsob vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy,
- g) ustanovení o řešení sporů,
- ~~h) dobu platnosti smlouvy, způsob a důvody jejího ukončení. Vždyť to stanoví zákon – viz. dále.~~

11. V § 17 odstavec 4 zní:

~~(4) Ministerstvo zdravotnictví při zohlednění finanční udržitelnosti a efektivního využití zdrojů systému veřejného zdravotního pojištění a kvality zdravotních služeb stanoví vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Tato vyhláška pro účely klasifikace a vykazování hrazených zdravotních služeb obsahuje zdravotní výkony, ošetrovací dny a jejich agregace, včetně označení variant zdravotní péče podle § 13 (dále jen „zdravotní výkony“), způsob a pravidla vykazování zdravotních výkonů, popis a kategorizace zdravotních výkonů a kategorie zdravotních výkonů řadí výkon mezi výkony plně hrazené, hrazené za určitých podmínek a nehrazené z veřejného zdravotního pojištění podle způsobů hrazení hrazených služeb tohoto zákona. Ministerstvo touto vyhláškou stanoví pravidla pro klasifikaci hospitalizovaných pacientů pomocí klasifikačního systému skupin vztažených k diagnóze (dále jen „klasifikační systém DRG“).~~

Rozpor s článkem 31 Listiny! Zásadní věci určí podzákoný předpis? Proč ne dohodovací řízení k Seznamu?

12. V § 17 odstavec 5 zní:

Varianta I.

~~(5) Hodnoty bodu, výše a způsob úhrad hrazených služeb, regulační omezení na následující kalendářní rok a výši měsíční předběžné úhrady stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Vyhláška podle věty první se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného~~

~~plánu pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.~~

~~Varianta II. _____~~

~~(5) Hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, regulační omezení a výši předběžné úhrady stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Tuto vyhlášku Ministerstvo zdravotnictví může vydat pouze při splnění těchto podmínek:~~

~~a) Tuto vyhlášku vydá do 30. 10. stávajícího kalendářního roku,~~

~~b) Tuto vyhlášku vydá s účinností nejméně jeden kalendářní rok od 1. ledna následujícího kalendářního roku.~~

Konec dohodovacích řízení. Prostor pro korupci – ZP se dohodne s každým na jiné úhradě? Za stejnou péči? Všechna moc MZ a ZP.

~~Vyhláška podle věty první se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, regulačních omezeních a výši a frekvenci předběžné úhrady jinak. Ministerstvo může touto vyhláškou ve veřejném zájmu stanovit maximální a minimální výše úhrad hrazených služeb, takto stanovené limity jsou závazné a maximální nemohou být překročeny a minimální sníženy dohodou mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.~~

13. § 17b zní:

§ 17b

(1) Smlouva podle § 17 odst. 2 se uzavírá na dobu neurčitou, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. **Zdravotní pojišťovna je povinna smlouvu nejpozději do 15 dnů po jejím uzavření zveřejnit na svých internetových stránkách. To platí i v případě změn a doplňků této smlouvy.???**

(2) Zdravotní pojišťovna je povinna hradit řádně a včas hrazené služby poskytnuté jejím pojištěncům a v řádném termínu předat poskytovateli vyúčtování za předcházející kalendářní rok. Toto vyúčtování, včetně celkového finančního vypořádání a regulačních omezení, za hodnocené období stanovené prováděcím právním předpisem podle § 17 odst. 5 zdravotní pojišťovna předá poskytovateli do lhůty stanovené tímto předpisem podle § 17 odst. 5.

(3) Smlouva zaniká dnem zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo dnem uvedeným v písemném oznámení poskytovatele o tom, že nemůže hrazené služby nadále poskytovat. Smlouvu lze ukončit dohodou smluvních stran nebo výpovědí.

(4) Smlouvu lze vypovědět z výpovědních důvodů, přičemž výpovědní lhůta činí 6 měsíců a začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně. Výpovědní důvody nastanou v případě, jestliže smluvní strana:

- a) opakovaně či závažným způsobem porušila povinnosti vyplývající ze smlouvy nebo z právních předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb nebo veřejné

zdravotní pojištění; porušením povinností vyplývajících ze smlouvy nebo právních předpisů se rozumí zejména neposkytnutí hrazené péče z jiných, než zákonem stanovených důvodů, neoprávněné účtování hrazených služeb, nebo

b) vstoupí do likvidace či je na její majetek vyhlášen konkurs.

~~(5) Smlouvu lze vypovědět i bez udání důvodu; v takovém případě činí výpovědní lhůta u poskytovatelů ambulantní a jednodenní péče 3 roky, u poskytovatelů lůžkové péče 5 let.~~

Opět všechna moc pojišťovněm. Svévolně ukončí smluvní vztah a sebere pojištěncům jejich lékaře. Neskutečné a nehorázné!

14. § 17c včetně poznámek pod čarou zní:

§ 17c

(1) Ministerstvo zdravotnictví zřizuje jako svůj poradní orgán Komisi pro zdravotnické technologie (dále jen „Komise“). Komise zpracovává podklady na úseku zdravotnických technologií pro přípravu prováděcích právních předpisů podle tohoto zákona. Za tím účelem shromažďuje informace o účelnosti využití zdravotnických technologií v systému veřejného zdravotního pojištění.

(2) Komise se skládá z **12 členů a předsedy**. Členy Komise a předsedu Komise jmenuje a odvolává ministr. **Alespoň jeden člen Komise je jmenován na návrh každého z následujících subjektů: Takže převažovat budou politici a úředníci!!!**

- a) České lékařské komory,
- b) odborných společností,
- c) Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky,
- d) resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven,
- e) České lékárnické komory,
- f) ministra práce a sociálních věcí.

Účast člena v Komisi je jiným úkonem v obecném zájmu¹⁾, při němž náleží členům této Komise náhrada jízdních výdajů, náhrada výdajů za ubytování a náhrada zvýšených stravovacích výdajů ve výši a za podmínek stanovených zákoníkem práce²⁾; poskytovatelem těchto náhrad je Ministerstvo zdravotnictví. Členům Komise může být Ministerstvem zdravotnictví poskytnuta odměna; výši této odměny stanoví toto ministerstvo.

¹⁾ § 200 a § 203 odst. 1 zákoníku práce.

²⁾ § 157 až 160, 162 a 163 zákoníku práce.

(3) Způsob jednání Komise stanoví statut a jednací řád, které vydává Ministerstvo zdravotnictví.

(4) Zdravotnickou technologií se pro účely odst. 1 rozumí

- a) zdravotní výkon,
- b) léčivý přípravek a potravina pro zvláštní lékařské účely a
- c) zdravotnický prostředek.

15. **V § 25 odst. 1 se slova „je pobyt průvodce pojištěnce do dovršení šestého roku věku doprovázeného pojištěnce včetně hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře“ nahrazují slovy „považuje se pobyt průvodce dítěte do dne, ve kterém toto dítě dovršilo šestý rok věku, za lůžkovou péči a je hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce, do dne dovršení šesti let věku pojištěncem, se považuje za lůžkovou péči a je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře“.**

Zpracování změny v textu zákona

§ 25

Pobyt průvodce pojištěnce v lůžkové péči

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

- a) ke zdravotnímu stavu pojištěnce, nebo
- b) k nutnosti zaškolení průvodce pojištěnce v ošetřování a léčebné rehabilitaci doprovázeného pojištěnce, ~~je pobyt průvodce pojištěnce do dovršení šestého roku věku doprovázeného pojištěnce včetně hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře~~ **„považuje se pobyt průvodce dítěte do dne, ve kterém toto dítě dovršilo šestý rok věku, za lůžkovou péči a je hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce, do dne dovršení šesti let věku pojištěncem, se považuje za lůžkovou péči a je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře“.**

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

16. V § 33 odst. 1 se slova „a potvrdil revizní lékař“ zrušují a za první větu se vkládá věta, která zní: „Lůžková léčebně rehabilitační péče je ze zdravotního pojištění pro stejnou diagnózu hrazena celkem po dobu 30 dnů v posledních 6 kalendářních měsících, delší dobu pouze po schválení revizním lékařem; to neplatí v případě psychiatrické léčebně rehabilitační péče, v případě předchozího souhlasu revizního lékaře s delší dobou hospitalizace nebo v případě bezprostřední návaznosti na ukončení hospitalizace v akutní lůžkové péči; poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče jako hrazené služby schvaluje revizní lékař vždy.“.

Zpracování změny v textu zákona

§ 33

(1) Hrazenou službou je dále léčebně rehabilitační péče, poskytovaná jako nezbytná součást léčebného procesu, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař ~~a potvrdil revizní lékař~~. **Lůžková léčebně rehabilitační péče je ze zdravotního pojištění pro stejnou diagnózu hrazena celkem po dobu 30 dnů v posledních 6 kalendářních měsících, delší dobu pouze po schválení revizním lékařem; to neplatí v případě psychiatrické léčebně rehabilitační péče, v případě předchozího souhlasu revizního lékaře s delší dobou hospitalizace nebo v případě bezprostřední návaznosti na ukončení hospitalizace v akutní lůžkové péči; poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče jako hrazené služby schvaluje revizní lékař vždy.** Návrh na léčebně rehabilitační péči podává na formuláři zdravotní pojišťovny lékař registrujícího poskytovatele nebo ošetřující lékař při hospitalizaci; jde-li o poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče, návrh obsahuje též určení stupně naléhavosti.

17. V § 36 odst. 2 se slova „zdravotnickou dopravní službu“ nahrazují slovy „zdravotní službu“.

Zpracování změny v textu zákona

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

18. V § 40 odst. 3 písm. a) se v poslední větě před slova „Dojezdové doby“ vkládají slova „Nejzazší možné“ a za poslední větu se vkládá nová věta, která zní: „Dojezdová doba může být delší, pokud přes veškeré vynaložené úsilí nebylo možno postupem podle částí deváté tohoto zákona v dosahu dojezdové doby zajistit poskytování hrazených služeb žádným poskytovatelem.“.

Zpracování změny v textu zákona

(3) Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům

a) místní dostupnost hrazených služeb. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Místní dostupnost zdravotnické záchranné služby stanoví zákon, upravující zdravotnickou záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. **Nejzazší možné dojezdové doby stanoví vláda nařízením. Dojezdová doba může být delší, pokud přes veškeré vynaložené úsilí nebylo možno postupem podle částí deváté tohoto zákona v dosahu dojezdové doby zajistit poskytování hrazených služeb žádným poskytovatelem.**

19. § 41 zní

§ 41

~~(1) Zdravotní pojišťovna může vytvořit Programy podpory racionálního využívání zdravotních služeb a prevence. Programy jsou součástí zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny. Programy se netýkají neodkladné péče.~~

~~(2) Účast i plnění Programu jsou pro pojištěnce dobrovolné. Povinnost pojišťovny zajistit svým pojištěncům časovou a místní dostupnost hrazených služeb zůstává účastí pojištěnce v Programu nedotčena.~~

~~(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna v Programech definovat upřednostňovaný způsob nebo způsoby čerpání zdravotních služeb svých pojištěnců. Upřednostňovaným způsobem čerpání zdravotních služeb se rozumí:~~

~~a) nutnost doporučení od registrujícího poskytovatele pro čerpání péče u poskytovatelů poskytujících zdravotní péči v odbornostech stanovených v programech;~~

~~b) dodržování preventivních prohlídek stanovených tímto zákonem a zákonem o zdravotních službách, které zdravotní pojišťovna v rámci tohoto programu určí,~~

~~c) dodržování ošetřujícím lékařem stanoveného individuálního léčebného postupu pojištěncem zařazeným do dispenzární péče podle tohoto zákona a zákona o zdravotních službách pro nemoc nebo nemoci, které zdravotní pojišťovna v rámci tohoto programu určí.~~

~~(4) Zdravotní pojišťovna musí Programy na další kalendářní rok zveřejnit nejpozději k 31. 7. roku předechozího. Pojištěnci zdravotní pojišťovny se mohou do Programů na následující kalendářní rok přihlásit do 30. 9.~~

~~(5) Zdravotní pojišťovna je povinna v rámci Programu stanovit,~~

~~a) jde-li o upřednostňovaný způsob čerpání zdravotních služeb podle~~

~~1. odstavce 3 písm. a), okruh odborností, u kterých je před poskytnutím zdravotní péče zapotřebí doporučení od registrujícího poskytovatele~~

~~2. odstavce 3 písm. b), okruh preventivních prohlídek, které má pojištěnec pro dodržení Programu absolvovat,~~

~~3. odstavce 3 písm. c), seznam nemocí, pro které je pojištěnec zařazený do dispenzární péče povinen pro dodržení tohoto programu absolvovat prohlídky podle individuálního léčebného postupu stanoveného ošetřujícím lékařem, u kterého je pojištěnec dispenzarizován.~~

~~b) způsob, jakým pojištěnec prokáže dodržování programu, do kterého se přihlásil; pokud pojišťovna stanoví jako způsob prokázání dodržování programu potvrzení vystavené poskytovatelem, je takový poskytovatel povinen potvrzení vystavit pojištěnci bezplatně,~~

~~e) výši odměny pro pojištěnce za dodržování programu, a to tak, aby celková výše odměny za kalendářní rok pro jednoho pojištěnce bez ohledu na počet programů, kterých se zúčastnil, nepřesáhla 1 000 Kč.~~

Pryč s tím!

20. V § 45a odst. 1 první věta zní: „Zdravotní pojišťovně, která nepostupuje v souladu s § 17 odst. 1, 2, 5 až 7, § 17b odst. 1 a 2, § 46 odst. 1 a § 52 odst. 2, může Ministerstvo zdravotnictví uložit pokutu až do výše 10 000 000 Kč.“.

Zpracování změny v textu zákona

§ 45a

(1) Zdravotní pojišťovně, která nepostupuje v souladu s § 17 odst. 1, 2, 5 až 7, § 17b odst. 1 a 2, § 46 odst. 1 a § 52 odst. 2, může Ministerstvo zdravotnictví uložit pokutu až do výše 10 000 000 Kč. Pokuta je příjmem státního rozpočtu. Zdravotní pojišťovna je povinna hradit pokutu z jejího provozního fondu.

21. ~~V § 46 se za větu třetí vkládají věty:~~

~~„Není-li zdravotní pojišťovna schopna zajistit pojištěnci místní dostupnost hrazených služeb prostřednictvím své sítě, může tak učinit prostřednictvím smluvních poskytovatelů jiné zdravotní pojišťovny. V takovém případě zdravotní pojišťovna pojištěnce uzavře smlouvu s jinou zdravotní pojišťovnou o dočasném zajištění místní dostupnosti hrazených služeb pro své pojištěnce (dále jen „smluvní pojišťovna“); pro účely této smlouvy se pojištěnci zdravotní pojišťovny považují za pojištěnce smluvní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna o této skutečnosti dohodnutým způsobem informuje své dotčené pojištěnce a smluvní pojišťovna své dotčené smluvní poskytovatele; obě zdravotní pojišťovny tuto skutečnost zveřejní na svých internetových stránkách.“.~~

Pojišťovny si budou půjčovat lékaře...

22. V § 46 odst. 2 písm. d) se slova „rozsahu poskytovaných hrazených služeb“ nahrazují slovy „formy, oboru, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které je poskytovatel oprávněn poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění“
23. V § 46 odst. 3 se za slovo „oprávnění“ vkládají slova „nebo registrace“ a slova „rozsahu poskytovaných hrazených služeb“ nahrazují slovy „formy, oboru, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které je poskytovatel oprávněn poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění“
24. V § 46 se odstavec 4 zrušuje.

Zpracování změny v textu zákona

§ 46

(1) Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny (dále jen „sítě“). ~~Není-li zdravotní pojišťovna schopna zajistit pojištěnci místní dostupnost hrazených služeb prostřednictvím své sítě, může tak učinit prostřednictvím smluvních poskytovatelů jiné zdravotní pojišťovny. V takovém případě může zdravotní pojišťovna pojištěnce uzavřít smlouvu s jinou zdravotní pojišťovnou o dočasném zajištění místní dostupnosti hrazených služeb pro své pojištěnce (dále jen „smluvní pojišťovna“; pro účely této smlouvy se pojištěnci zdravotní pojišťovny považují za pojištěnce smluvní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna o této skutečnosti dohodnutým způsobem informuje své dotčené pojištěnce a smluvní pojišťovna své dotčené smluvní poskytovatele; obě zdravotní pojišťovny tuto skutečnost zveřejní na svých internetových stránkách.~~

(2) Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se koná výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná

- a) pro poskytovatele lékařské péče,
- b) je-li poskytovatelem hrazených služeb Vězeňská služba,
- c) v případech rozšíření sítě již smluvního poskytovatele zdravotnické záchranné služby,
- d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření ~~poskytovaných hrazených služeb~~ **formy, oboru, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které je poskytovatel oprávněn poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění,**
- e) jde-li o vysoce specializovanou péči zajišťovanou poskytovatelem, kterému byl na poskytování takové zdravotní péče udělen podle zákona o zdravotních službách statut centra vysoce specializované zdravotní péče.

(3) V případě změny právní formy poskytovatele, který má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a v případě, je-li zakladatelem společnosti s ručením omezeným fyzická osoba, která má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, jejíž oprávnění **nebo registrace** k poskytování zdravotních služeb jako fyzické osoby zanikne při udělení oprávnění k poskytování těchto zdravotních služeb jako společnosti s ručením omezeným, se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření ~~rozsahu poskytovaných hrazených služeb~~ **formy, oboru, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které je poskytovatel oprávněn poskytovat, včetně věcného a technického vybavení a personálního zajištění.**

(4) ~~Konání výběrového řízení může navrhnout zdravotní pojišťovna nebo uchazeč. Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče.~~

25. § 47 zní:

§ 47

~~(1) Výběrové řízení vyhláší zdravotní pojišťovna za účelem zajištění místní nebo časové dostupnosti hrazených služeb svým pojištěncům. Oznámení o vyhlášení výběrového řízení zveřejní zdravotní pojišťovna na svých internetových stránkách. Pro účely výběrového řízení se mohou zdravotní pojišťovny sdružit a vyhlásit je společně; v takovém případě se zdravotní pojišťovny musí předem dohodnout o svém zastoupení ve výběrovém řízení, o tom, která z nich výběrové řízení vyhláší, o postupu při rovnosti hlasů v hlasování uvedeném v § 49 odst. 2 a o pokrytí nákladů spojených s vyhlášením výběrového řízení a činností komise podle § 49 odst. 3.“~~

~~(2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:~~

- ~~a) formu, obor, popřípadě druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, území poskytovaných zdravotních služeb, pro které mají být poskytovány, a označení zdravotní pojišťovny, která výběrové řízení vyhláší (dále jen „vyhlášovatel“);~~
- ~~b) kritéria stanovená vyhlášovatelem pro poskytování zdravotních služeb podle písmene a)~~
- ~~c) lhůtu, ve které lze podat přihlášku; tato lhůta nesmí být kratší než 30 pracovních dnů;~~
- ~~d) místo pro podání přihlášky;~~
- ~~e) datum, od kterého mají být poskytovány zdravotní služby, které jsou předmětem výběrového řízení.~~

Zpracování změny v textu zákona

§ 47

~~—— (1) Výběrové řízení vyhlašuje způsobem v místě obvyklým krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy (dále jen "krajský úřad"). Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně-rehabilitační péče vyhlašuje Ministerstvo zdravotnictví.~~

~~(1) Výběrové řízení vyhlašuje zdravotní pojišťovna pro zajištění místní nebo časové dostupnosti hrazených služeb svým pojištěncům. Oznámení o vyhlášení výběrového řízení zveřejní zdravotní pojišťovna na svých internetových stránkách. Pro účely výběrového řízení se mohou zdravotní pojišťovny sdružit a vyhlásit je společně; v takovém případě se zdravotní pojišťovny musí předem dohodnout o svém zastoupení ve výběrovém řízení, o tom, která z nich výběrové řízení vyhlašuje, o postupu při rovnosti hlasů v hlasování uvedeném v § 49 odst. 2 a o pokrytí nákladů spojených s vyhlášením výběrového řízení a činností komise podle § 49 odst. 3.“.~~

~~—— (2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:~~

- ~~a) rozsah hrazených služeb a území, pro které mají být poskytovány, a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovna navrhovatelem výběrového řízení;~~
- ~~b) lhůtu, ve které lze podat nabídku; tato lhůta nesmí být kratší než 30 pracovních dnů;~~
- ~~c) místo pro podání přihlášky;~~
- ~~d) lhůtu, od které je třeba zajistit poskytování zdravotních služeb, které jsou předmětem výběrového řízení.~~

~~(2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:~~

- ~~a) formu, obor, popřípadě druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, pro které mají být poskytovány, a označení zdravotní pojišťovny, která výběrové řízení vyhlašuje (dále jen „vyhlašovatel“);~~
- ~~b) obecná kritéria stanovená vyhlašovatelem pro poskytování zdravotních služeb podle písmene a)~~
- ~~c) lhůtu, ve které lze podat přihlášku; tato lhůta nesmí být kratší než 30 pracovních dnů;~~
- ~~d) místo pro podání přihlášky;~~
- ~~e) datum, od kterého mají být poskytovány zdravotní služby, které jsou předmětem výběrového řízení.~~

26. § 48 zní:

§ 48

~~(1) Vyhlašovatel zřizuje pro každé výběrové řízení výběrovou komisi (dále jen „komise“). Členy komise jsou:~~

~~a) zástupce vyhlašovatele,~~

~~b) zástupce České lékařské komory nebo České stomatologické komory podle~~

~~oboru zdravotní péče,~~

~~e) zástupce krajského úřadu podle místa, kde má být služba poskytována,~~

~~d) odborník pro obor nebo druh zdravotní péče, která má být uchazečem poskytována.~~

~~(2) Členy komise nemohou být osoby, u nichž se zřetelem na jejich vztah k uchazeči jsou pochybnosti o jejich nepodjatosti.~~

~~(3) Členství v komisi je nezastupitelné. Na členy komise se vztahuje povinnost zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s výběrovým řízením.~~

27. — § 49 zní:

§ 49

— (1) Činnost komise řídí její předseda, kterým je zástupce vyhlášovatele.

~~(2) Komise je schopna se usnášet, jsou-li přítomni všichni členové komise. Rozhodnutí je přijato, hlasovala-li pro něj nadpoloviční většina členů komise. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas zástupce vyhlášovatele. O průběhu a výsledku výběrového řízení komise vyhotoví zápis, který bude předán řediteli zdravotní pojišťovny, která výběrové řízení vyhlásila.~~

~~(3) Náklady spojené s vyhlášením výběrového řízení a činností komise hradí vyhlášovatel. Náklady spojené s účastí uchazeče na výběrovém řízení hradí uchazeč.~~

Poskytovatel, ale ani orgán samosprávy (kraj, obec) nemůže již vyhlásit výběrové řízení. To již nevyhláší a neorganizuje kraj, ale zdravotní pojišťovna. Všechna moc pojišťovnám – komu tedy vlastně? Úředníkům? Politikům?

28. V § 50 odst. 1 se slovo „Nabídky“ nahrazuje slovem „Příhlášky“ a slova „v příslušném oboru zdravotní péče, který je“ se nahrazují slovy „ve formě, oboru, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které jsou“.

Zpracování změny v textu zákona

§ 50

- (1) **Příhlášky** se doručují vyhlášovateli ve lhůtě stanovené podle § 47 odst. 2 písm. b). Uchazeč je povinen prokázat, že splňuje, nebo je ve lhůtě stanovené ve výběrovém řízení schopen splnit, předpoklady pro poskytování hrazených služeb ~~v příslušném oboru zdravotní péče, který je ve formě, oboru, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, které jsou~~ předmětem výběrového řízení.

(2) Vyhlášovateľ pozve uchazeče na jednání výberovej komise (ďalej len "komise"). Uchazeči, jehož prihláška má formálne nedostatky, ktoré uchazeč neodstraní v lehote stanovené vyhlášovateľom, vráti vyhlášovateľ prihlášku s uvedením dôvodů.

29. V § 51 se na konci textu odstavce 1 doplňují věty, které zní: „Při posuzování uchazečů členové komise přihlížejí rovněž ke splnění kritérií, která vyhlášovateľ stanoví pro formu, obor, popřípadě druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Členové komise dále posuzují splnění specifických podmínek daných místem výkonu zdravotních služeb.“.

Zpracování změny v textu zákona

„§ 51

(1) Při posuzování přihlášek členové komise přihlížejí zejména k dobré pověsti uchazeče, k praxi uchazeče v příslušném oboru, k disciplinárním opatřením uloženým podle zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, k etickému přístupu k pacientům, ke stížnostem na poskytování zdravotních služeb. Členové komise dále posuzují záměr uchazeče na zajišťování hrazených služeb v oboru zdravotní péče, který je předmětem výběrového řízení, a jeho možnostem splnit předpoklady pro zajištění hrazených služeb ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení. ~~Při posuzování uchazečů členové komise přihlížejí rovněž ke splnění kritérií, která vyhlášovateľ stanoví pro formu, obor, popřípadě druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Členové komise dále posuzují splnění specifických podmínek daných místem výkonu zdravotních služeb.“.~~

Kritéria stanoví pojišťovna – všechna moc pojišťovná!!!

30. V § 52 odstavec 1 zní:

„(1) Vyhlášovateľ je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení neprodleně po jeho skončení na svých internetových stránkách, a to včetně odůvodnění přijatého rozhodnutí.“.

Zpracování změny v textu zákona

§ 52

~~(1) Vyhlášovateľ je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů podle § 49 odst. 2. Vyhlášovateľ je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení neprodleně po jeho skončení na svých internetových stránkách, a to včetně odůvodnění přijatého rozhodnutí.~~

(2) Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na

uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.

Výsledky výběrového řízení nadále pro zdravotní pojišťovny nezávazné, takže celé výběrové řízení = formální fraška.

31. Příloha č. 1 zní:

Příloha č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb.

SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NEHRAZENÝCH NEBO HRAZENÝCH JEN ZA URČITÝCH PODMÍNEK

Seznam použitých zkratk a symbolů

Označení, symbol	Vysvětlení
ODB	odbornost
KAT	kategorie zdravotního výkonu z hlediska úhrady ze zdravotního pojištění - symboly N, Z, W - viz dále
N	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "N" - zdravotní výkon zásadně nehrazený ze zdravotního pojištění, výjimkou může být předchozí povolení revizním lékařem pro konkrétního pojištěnce, vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu (nebo k jeho zvláštní zdravotní potřebě)
W	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "W" - zdravotní výkon plně hrazený ze zdravotního pojištění jen při splnění určitých podmínek nebo limitovaný maximální hrazenou frekvencí, není nutné schválení revizním lékařem
Z	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "Z" - zdravotní výkon plně hrazený zdravotní pojišťovnou jen za určitých podmínek a po schválení revizním lékařem
dg.	diagnóza
poř. č.	pořadové číslo výkonu

ODB	Název
001	Všeobecné praktické lékařství
002	Praktické lékařství pro děti a dorost
014	Stomatologie všeobecná - praktický zubní lékař - stomatolog
015	Ortodoncie
201	Rehabilitační a fyzikální medicína
401	Pracovní lékařství
404	Dermatovenerologie

504	Cévní chirurgie
601	Plastická chirurgie
603	Gynekologie a porodnictví
605	Orální a maxilofaciální chirurgie
606	Ortopedie
701	Otorinolaryngologie
705	Oftalmologie
706	Urologie
808	Soudní lékařství
809	Radiologie a zobrazovací metody
903	Klinická logopedie
911	Všeobecná sestra
999	Universální lékařské výkony - bez vazby na odbornost

Seznam zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek

Poř. č.	ODB	Název zdravotního výkonu	KAT	Podmínka úhrady
1.	001	Zdravotně výchovná činnost	N	
2.	002	Zdravotně výchovná činnost	N	
3.	014	Pečetění fisury - zub	N	
4.	014	Koferdam - jedna čelist	N	
5.	014	Trepanace alveolu	N	
6.	014	Augmentace, řízená tkáňová regenerace a implantace v zubním lékařství	N	
7.	014	Provizorní můstek zhotovený v ordinaci	N	
8.	014	Oprava fixní náhrady v ordinaci	N	
9.	015	Odborná ortodontická konzultace na žádost pacienta	N	
10.	504	Rekonstrukce a. iliaca int. a další výkony pro vaskulární impotenci	N	
11.	603	Rekanalizace vejcovodu po předchozí sterilizaci	N	
12.	701	Nepřímá laryngoskopie s instilací léku do hrtanu	N	
13.	706	Implantace penilních protéz	N	
14.	706	Penis - kavemosometrie	N	
15.	706	Kavernosografie	N	
16.	903	Logopedické preventivní vyšetření depistáž v terénu	-N	

17.	001	Setření na pracovišti prováděné závodním lékařem	W	Výkon bude hrazen, pokud je nezbytný ke zjištění epidemiologické situace na pracovišti
18.	014	Injekční anestézie	W	Výkon bude hrazen s výjimkou intraligamentární anestezie
19.	014	Komplexní vyšetření lékařem poskytovatele v oboru zubní lékař	W	Výkon bude hrazen pouze při převzetí pojištěnce do péče při registraci pojištěnce
20.	014	Kontrola ústní hygieny - profylaktická	W	Hrazeno dvakrát ročně
21.	014	Odstranění zubního kamene profylaktické	W	Hrazeno jedenkrát ročně
22.	014	Lokální fluoridace s vysušením	W	Hrazeno při použití přípravku s aminofluoridem bez nosiče
23.	014	Zhotovení výplně stálého zubu (bez ohledu na počet plošek, včetně rekonstrukce růžku)	W	<p>Hrazen při použití nedozovaného amalgámu nebo při použití samopolymerujícího kompozitu v rozsahu frontálního úseku zubů včetně špičáků, a to</p> <p>1. u dětí do dne dovršení 18 let věku, dospělých po dovršení 65 let věku, osob ve hmotné nouzi a těhotných</p> <p>2. u všech pojištěnců, jde-li o výkon poskytnutý v rámci pregraduální výuky při získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání zubního lékaře podle jiného právního předpisu.</p> <p>3. u pojištěnců s onemocněním:</p> <p>amelogenesis imperfecta dentinogenesis imperfecta dysplázie dentinu poruchy salivace epidermolysis bullosa celiakie hypofosfatázie stavy po radioterapii v orofaciální oblasti</p>

24.	014	Zhotovení fotokompozitní výplně stálého zubu (bez ohledu na počet plošek, včetně rekonstrukce růžku a dostavby plastické)	W	Hrazeno u dětí do dne dovršení 18 let věku v rozsahu špičáků včetně
25.	014	Endodontické ošetření	W	Hrazen při použití registrovaného materiálu metodou centrálního čepu, a to 1. u dětí do dne dovršení 18 let věku, dospělých po dovršení 65 let věku, osob ve hmotné nouzi a těhotných 2. u všech pojištěnců, jde-li o výkon poskytnutý v rámci pregraduální výuky při získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání zubního lékaře podle jiného právního předpisu. 3. u pojištěnců s onemocněním: amelogenesis imperfecta dentinogenesis imperfecta dysplázie dentinu poruchy salivace epidermolysis bullosa celiakie hypofosfatázie stavy po radioterapii v orofaciální oblasti
26.	014	Zhotovení přechodné dlahy bez preparace - na zub	-W	Hrazeno při použití samopolymerující kompozitní pryskyřice
27.	014	Zhotovení přechodné dlahy s preparací - na zub	W	Hrazeno při použití samopolymerující kompozitní pryskyřice
28.	015	Ortodontická léčba	W	Hrazena pouze do dne dovršení 19 let věku. Pacientům po dovršení věku 19 let pojišťovna hradí pouze v těchto indikacích: 1) Rozštěpy rtu, čelisti a patra 2) Vrozené celkové vady a systémová onemocnění s ortodontickými projevy 3) Závažné skeletální vady přesně definované: - protruzní vada s inicizálním schůdkem ≥ 9 mm + úhel ANB $\geq +8^\circ$ nebo WITS $\geq +10$ mm

				<ul style="list-style-type: none"> - obrácený skus + úhel ANB $\leq -3^\circ$ nebo WITS ≤ -10 mm - otevřený skus v rozsahu všech řezáků 2 mm a více + úhel NS-ML $\geq 41^\circ$ - hluboký skus s dokumentovaným zraňováním gingivy a/nebo s rozsáhlou abrazí tvrdých zubních tkání + úhel NS-ML $\leq 15^\circ$
29.	201	Stanovení dlouhodobého rehabilitačního plánu na základě proběhlé rehabilitační konference	W	Hrazen jedenkrát během léčby
30.	401	Šetření na pracovišti pojištěnce z hlediska rizika profesionálního poškození	W	Výkon bude hrazen jen v indikaci vyšetření pro hrozící, suspektní nebo nastalé profesionální postižení
31.	601	Modelace a přitažení odstálého boltce	W	Plná úhrada do dne dovršení 10 let věku dítěte, po dovršení 10 let věku zdravotní pojišťovna nehradí
32.	701	Testy na agravaci a simulaci	W	V případě prokázané simulace nehrazen
33.	705	Aplikace kontaktní čočky	W	Výkon bude hrazen po operaci katarakty
34.	808	Konzultace nálezu soudním lékařem	W	Výkon bude hrazen, pokud je na žádost ošetřujícího lékaře nutný k vysvětlení nálezu u konkrétního případu
35.	911	Komplexní posouzení zdravotního stavu pojištěnce v jeho prostředí	W	Výkon bude hrazen jen na doporučení praktického lékaře při převzetí pojištěnce do lékařem indikované dočasné nebo dlouhodobé ošetrovatelské péče v domácnosti
36.	911	Cílená kontrola pojištěnce v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období

37.	911	Ošetřovatelská intervence jednoduchá v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
38.	911	Komplexní péče o ošetřovatelsky náročné nebo nepohyblivé pojištěnce v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
39.	999	Psychoterapie podpůrná - prováděná lékařem nepsychiatrem	W	Výkon bude hrazen jen na jednoho pojištěnce jedenkrát ročně v jednom oboru po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci
40.	999	Rozhovor lékaře s rodinou	W	Výkon bude hrazen na jednoho pojištěnce do dne dovršení 15 let věku maximálně dvakrát ročně, u dospělého jedenkrát ročně po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci
41.	999	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou	W	Hrazeno pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně ve zdravotnické dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce
42.	999	Konzilium lékařem poskytovatele specializované ambulantní péče	W	Výkon hrazen jen pokud je na žádost praktického lékaře
43.	404	Epilace á 30 minut	Z	Výkon bude hrazen pouze u dg. E00 - E07 (poruchy štítné žlázy, hormonální poruchy), E 10 - E 14 (diabetes mellitus), E 20 - E 35 (diencefalo-hypofyzární poruchy)
44.	601	Korekce malé vrozené anomálie boltce a okolí (výrůstky před boltcem)	Z	
45.	601	Xanthelasma	Z	
46.	601	Operace ptózy obličeje - horní, dolní	Z	
47.	601	Operace ptózy obličeje - celková (smas lifting)	Z	

48.	601	Operace tvrdého a měkkého nosu pro funkční poruchu	Z	
49.	601	Rinoplastika - měkký nos	Z	
50.	601	Rinoplastika - sedlovitý nos (L-štěp, včetně odběru)	Z	
51.	601	Rinofyma	Z	
52.	601	Operace gigantomastie	Z	
53.	601	Ablace prsu se zachováním dvorce	Z	
54.	601	Rekonstrukce areomamilárního komplexu	Z	
55.	601	Kapsulotomie pouzdra implantátu	Z	
56.	601	Odstranění implantátu prsu s kapsulektomií	Z	
57.	601	Implantace tkáňového expanderu	Z	
60.	605	Zvětšení brady kostí, chrupavkou nebo protézou	Z	
61.	605	Subperiostální implantát - jedna čelist	Z	
62.	605	Korekce brady	Z	
63.	606	Osteotomie proximálního femuru	Z	
64.	606	Prodloužení, zkrácení dlouhé kosti	Z	
65.	701	Septoplastika	Z	
66.	705	Laserová iridotomie	Z	Výkon je hrazen při provedení na 1 oku nejvíce třikrát, při dalším provedení je k úhradě třeba souhlasu revizního lékaře
67.	705	Dermatoplastika jednoho víčka nebo blepharochalasis - exize z jednoho víčka + odstranění tuku a záhybu	Z	
68.	705	Laserová koagulace sítnice	Z	Výkon je hrazen při provedení na 1 oku nejvíce pětkrát, při dalším provedení je k úhradě třeba souhlasu revizního lékaře
69.	705	Plastická operace kůže víčka otočným lalokem nebo posunem	Z	
70.	706	Transuretrální termoterapie prostaty	Z	
71.	706	Penis - intrakavernózní injekce vazoaktivních látek	Z	
72.	706	Ligatura vas deferens - vazektomie	Z	
73.	999	Vybavení pacienta pro péči mimo zdravotnické zařízení	Z	

Čl. II

Tento zákon nabývá účinnosti 1. ledna 2014.