

Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ ZÁKLADNÍ USTANOVENÍ

§ 1

Tento zákon zpracovává příslušné předpisy Evropských společenství¹⁾ a upravuje

- a) veřejné zdravotní pojištění (dále jen "zdravotní pojištění"),
- b) rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona poskytována zdravotní péče,
- c) způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.

§ 2 Osobní rozsah zdravotního pojištění

(1) Podle tohoto zákona jsou zdravotně pojištěny:

- a) osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky,
- b) osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo **nebo trvalý pobyt** na území České republiky, (dále jen "pojištěnci").

(2) Zaměstnavatelem se pro účely zdravotního pojištění rozumí právnická nebo fyzická osoba, která **je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu^{1a)}**, zaměstnává zaměstnance a má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky, jakož i organizační složka státu.^{1b)}

(3) Zaměstnáním se pro účely zdravotního pojištění rozumí činnost zaměstnance [§ 5 písm. a)], ze které mu plynou od zaměstnavatele příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků zdaňované podle zvláštního právního předpisu^{1a)}.

(4) Sídlem zaměstnavatele se pro účely zdravotního pojištění rozumí u právnické osoby její sídlo, jakož i sídlo její organizační složky, která je zapsána v obchodním rejstříku, popřípadě v jiném zákonem určeném rejstříku nebo je vedena ve stanovené evidenci u příslušného orgánu v České republice, a u fyzické osoby místo jejího trvalého pobytu, popřípadě, jde-li o zahraniční fyzickou osobu, místo jejího podnikání.

(5) Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činny v České republice pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území České republiky, a osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné (§ 8 odst. 4).

§ 3 Vznik a zánik zdravotního pojištění

(1) Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem [§ 5 písm. a)],
- c) získání trvalého pobytu na území České republiky.

(2) Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- a) úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem [§ 5 písm. a)],
- c) ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

ČÁST DRUHÁ POJISTNÉ

Plátcí pojistného zdravotního pojištění

§ 4

Plátcí pojistného zdravotního pojištění (dále jen "plátcí pojistného") jsou:

- a) pojištěnci uvedení v § 5,
- b) zaměstnavatelé,
- c) stát.

§ 5

Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud

- a) **je zaměstnancem; za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle zvláštního právního**

předpisu^{1a)}, s výjimkou

1. osoby, která má pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, které nejsou předmětem daně nebo jsou od daně osvobozeny,
 2. žáka nebo studenta, který má pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků za práci z praktického výcviku,
 3. osoby činné na základě dohody o provedení práce,
 4. osoby, která v pracovním poměru vykonává sjednané práce jen občas a nepravidelně podle potřeb zaměstnavatele (dále jen "zaměstnanec na nepravidelnou výpomoc") a která v kalendářním měsíci nedosáhla příjmu ve výši částky, která je podmínkou pro účast takové osoby na nemocenském pojištění podle zvláštních právních předpisů (dále jen "započitatelný příjem"),
 5. člena družstva, který není v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonává pro družstvo práci, za kterou je jím odměňován, a který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu,
 6. osoby činné na základě dohody o pracovní činnosti, která v kalendářním měsíci nedosáhla započitatelného příjmu,
 7. dobrovolného pracovníka pečovatelské služby, který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu,
- b) je osobou samostatně výdělečně činnou. Za osoby samostatně výdělečně činné se pro účely zdravotního pojištění považují:
1. osoby podnikající v zemědělství;^{1e)}
 2. osoby provozující živnost;²⁾
 3. osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů;³⁾
 4. osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů;⁴⁾
 5. společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností;⁵⁾
 6. osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů;⁶⁾
 7. osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku,^{6a)} pokud tato činnost **není považována za zaměstnání podle písmene a)** a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatné výdělečné činnosti,
 8. spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných, pokud podle zákona o daních z příjmů lze na ně rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení,
- c) má na území České republiky trvalý pobyt, avšak není uveden pod předchozími písmeny a není za něj plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc.

§ 6

Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance s výjimkou zaměstnanců, kteří postupují podle § 8 odst. 4. **Zaměstnavatel je plátcem části pojistného z příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu³⁾ zúčtovaných bývalému zaměstnanci po skončení zaměstnání.**

§ 7

(1) Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za tyto pojištěnce:

- a) nezaopatřené děti; nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře;⁷⁾
- b) poživatele důchodů z důchodového pojištění, kterým byl přiznán důchod před 1. lednem 1993 podle předpisů České a Slovenské Federativní Republiky a po 31. prosinci 1992 podle předpisů České republiky. Za poživatele důchodu se pro účely tohoto zákona považuje osoba podle předchozí věty i v měsících, kdy jí podle předpisů o důchodovém pojištění výplata důchodu nenáleží;
- c) příjemce rodičovského příspěvku;⁷⁾
- d) ženy na mateřské a rodičovské dovolené, ženy pobírající peněžitou pomoc v mateřství a muže po dobu jejich nepřítomnosti v práci, po kterou se jim poskytuje peněžitá pomoc podle předpisů o nemocenském pojištění;⁸⁾
- e) uchazeče o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání;⁹⁾
- f) osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované¹⁰⁾, a to za podmínky, že nejsou podle potvrzení plátce dávky pomoci v hmotné nouzi v pracovním ani obdobném vztahu ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, nejsou v evidenci uchazečů o zaměstnání a nejde o poživatele starobního, plného invalidního, vdovského nebo vdoveckého důchodu, ani o poživatele rodičovského příspěvku nebo o nezaopatřené dítě,
- g) osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost)¹¹⁾, a osoby pečující o tyto osoby, **a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost),**
- h) osoby konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách, další službu¹³⁾ nebo civilní službu a osoby povolane k vojenskému cvičení;
- i) osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody;
- j) osoby uvedené v § 5 písm. c), které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění;¹⁴⁾
- k) osoby, které jsou plně invalidní anebo které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro přiznání plného invalidního důchodu nebo starobního důchodu a nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a nepožívají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně

částku ve výši minimální mzdy;¹⁵⁾

- l) osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, nejde-li o osoby uvedené v písmenu c) nebo d). Podmínka celodenní péče se považuje za splněnou i tehdy, je-li dítě předškolního věku umístěno v jeslích (mateřské škole), popřípadě v obdobném zařízení na dobu, která nepřevyšuje čtyři hodiny denně, a jde-li o dítě plnící povinnou školní docházku, po dobu návštěvy školy, s výjimkou umístění v zařízení s týdenním či celoročním pobytem. Za takové osoby se považuje vždy pouze jedna osoba, a to buď otec nebo matka dítěte, nebo osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů,¹⁶⁾ pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti,
- m) mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy,
- n) osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, které byla udělena akreditace Ministerstvem vnitra, v rozsahu překračujícím v průměru alespoň 20 hodin v kalendářním týdnu, pokud není dobrovolník plátcem pojistného podle § 5 nebo za něj není plátcem pojistného stát podle předchozích písmen a) až m),
- o) cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu,^{16a)} pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti,
- p) žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území, cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území^{16b)}, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

(2) Mají-li osoby uvedené v odstavci 1 písm. a) až i) příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát i tyto osoby.

§ 8 Povinnost platit pojistné

(1) Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn, (dále jen "příslušná zdravotní pojišťovna"). Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem:

- a) nástupu zaměstnance do zaměstnání (§ 2 odst. 3);
- b) zahájení samostatné výdělečné činnosti [§ 5 písm. b)];
- c) kdy se stal pojištěncem podle § 5 písm. c);
- d) ke kterému se po návratu do České republiky pojištěnec přihlásil podle odstavce 4 u příslušné zdravotní pojišťovny;
- e) návratu do České republiky po nepřetržitém pobytu v cizině, který započal již před 1. lednem 1993, pokud den návratu připadne na období po 30. dubnu 1995; uvedené skutečnosti je pojištěnec povinen příslušné zdravotní pojišťovně doložit;
- f) návratu do České republiky po nepřetržitém pobytu v cizině, který započal mezi 1. lednem 1993 a 1. červencem 1993, pokud den návratu připadne na období po 30. dubnu 1995, jestliže pojištěnec
 - 1. byl v cizině zdravotně pojištěn,
 - 2. v uvedeném období mu nebyla poskytnuta zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění,
 - 3. požádal zpětně příslušnou zdravotní pojišťovnu o postup podle odstavce 4.

Tím není dotčena povinnost platit pojistné za dobu předcházející pobytu v cizině.

(2) Povinnost zaměstnavatele platit část pojistného za své zaměstnance vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání (§ 2 odst. 3) a zaniká dnem skončení zaměstnání, s výjimkami stanovenými v § 6. Za den nástupu zaměstnance do zaměstnání se považuje

- a) u pracovního poměru včetně pracovního poměru sjednaného podle cizích právních předpisů den, ve kterém zaměstnanec nastoupil do práce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení pracovního poměru,
- b) u služebního poměru den, ve kterém zaměstnanec nastoupil k výkonu služby, jde-li o státního zaměstnance den nástupu služby, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení služebního poměru,
- c) u členů družstva v družstvech, kde podmínkou členství je jejich pracovní vztah k družstvu, jestliže mimo pracovní vztah vykonávají pro družstvo práci, za kterou jsou jím odměňováni, den započetí práce pro družstvo, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení členství v družstvu,
- d) u zaměstnanců činných na základě dohody o pracovní činnosti den, ve kterém poprvé po uzavření dohody o pracovní činnosti zaměstnanec začal vykonávat sjednanou práci, a za den ukončení zaměstnání se považuje den, jímž uplynula doba, na kterou byla tato dohoda sjednána,
- e) u soudců den nástupu soudce do funkce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení výkonu funkce soudce,
- f) u členů zastupitelstev územních samosprávných celků a zastupitelstev městských částí nebo městských obvodů územně členěných statutárních měst a hlavního města Prahy, kteří jsou pro výkon funkce dlouhodobě uvolněni nebo kteří před zvolením do funkce člena zastupitelstva nebyli v pracovním poměru, ale vykonávají funkci ve stejném rozsahu jako dlouhodobě uvolnění členové zastupitelstva den, od něhož členu náleží odměna za výkon funkce vyplácená členům zastupitelstev územních samosprávných celků a zastupitelstev městských částí nebo městských obvodů územně členěných statutárních měst a hlavního města Prahy, kteří jsou pro výkon funkce dlouhodobě uvolněni nebo kteří před zvolením do funkce člena zastupitelstva nebyli v pracovním poměru, ale vykonávají funkci ve stejném rozsahu jako dlouhodobě uvolnění členové zastupitelstva, a za den ukončení zaměstnání se považuje den, od něhož tato odměna

nenáleží. Plní-li dosavadní starosta nebo primátor úkoly po uplynutí volebního období až do dne konání ustavujícího zasedání nově zvoleného zastupitelstva a je mu vyplácena odměna uvedená ve větě první, považuje se za zaměstnance ještě po dobu, po kterou mu náleží tato odměna; to platí obdobně pro hejtmana kraje a primátora hlavního města Prahy,

- g) u poslanců Poslanecké sněmovny a senátorů Senátu Parlamentu České republiky a poslanců Evropského parlamentu zvolených na území České republiky den zvolení, a za den ukončení zaměstnání se považuje den uplynutí volebního období, popřípadě den zániku mandátu,
- h) u členů vlády, prezidenta, viceprezidenta a členů Nejvyššího kontrolního úřadu, členů Rady pro rozhlasové a televizní vysílání, členů Rady Českého telekomunikačního úřadu, finančního arbitra, zástupce finančního arbitra, Veřejného ochránce práv a zástupce Veřejného ochránce práv den nástupu do funkce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení výkonu funkce,
- i) u fyzických osob, které nejsou uvedeny v písmenech e) až h), které byly jmenovány nebo zvoleny do funkce a jejich jmenováním nevznikl pracovní nebo služební poměr, den nástupu do funkce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení výkonu funkce,
- j) u dobrovolných pracovníků pečovatelské služby den, ve kterém začal dobrovolný pracovník poskytovat pečovatelskou službu, a za den ukončení zaměstnání se považuje den, kdy přestal být dobrovolným pracovníkem pečovatelské služby,
- k) u pěstouna, který vykonává pěstounskou péči v zařízeních pro výkon pěstounské péče podle zvláštního právního předpisu^{16c)}, den zahájení výkonu pěstounské péče, a za den ukončení zaměstnání se považuje den zániku výkonu pěstounské péče,
- l) u pěstouna, kterému je za výkon pěstounské péče vyplácena odměna náležející pěstounovi ve zvláštních případech podle zvláštního právního předpisu^{16d)}, den, od něhož náleží tato odměna, a za den ukončení zaměstnání se považuje den, od něhož tato odměna nenáleží z jiných důvodů, než je dočasná pracovní neschopnost,
- m) u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody zařazených do práce den zařazení do práce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den odvolání z výkonu práce,
- n) u osob činných v poměru, který má obsah pracovního poměru, avšak pracovní poměr nevznikl, neboť nebyly splněny podmínky stanovené pracovní právními předpisy pro jeho vznik, den započetí výkonu práce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den ukončení výkonu práce,
- o) u zaměstnanců neuvedených pod písmeny a) až n) den, kdy začal zaměstnanec vykonávat práci, na jejímž základě mu plynou příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, a za den ukončení zaměstnání se považuje den ukončení výkonu práce.

(3) Povinnost státu platit pojistné za pojištěnce vzniká dnem, kdy se stát podle § 7 stává plátcem pojistného. Tato povinnost zaniká dnem, ke kterému stát přestal být podle § 7 plátcem pojistného.

(4) Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy je dlouhodobě v cizině, pokud je v cizině zdravotně pojištěn a učinil o této skutečnosti u příslušné zdravotní pojišťovny písemné prohlášení. Povinnost platit pojistné však zaniká až dnem, který pojištěnec v prohlášení podle věty první uvedl, ne však dříve než dnem následujícím po dni, kdy toto prohlášení bylo doručeno příslušné zdravotní pojišťovně. Od stejného dne až do dne, kdy se pojištěnec u příslušné zdravotní pojišťovny opět přihlásil, nemá pojištěnec nárok na úhradu péče hrazené zdravotním pojištěním. Současně s opětovným přihlášením u příslušné zdravotní pojišťovny je pojištěnec povinen této pojišťovně dodatečně předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Pokud pojištěnec takový doklad nepředloží, je povinen příslušné zdravotní pojišťovně doplatit zpětně pojistné tak, jako by podle tohoto ustanovení nepostupoval. Za dlouhodobý pobyt v cizině se považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců.

(5) Nezaplátí-li plátcem pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále.

§ 9 Výše a způsob placení pojistného a penále

(1) Výše pojistného, penále a způsob jejich placení stanoví zvláštní zákon.¹⁷⁾

(2) Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel.

(3) Písemnou smlouvou mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem může se zaměstnanec zavázat zaplatit zaměstnavateli zcela nebo zčásti částku odpovídající pojistnému, které za zaměstnance má zaměstnavatel povinnost hradit v době, kdy zaměstnanci poskytl pracovní volno bez náhrady příjmu. Při neomluvené nepřítomnosti zaměstnance v práci je zaměstnanec povinen zaplatit zaměstnavateli částku odpovídající pojistnému, které zaměstnavatel za zaměstnance za tuto dobu uhradil.

ČÁST TŘETÍ PRÁVA A POVINNOSTI PLÁTCŮ POJISTNÉHO

§ 10 Oznamovací povinnost plátců pojistného

(1) Zaměstnavatel je povinen nejpozději do osmi dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje, provést u příslušné zdravotní pojišťovny oznámení o:

- a) nástupu zaměstnance do zaměstnání (§ 2 odst. 3) a jeho ukončení; jde-li o pojištěnce podle § 2 odst. 1 písm. b), oznamuje též tuto skutečnost,
- b) změně zdravotní pojišťovny zaměstnancem, pokud mu tuto skutečnost sdělil; oznámení se provede odhlášením od placení pojistného u původní zdravotní pojišťovny a přihlášením k placení pojistného u zdravotní pojišťovny, kterou si zaměstnanec zvolil,
- c) skutečnostech rozhodných pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné, a to i v těch případech, kdy povinnost státu vznikla v době, kdy zaměstnanci poskytl pracovní volno bez náhrady příjmu, jsou-li mu tyto skutečnosti známy.

O oznamovaných skutečnostech je zaměstnavatel povinen vést evidenci a dokumentaci. Při plnění oznamovací povinnosti sděluje zaměstnavatel jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zaměstnance, případně jiné číslo pojištěnce.

(2) Zaměstnanec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti podle předchozího odstavce neprodleně, zjistí-li, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil, nebo pokud údaje uvedené pod písmeny b) a c) svému zaměstnavateli nesdělil.

(3) Pojištěnec, který je osobou samostatně výdělečně činnou, je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy tuto činnost zahájil nebo ukončil. Pojištěnec, podnikající na základě živnostenského oprávnění, splní tuto povinnost i tehdy, učiní-li oznámení příslušnému živnostenskému úřadu.^{17b)}

(4) Pojištěnec je povinen do osmi dnů ode dne, kdy se stal pojištěncem podle § 5 písm. c), oznámit tuto skutečnost příslušné zdravotní pojišťovně.

(5) Pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné podle § 7. Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy. Za osoby nezletilé nebo osoby bez způsobilosti k právním úkonům plní tuto povinnost jejich zákonný zástupce.

(6) Narození pojištěnce je jeho zákonný zástupce povinen oznámit do osmi dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky oznámí narození pojištěnce Centrálnímu registru pojištěnců¹⁸⁾ bezprostředně po přidělení rodného čísla.

(7) Úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého je povinen oznámit Centrálnímu registru pojištěnců¹⁸⁾ do osmi dnů od zápisu do matriky příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky.

§ 10a Živnostenské úřady

(1) Živnostenské úřady, které přijaly oznámení podle § 10 odst. 3 věty druhé, předají tyto údaje ve stanovené lhůtě^{18a)} zdravotní pojišťovně, kterou ve svém oznámení pojištěnec uvedl (dále jen "příslušná pojišťovna").

(2) Živnostenské úřady sdělují nejpozději do 5 pracovních dnů příslušné pojišťovně vznik prvního nebo zánik posledního oprávnění provozovat živnost a pozastavení výkonu živnosti, a to s uvedením dne, ke kterému tyto skutečnosti nastaly.

(3) Živnostenské úřady předají na vyžádání zdravotní pojišťovně kopie dokladů, které pojištěnec připojil ke svému oznámení podle odstavce 1.

(4) Živnostenské úřady a zdravotní pojišťovny si v mezích své působnosti vzájemně předávají údaje potřebné k provádění veřejného zdravotního pojištění osob samostatně výdělečně činných, které podnikají na základě živnostenského oprávnění.

ČÁST ČTVRTÁ PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE

§ 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. dni kalendářního čtvrtletí. 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, jsou pojištěnci takové zdravotní pojišťovny oprávnění změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. 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 ve větě druhé nebo třetí. 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,

- b) na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby,²⁰⁾ kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně; toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území²¹⁾ a v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno,
- c) na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně,
- d) na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování postihu za porušení povinnosti uložené tímto ustanovením zákona,
- e) na **léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely** bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a **potraviny pro zvláštní lékařské účely** hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem; to platí i v případech, kdy zařízení lékárenské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu,
- f) podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním,
- g) **na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a; zdravotnické zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,**
- h) **na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a odst. 1 písm. d) a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče; zařízení lékárenské péče je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,**
- i) **na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zdravotní pojišťovnou ve lhůtě podle § 16b odst. 2.**

(2) Má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může:

- a) podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli,²²⁾
- b) obrátit se na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře nebo lékárníka, anebo na jinou profesní organizaci, pokud byla zřízena, týkají-li se uvedené nedostatky jiného zdravotnického pracovníka,
- c) obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče,
- d) obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona.²³⁾

(3) Vojáci v činné službě s výjimkou vojáků v záloze povoláných k vojenskému cvičení a žáci vojenských škol, kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, jsou pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Základní zdravotní péči jim poskytuje posádkové zařízení zdravotní péče, a není-li zřízeno, jiné zdravotnické zařízení, s nímž Vojenská zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování zdravotní péče. Navazující ambulantní nebo ústavní péči poskytuje zdravotnické zařízení určené lékařem, který poskytl základní zdravotní péči. Lékaře lze volit jen v rámci zdravotnického zařízení uvedeného ve větě druhé a třetí. Vojáci v základní a náhradní službě a žáci vojenských škol jsou pojištěni Vojenské zdravotní pojišťovny do posledního dne kalendářního měsíce, v němž ukončili základní nebo náhradní službu nebo studium na vojenské škole. Od prvního dne následujícího kalendářního měsíce jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny, jejímiž pojištěnci byli před přechodem do Vojenské zdravotní pojišťovny. K tomu účelu je Vojenská zdravotní pojišťovna povinna sdělovat jedenkrát měsíčně Ústřední pojišťovně Všeobecné zdravotní pojišťovny¹⁸⁾ jména, příjmení, trvalé pobyty a rodná čísla pojištěnců, kteří zahájili nebo ukončili základní nebo náhradní službu nebo studium na vojenské škole. Pro změnu zdravotní pojišťovny pojištěncem podle předchozího odstavce se do lhůty 12 měsíců nezapočítává doba pojištění u Vojenské zdravotní pojišťovny. Za vojáky v činné službě,^{22a)} s výjimkou vojáků v záloze povoláných k vojenskému cvičení, a za žáky vojenských škol,^{22b)} kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, uhradí Ministerstvo obrany prostřednictvím Vojenské zdravotní pojišťovny

- a) rozdíl mezi výší úhrady zdravotní péče poskytnuté či předepsané lékařem nebo zdravotnickým zařízením uvedeným ve větě druhé a třetí, která je částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění podle tohoto zákona, a výší úhrady poskytnuté Vojenskou zdravotní pojišťovnou; to neplatí pro úhradu stomatologických výrobků,
- b) preventivní péči poskytnutou nad rámec preventivní péče hrazené ze zdravotního pojištění podle § 29 v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva obrany.

(4) U osob vykonávajících civilní službu, osob, kterým jsou poskytovány služby v oblasti zaměstnanosti^{22c)} a dále u

osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody je výběr lékaře, zdravotnického zařízení a dopravní služby omezen podle zvláštních předpisů.

§ 12

Pojištěnec je povinen:

- a) plnit oznamovací povinnost podle § 10,
- b) sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn. Stejnou povinnost má i tehdy, stane-li se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny v době trvání zaměstnání; tuto povinnost splní do osmi dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny. Přijetí sdělení podle předchozích vět je zaměstnavatel povinen pojištěnci písemně potvrdit. Zaměstnavatel má právo požadovat na zaměstnanci nebo bývalém zaměstnanci úhradu penále, které zaplatil v souvislosti s neoznámením nebo opožděným oznámením změny zdravotní pojišťovny pojištěncem,
- c) hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud tento zákon nestanoví jinak,
- d) poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim,
- e) podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví tento zákon nebo obecně závazné právní předpisy,
- f) dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci,
- g) vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví,
- h) prokazovat se při poskytování zdravotní péče, s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou,
- i) oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce,
- j) vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při
 1. zániku zdravotního pojištění podle § 3 odst. 2 písm. b) a c);
 2. změně zdravotní pojišťovny;
 3. dlouhodobém pobytu v zahraničí,
- k) oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo,
- l) při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou,
- m) hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky podle § 16a**

ČÁST PÁTÁ PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

§ 13

(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav a zdravotní péče uvedená v odstavci 3.

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

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

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

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

§ 14

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území České republiky. Ze zdravotního pojištění se pojištěncům uhradí též částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky.

§ 15

(1) Ze zdravotního pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č.1 tohoto zákona.

(2) Ze zdravotního pojištění se nehradí výkony akupunktury.

(3) Ze zdravotního pojištění se hradí nejvíce třikrát za život zdravotní péče poskytnutá na základě doporučení registrujícího ženského lékaře v souvislosti s mimotělním oplodněním

- a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let,
- b) ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let.

(4) Ze zdravotního pojištění se vždy plně hradí léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

- a) sérum proti stafylokokovým infekcím,
- b) sérum proti záškrtu,
- c) sérum proti hadímu jedu,
- d) sérum proti botulismu,
- e) sérum proti plynaté sněti,
- f) sérum proti vzteklině,
- g) imunoglobulin proti tetanu,
- h) imunoglobulin proti hepatitidě B,
- i) tetanový toxoid,
- j) vakcína proti stafylokokovým infekcím,
- k) vakcína proti vzteklině,
- l) antidota (užívaná při léčbě otrav organofosfáty, těžkými kovy a kyanidy).

(5) Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování ambulantní zdravotní péče léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky ze skupin léčivých látek uvedených v příloze č. 2, pokud pro ně Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen "Ústav") rozhodl o výši úhrady (§ 39h). V každé skupině léčivých látek uvedených v příloze č. 2 se ze zdravotního pojištění vždy plně hradí nejméně jeden léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely. Dále se ze zdravotního pojištění hradí individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka a transfúzní přípravky ve výši stanovené ústavem opatřením obecné povahy. Ze zdravotního pojištění se při poskytování ústavní péče plně hradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka a transfúzní přípravky, v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.

(6) Ze zdravotního pojištění se nehradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely uvedené v odstavci 5, pokud Ústav rozhodnutím úhradu nepřiznal. Ústav nepřizná úhradu, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

- a) podpůrné a doplňkové,
- b) jejichž používání je z odborného hlediska nevhodné,
- c) nemají dostatečné důkazy o terapeutické účinnosti, nebo
- d) nesplňují podmínky účelné terapeutické intervence.

Terapeutickou účinností se rozumí schopnost vyvolávat žádoucí účinek s použitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely i v podmínkách běžné klinické praxe. Účelnou terapeutickou intervencí se rozumí zdravotní péče poskytovaná k prevenci nebo léčbě onemocnění za účelem dosažení co nejúčinnější a nejbezpečnější léčby při zachování nákladové efektivity. Nákladovou efektivitou se rozumí určení poměru mezi celkovými náklady spojenými s použitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a celkovými náklady spojenými s použitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a celkovými náklady spojenými s jiným způsobem léčby při dosažení srovnatelného výsledku ověřeného v podmínkách klinické praxe; nákladově efektivní jsou léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž užití při léčbě je, pokud jde o náklady, výhodnější než užití jiného způsobu léčby při dosažení srovnatelného účinku.

(7) Ústav rozhoduje o

- a) výši úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely,
- b) podmínění úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely uvedených v písmenu a)

způsobem vyúčtování, preskripčními a indikačními omezeními nebo používáním při poskytování zdravotní péče na specializovaných pracovištích (dále jen "podmínky úhrady"),

- c) nepřiznání úhrady léčivým přípravkům a potravinám pro zvláštní lékařské účely,
- d) výši maximálních cen podle právních předpisů o regulaci cen vyhlášených ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (dále jen "cenový předpis")^{23c)},
- e) o zařazení léčivého přípravku do referenční skupiny.

(8) S výjimkou prostředků zdravotnické techniky uvedených v oddílu B přílohy č. 3 tohoto zákona, které se ze zdravotního pojištění nehradí, a vybraných prostředků zdravotnické techniky uvedených v oddílu C přílohy č. 3 tohoto zákona, které se hradí ve výši a za podmínek v této příloze stanovených, se ze zdravotního pojištění hradí ve výši 75 % jejich ceny pro konečného spotřebitele²⁴⁾ prostředky zdravotnické techniky předepsané za účelem

- a) pokračovat v léčebném procesu, nebo
- b) podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit anebo vyloučit jeho zhoršení, nebo
- c) kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.

Hradí se vždy prostředek zdravotnické techniky v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.

(9) Ze zdravotního pojištění se hradí stomatologické výrobky v rozsahu a za podmínek uvedených v příloze č. 4 tohoto zákona.

(10) Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, **léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky** a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Hrazená péče dále nezahrnuje vyšetření, prohlídky, **léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky** a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí, ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami²⁵⁾ v souladu s rozhodnutím Ministerstva financí.²⁶⁾

(11) Ze zdravotního pojištění se hradí péče poskytovaná v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích se hradí z rozpočtu zřizovatele. Z rozpočtu zřizovatele se hradí též zdravotnická záchranná služba²⁷⁾ a pohotovostní služby s výjimkou zdravotních výkonů podle § 28.

§ 16

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou hrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče.

(2) S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.

§ 16a Regulační poplatky

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, regulační poplatek ve výši

a) 30 Kč za

1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření^{27a)} (dále jen "návštěva") u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
2. návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
3. návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3),

b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,

c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,

d) 30 Kč za vydání^{27b)} každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení,

e) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

1. lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři,
2. ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek^{27c)} a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,

f) 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33 odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách (§ 34), 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)},
- b) při ochranném léčení nařízeném soudem,
- c) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu^{27f)},
- d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu^{27g)}, ne starším 30 dnů.

(3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

- a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),
- b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d),
- c) hemodialýzu,
- d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření^{27a)},
- e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

(4) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

(5) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s uvedením čísla pojištěnce (§ 40 odst. 3), výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.

(6) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

(7) Zařízení lékárenské péče je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1 písm. d), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek popřípadě doplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.

(8) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 16b Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

(1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž úhrada stanovena podle § 17 je nižší než 30 % maximální ceny²⁴⁾ a částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením

výše úhrady a výše doplatku započitatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(2) Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků a doplatků, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 6 a 7, limit podle odstavce 1, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit podle odstavce 1 již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu regulačních poplatků a doplatků za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 6 a 7, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku podle věty první nebo druhé, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhla 50 Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

(3) Při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle odstavce 2. Částku podle odstavce 2 uhradí pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Zdravotní pojišťovna uvedená ve větě druhé oznámí zdravotním pojišťovnám, u kterých byl pojištěnec v kalendářním roce pojištěn, celkovou částku, o kterou byl limit tohoto pojištěnce překročen, jakož i poměrnou částku vypočtenou podle doby pojištění připadající na pojišťovnu, které je částka oznamována. Zdravotní pojišťovny jsou povinny částku na ně připadající uhradit zdravotní pojišťovně uvedené ve větě druhé do 30 dnů ode dne doručení oznámení o výši této částky.

§ 17

(1) Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona,²⁸⁾ smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.

(2) Zdravotní pojišťovna je povinna uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče s veřejným neziskovým ústavním zdravotnickým zařízením zařazeným do sítě veřejných zdravotnických zařízení podle zvláštního právního předpisu v rozsahu, v jakém je veřejné neziskové ústavní zdravotnické zařízení povinno podle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví zdravotní péči poskytovat, a to s účinností ode dne nabytí právní moci tohoto rozhodnutí. S účinností od 1. ledna 2008 může být ústavní zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě smlouvy podle předchozí věty, je-li poskytována veřejným neziskovým ústavním zdravotnickým zařízením zřízeným podle zvláštního právního předpisu^{46a)}, nebo zdravotní pojišťovny uzavřou smlouvu na základě výběrového řízení podle tohoto zákona.

(3) Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem"), a poté je vydá jako vyhlášku. Jestliže před ukončením platnosti smlouvy nedojde k uzavření smlouvy nové, bude platnost smlouvy prodloužena až do doby, než bude uzavřena nová rámcová smlouva. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle odstavce 1, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle odstavce 1, kontrolní mechanismus kvality poskytované péče a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování zdravotní péče, způsob a důvody ukončení smlouvy podle odstavce 1, ustanovení o rozhodčím řízení.

(4) Zdravotnická zařízení a další subjekty poskytující hrazenou péči jsou povinny ve vyúčtováních zdravotním pojišťovnám uvádět čísla pojištěnců, kterým hrazenou péči poskytly.

(5) Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(6) Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních

zdravotnických zařízení. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li **dohoda** v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že **tato dohoda není v souladu** s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. **Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.**

(7) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí zdravotnickým zařízením, s výjimkou zařízení lékárenské péče, léčivé přípravky paušální částkou, jejíž výše se sjedná ve smlouvě podle odstavce 1. Nad rámec sjednané paušální částky příslušná zdravotní pojišťovna uhradí, ve výši stanovené **Ústavem**, zdravotnickým zařízením s výjimkou zařízení lékárenské péče, léčivé přípravky obsahující léčivé látky uvedené v příloze č. 2 tohoto zákona, **u nichž rozhodne ústav o takovém způsobu úhrady.**

(8) Příslušná zdravotní pojišťovna uhradí vždy na základě:

- a) lékařského předpisu vystaveného smluvním zdravotnickým zařízením, lékařem poskytujícím neodkladnou péči pojištěnci, smluvním lékařem poskytujícím zdravotní péči v zařízení sociální péče a smluvním lékařem poskytujícím zdravotní péči sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům, jestliže jeho odbornost zaručuje Česká lékařská komora nebo Česká stomatologická komora a jestliže k tomu takový lékař uzavře zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou
 1. zařízením lékárenské péče léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, a to i tehdy, nemá-li se zařízením lékárenské péče dosud uzavřena smlouva podle odstavce 1,
 2. zařízením lékárenské péče a jiným smluvním subjektům brýle a pomůcky oční optiky, vlasové náhrady, ortopedicko protetické pomůcky sériově a individuálně vyráběné, pomůcky pro zdravotně postižené včetně vozíků a zvedáků pro imobilní osoby a dále pomůcky pro sluchově postižené, nevidomé a slabozraké,
 3. zařízením lékárenské péče a jiným subjektům přístroje používané k terapii,
- b) předloženého účtu smluvním zdravotnickým zařízením
 1. stomatologické protetické náhrady a léčebné rehabilitační pomůcky,
 2. ortodontické aparáty,
- c) předloženého účtu smluvním zdravotnickým zařízením nebo jiným smluvním subjektům servisní zásahy na poskytnuté prostředky zdravotnické techniky.

§ 17a

Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona²⁸⁾ zvláštní smlouvy s těmito zařízeními sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky zařízení sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů^{28a)}.

§ 18 Poskytování zdravotní péče

(1) Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci,²⁹⁾ popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, není-li dále stanoveno jinak.

(2) Zdravotní péče je pojištěnci poskytována formou ambulantní nebo formou ústavní péče.

(3) Ošetřujícím lékařem se rozumí:

- a) praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce, (dále jen "registrující lékař"),
- b) lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- c) lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče.

§ 19 Ambulantní péče

Ambulantní péči se rozumí

- a) primární zdravotní péče,
- b) specializovaná ambulantní zdravotní péče,
- c) zvláštní ambulantní péče.

§ 20 Primární zdravotní péče

(1) Primární zdravotní péči poskytuje pojištěncům jejich registrující lékař, popřípadě ošetřující lékař.

(2) Při převzetí do péče vyplní registrující lékař registrační list. Současně si vyžádá od předchozího registrujícího lékaře informace potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče. Předchozí registrující lékař je povinen novému registrujícímu lékaři tyto informace předat písemně. Nový registrující lékař seznámí pojištěnce při převzetí do péče s plánem preventivních prohlídek podle § 29.

(3) Registrující lékař je povinen zajišťovat zdravotní péči o registrované pojištěnce; praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost je povinen zajišťovat pro registrované pojištěnce též návštěvní službu.

§ 21 Specializovaná ambulantní zdravotní péče

(1) Vyžaduje-li zdravotní stav pojištěnce poskytnutí specializované ambulantní zdravotní péče, doporučí registrující lékař pojištěnci takové smluvní zdravotnické zařízení, které je schopno specializovanou ambulantní zdravotní péči na náležité úrovni poskytnout; právo na volbu lékaře a zdravotnického zařízení podle tohoto zákona tím není dotčeno. Spolu s doporučením k přijetí specializovaným lékařem zasilá registrující lékař též písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o provedeném léčení.

(2) V indikovaných případech registrující lékař, popřípadě ošetřující lékař sám dojednává vyšetření nebo ošetření pojištěnce v jiném zdravotnickém zařízení, a to i ve spádovém zdravotnickém zařízení;²¹⁾ to platí i pro dojednání péče ústavní.

(3) Ošetřující lékař nebo jiný odborný pracovník ve zdravotnictví informuje registrujícího lékaře o zjištěných skutečnostech a o průběhu a ukončení léčení, zejména o skutečnostech důležitých pro posouzení zdravotní způsobilosti k práci a o epidemiologické situaci. Totéž platí pro poskytování informací mezi registrujícím lékařem a lékařem závodní preventivní péče.

§ 22 Zvláštní ambulantní péče

Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci **a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu**, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako

- domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, **nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu**,
- zdravotní péče ve stacionářích, pokud je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře,
- zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů,³⁰⁾
- zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb,
- ošetřovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu tato zařízení uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a.

§ 22a Zvláštní ústavní péče - péče paliativní lůžková

Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.

Ústavní péče

§ 23

Vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce, poskytne se mu hrazená péče formou péče ústavní. Ústavní péčí se rozumí péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. V těchto zařízeních může být poskytována vedle ústavní péče i péče ambulantní.

§ 24

(1) Do ústavní péče jsou pojištěnci přijímáni zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře. Ošetřující lékař zasilá s doporučením k přijetí do ústavní péče též písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o provedeném léčení. Do odborných léčebných ústavů jsou pojištěnci přijímáni na základě návrhu ošetřujícího lékaře; tato podmínka nemusí být splněna při přijetí do psychiatrické léčebny.

(2) Pojištěnec musí být přijat do ústavní péče, jestliže by nepřijetím nebo odložením přijetí do ústavní péče byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo jeho zdraví, a jestliže jde o porod. Přijetí nesmí být odepřeno též v případě povinného léčení.³¹⁾

(3) Každé nepřijetí pojištěnce do ústavní péče musí být řádně dokumentováno a pojištěnci musí být předána zpráva pro ošetřujícího lékaře. Stejně se postupuje i v případě, že pojištěnec sám přijetí odmítne.

§ 25

(1) Je-li při přijetí dítěte do zdravotnického zařízení vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nutná celodenní přítomnost průvodce, může s ním být průvodce přijat do ústavní péče. Pobyt průvodce dítěte mladšího šesti let v nemocnici se považuje za ústavní ošetřování. Průvodce je podle indikace a možností umístěn buď spolu s dítětem přímo na lůžkovém oddělení, nebo na oddělení dochází z ubytovacího prostoru, který je součástí tohoto zařízení. V případě dítěte staršího šesti let se pobyt průvodce v nemocnici považuje za ústavní ošetřování jen se souhlasem revizního lékaře.

(2) Pobyt průvodce v odborné dětské léčebně a dětské lázeňské léčebně se považuje za ústavní ošetřování v případech přijetí průvodce dítěte mladšího šesti let na dobu, kdy je zaškolen v ošetřování a léčebné rehabilitaci dítěte nebo kdy je přítomnost průvodce nutná vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte. V ostatních případech u komplexní lázeňské péče o děti a dospělé a péče v odborných léčebných ústavech hradí zdravotní pojišťovna pobyt průvodce pouze v případech, kdy jeho nezbytnost potvrdí revizní lékař.

(3) Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěno doprovázené dítě.

§ 26

(1) Bezprostřední péči o pojištěnce zajišťuje tým zdravotnických pracovníků vedený ošetřujícím lékařem nemocnice nebo odborného léčebného ústavu, který určuje v rámci pokynů vedoucího lékaře oddělení diagnostický a léčebný postup. K zabezpečení odborné péče a součinnosti odborníků různých oborů zajišťují jednotlivá oddělení konsiliární služby pro pojištěnce, jimž je poskytována ústavní péče.

(2) Vyžaduje-li zdravotní stav pojištěnce, aby byl přeložen na jiné oddělení, je nutno přeložení předem konzultovat s vedoucím lékařem oddělení nebo jím pověřeným lékařem.

(3) Z léčebných důvodů je možno pojištěnce propustit do domácího ošetření na propustku. Po dobu trvání propustky není zdravotnické zařízení oprávněno účtovat zdravotní pojišťovně náklady za ústavní péči, s výjimkou léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, kterými pojištěnce na dobu trvání propustky vybaví.

§ 27

(1) Pojištěnec se propustí z ústavní péče, jakmile jsou provedena potřebná vyšetření a ošetření nebo dojde-li k takovému zlepšení zdravotního stavu, kdy lze další péči poskytovat ambulantně nebo v jiných zdravotnických zařízeních, popřípadě v zařízeních sociální péče. Pojištěnec musí být vybaven při propuštění léčivými přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, na tři dny, nebo v odůvodněných případech i na další nezbytně nutnou dobu.

(2) Pojištěnec se předčasně propustí z ústavní péče na vlastní písemnou žádost (revers), nejde-li o případy, kdy je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony bez souhlasu nemocného.³²⁾

(3) Pojištěnec, který soustavně porušuje hrubým způsobem domácí řád zdravotnického zařízení a odmítá zásadním způsobem spolupráci, může být z ústavní péče předčasně propuštěn, pokud toto chování není způsobeno závažnou duševní poruchou nebo jinými závažnými důvody a pokud by okamžitým přerušením péče nebylo ohroženo vážným způsobem jeho zdraví. Předčasně propustit nelze pojištěnce v případech, kdy se jedná o povinné léčení.

(4) Ošetřujícímu lékaři, který navrhl ústavní péči, a registrujícímu lékaři se odesílá bezodkladně zpráva o propuštění pojištěnce včetně návrhu dalšího léčebného postupu.

(5) Pokud není pojištěnec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z ústavní péče až po předchozím včasné vyrozumění člena rodiny nebo osoby, která je schopna tuto péči zajistit.

(6) O propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, propouštějící zařízení včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností (v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy) příslušný podle místa pobytu pojištěnce. Obdobně postupuje u dětí a mladistvých se závažnou sociální problematikou v rodině. Náklady vzniklé další hospitalizací pojištěnce, který nemůže být propuštěn vzhledem k nezajištění další péče, nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.³³⁾

§ 28 Pohotovostní a záchranná služba

(1) Hrazená péče zahrnuje zdravotní výkony provedené v rámci

- a) zdravotní péče poskytované v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinační hodiny,
- b) lékařské služby první pomoci a ústavní pohotovostní služby,
- c) zdravotnické záchranné služby²⁷⁾ při poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče.

(2) Hrazená péče zahrnuje i neodkladné zdravotní výkony provedené při pohotovostní službě lékařem mimo jeho odbornost.

Preventivní péče

§ 29

(1) V rámci hrazené péče se u pojištěnců provádějí preventivní prohlídky. Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí registrující lékař, není-li ze zdravotnické dokumentace pojištěnce zřejmé, že prohlídka byla provedena nebo že pojištěnec byl v dále uvedených lhůtách v požadovaném rozsahu preventivní prohlídky vyšetřen.

(2) U pojištěnců se provádí preventivní prohlídka:

- a) v prvním roce života devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, pokud jim není poskytována dispenzární péče,
- b) v 18 měsících věku,
- c) ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky.

(3) V oboru stomatologie se provádí preventivní prohlídka:

- a) u dětí a dorostu ve věku do 18 let dvakrát ročně,
- b) u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství,
- c) u dospělých jedenkrát ročně.

(4) V oboru gynekologie se provádí preventivní prohlídka při ukončení povinné školní docházky a dále počínaje patnáctým rokem věku jedenkrát ročně.

(5) Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

§ 30

(1) Hrazená péče zahrnuje vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním.³⁴⁾ Prohlídky pojištěnců vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné prováděné v souvislosti s vydáváním zdravotního průkazu se do hrazené péče nezahrnují.

(2) Hrazená péče dále zahrnuje:

- a) stanovená očkování³⁵⁾ prováděná pracovišti léčebné péče,
- b) poskytnutí očkovacích látek proti vzteklině, proti tetanu při poraněních a nehojících se ranách, proti tuberkulóze a testování s použitím tuberkulinového testu a **poskytnutí očkovacích látek proti chřipce náležejících do skupin léčivých látek podle přílohy č. 2,**
- c) odběry materiálů prováděné v zařízeních léčebné péče na mikrobiologické, imunologické a parazitologické vyšetření pro klinické účely a v souvislosti s výskytem nálezů,
- d) vyšetření materiálů uvedených pod písmenem c) laboratořemi smluvních zdravotnických zařízení,
- e) diagnostiku HIV, anti HCV a HBsAG u dárců krve, tkání, orgánů a gamet a diagnostiku HIV prováděnou v zařízeních léčebné preventivní péče v případech léčebné preventivních postupů a v případech, kdy si to vyšetřovaný pojištěnec vyžádal, s výjimkou:
 1. anonymních vyšetření,
 2. vyšetření při soukromých a pracovních cestách do zahraničí.

(3) Hrazená péče nezahrnuje:

- a) poskytnutí očkovacích látek s výjimkou uvedenou v odstavci 2 písm. b),
- b) odběry materiálů a jejich vyšetření prováděné pro účely státního zdravotního dozoru Státním zdravotním ústavem a zdravotními ústavami,
- c) diagnostiku HIV včetně vyšetření prováděných ve Státním zdravotním ústavu a zdravotních ústavech na žádost pojištěnce včetně anonymních vyšetření.

§ 31 Dispenzární péče

(1) V rámci hrazené péče se dispenzární péče poskytuje pojištěncům zdravým, ohroženým a nemocným v těchto skupinách:

- a) dětem do jednoho roku,
- b) vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí,
- c) vybraným mladistvým,
- d) těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství,
- e) ženám, které používají hormonální a nitroděložní antikoncepci,
- f) pojištěncům ohroženým nebo trpícím závažnými onemocněními.

(2) Pojištěnce do dispenzární péče zařazuje podle odborných kritérií jeho registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.

(3) Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace

dispenzarizujícího lékaře stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

§ 32 Poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky

(1) Výdej léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky upravují zvláštní předpisy.³⁶⁾

(2) **Požádá-li pojištěnec o vydání jiného léčivého přípravku se stejnou léčivou látkou, se stejnou cestou podání a se stejnou lékovou formou, nahradí jej lékárna v souladu se zvláštním právním předpisem³⁷⁾ jiným léčivým přípravkem s nižším doplatkem, pokud předepisující lékař na receptu nevyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit.**

(3) Příslušná zdravotní pojišťovna může půjčovat některé prostředky zdravotnické techniky; o zapůjčení prostředků zdravotnické techniky vede evidenci. Vydání prostředků zdravotnické techniky nebo jejich zapůjčení zaznamená předepisující lékař do zdravotní dokumentace nemocného.

§ 33 Lázeňská péče

(1) Lázeňskou péči, včetně určení stupně naléhavosti, poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu, doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař a hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Návrh na lázeňskou péči podává na předtištěném formuláři zdravotní pojišťovny registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

(2) Nemoci, u nichž lze lázeňskou péči poskytnout, indikační předpoklady, odborná kritéria pro poskytnutí lázeňské péče podle odstavců 4 a 5 u jednotlivých nemocí, délku léčebného pobytu a indikační zaměření lázeňských míst (indikační seznam pro lázeňskou péči) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(3) Lázeňská péče se poskytuje a hradí jako komplexní lázeňská péče nebo příspěvková lázeňská péče.

(4) Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti nebo na minimalizaci rozsahu invalidity. U účastníků nemocenského pojištění se poskytuje v době jejich dočasné neschopnosti k práci. Pojištěnce předvolá k lázeňské péči zařízení lázeňské péče. Pacient v prvním pořadí naléhavosti je k nástupu na lázeňskou péči předvolán nejpozději do jednoho měsíce od data vystavení návrhu, případně po dohodě ošetřujícího, revizního a lázeňského lékaře je přeložen do zařízení lázeňské péče přímo ze zařízení ústavní péče. V druhém pořadí naléhavosti je pacient předvolán nejpozději do tří měsíců, děti a dorost do šesti měsíců ode dne vystavení návrhu. Komplexní lázeňská péče je plně hrazena zdravotní pojišťovnou.

(5) Příspěvková lázeňská péče je poskytována především pojištěncům s chronickým onemocněním v případech, kdy nejsou splněny podmínky uvedené v odstavci 4. Zdravotní pojišťovna hradí pouze vyšetření a léčení pojištěnce. Tato péče může být poskytnuta jednou za dva roky, nerozhodne-li revizní lékař jinak.

(6) Dětem a dorostu do 18 let se lázeňská péče poskytuje podle odstavce 4, pokud není na žádost rodičů poskytována podle odstavce 5. Přeložení pojištěnce ve věku do 18 let ze zařízení ústavní péče do zařízení lázeňské péče revizní lékař neposuzuje.

(7) U nemocí z povolání a jiných poškození na zdraví z práce se lázeňská péče poskytuje podle odstavce 4, jestliže ji doporučil nebo indikaci potvrdil příslušný odborník pro nemoci z povolání.

§ 34 Péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách

(1) Zdravotní péči poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu na doporučení ošetřujícího lékaře dětem a mladistvým do 18 let v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách hradí zdravotní pojišťovna. Návrh na zdravotní péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách podává na předtištěném formuláři zdravotní pojišťovny registrující praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Návrh potvrzuje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny; revizní lékař neposuzuje přeložení pojištěnce z nemocnice do odborné dětské léčebny.

(2) Nemoci, u nichž se dětem a mladistvým do 18 let poskytuje zdravotní péče v odborných dětských léčebnách, a indikační zaměření těchto léčen (indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. V případech, kdy se indikace k léčbě v dětských odborných léčebnách překrývají s indikacemi k léčbě v lázeňských léčebnách, rozhoduje o vhodnosti léčby v lázeňském zařízení či dětské odborné léčebně ošetřující lékař, který péči doporučil. Délka léčebného pobytu v odborných dětských léčebnách se řídí zdravotním stavem nemocných a rozhoduje o ní vedoucí lékař léčebny.

(3) Dětem od tří do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci, jejichž zdravotní stav nevyžaduje specializovanou léčbu v dětské lázeňské nebo v dětské odborné léčebně, se poskytuje na návrh ošetřujícího lékaře potvrzený revizním lékařem zdravotní pojišťovny péče v ozdravovně. Délka pobytu v ozdravovně zpravidla nepřesahuje 21 dnů; delší pobyt je možný pouze se souhlasem revizního lékaře.

§ 35 Závodní preventivní péče

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů. Hrazená péče zahrnuje:

- a) zdravotní výkony provedené v rámci první pomoci;
- b) periodické preventivní prohlídky zaměstnanců vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné, zaměstnanců na rizikových pracovištích, zaměstnanců, jejichž činnost může ohrozit zdraví ostatních zaměstnanců nebo jiných osob, a zaměstnanců, u nichž je vyžadována zvláštní zdravotní způsobilost, v rozsahu stanoveném zvláštním předpisem;³⁸⁾
- c) mimořádné prohlídky nařízené ze zdravotních důvodů;³⁹⁾
- d) dispensární prohlídky osob s hlášenou nemocí z povolání a osob, u kterých vlivy pracovních rizik působí i po ukončení expozice riziku.⁴⁰⁾

§ 35a Transplantace tkání a orgánů

Odběr tkání orgánů od žijícího nebo zemřelého dárce, vyšetření potenciálních dárců nezbytná pro posouzení vhodnosti pro konkrétního příjemce, nezbytné nakládání s odebranými tkáněmi a orgány a dopravu žijícího dárce nebo náhradu jeho cestovních nákladů a dopravu zemřelého dárce hradí zdravotní pojišťovna, jejímž pojištěncem je příjemce.

Doprava a náhrada cestovních nákladů

§ 36

(1) Zdravotní pojišťovna hradí dopravu pojištěnce na území České republiky, popřípadě na území Slovenské republiky, pokud tak vyplývá z dohody mezi vládou České republiky a Slovenské republiky, do smluvního zdravotnického zařízení, ze smluvního zdravotnického zařízení do místa trvalého nebo přechodného pobytu nebo do ústavu sociální péče, mezi smluvními zdravotnickými zařízeními a v rámci smluvního zdravotnického zařízení, a to v případě, že zdravotní stav pojištěnce podle vyjádření ošetřujícího lékaře, který tuto dopravu indikuje, neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby. Pokud k onemocnění došlo v místě přechodného pobytu, je doprava ze zdravotnického zařízení do místa trvalého pobytu, které je vzdálenější než místo přechodného pobytu, hrazena jen tehdy, pokud to podle vyjádření ošetřujícího lékaře nezbytně vyžaduje zdravotní stav pojištěnce. Doprava se provádí vozidly smluvní dopravní zdravotní služby. Je-li ošetřujícím lékařem indikován doprovod pojištěnce, hradí zdravotní pojišťovna, která hradí dopravu pojištěnce, i dopravu doprovázející osoby, a to ve stejném rozsahu, jako dopravu pojištěnce.

(2) Dopravu podle odstavce 1 hradí zdravotní pojišťovna ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního zdravotnického zařízení, které je schopno požadovanou zdravotní péči poskytnout.

(3) V mimořádných případech nebo v případech, kdy

- a) je to ekonomicky výhodnější, hradí zdravotní pojišťovna na základě indikace ošetřujícím lékařem a schválení revizního lékaře i nezbytnou leteckou dopravu,
- b) hrozí nebezpečí z prodlení, hradí zdravotní pojišťovna náklady i jinému dopravci; o takové dopravě rozhoduje ošetřující lékař,
- c) jde o osobu pohybující se převážně na vozíku pro tělesně postižené a je indikována doprava ze zdravotních důvodů dopravní zdravotní službou, hradí zdravotní pojišťovna dopravu i jinému dopravci, pokud tuto dopravu zajišťuje dopravním prostředkem speciálně upraveným pro převoz osob na vozíku pro tělesně postižené; o takové dopravě rozhoduje ošetřující lékař.

(4) Vyžaduje-li to nezbytně zdravotní stav pojištěnce a je-li bezprostředně ohrožen jeho život, hradí zdravotní pojišťovna na území České republiky dopravu transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání a orgánů k transplantaci, jakož i dopravu lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

§ 37

(1) Ze zdravotního pojištění se hradí indikovaná doprava lékaře a ostatních zdravotnických pracovníků za pojištěncem.

(2) Pokud se pojištěnec, který má nárok na dopravu podle § 36, rozhodne pro dopravu soukromým vozidlem a pokud ošetřující lékař takovou dopravu schválí, má pojištěnec nárok na náhradu cestovních nákladů.

§ 38 Posudková činnost

Hrazená péče zahrnuje posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu ošetřujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle § 191 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.

§ 39 Prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva

Hrazená péče zahrnuje i prohlídku zemřelého pojištěnce, pitvu,⁴¹⁾ dopravu k pitvě a dopravu z pitvy do místa, kde k

úmrtí došlo, popřípadě do místa pohřbu, je-li stejně vzdálené nebo bližší než místo, kde osoba zemřela. Hrazená péče nezahrnuje pitvu prováděnou podle zvláštního předpisu⁴²⁾ a dopravu k ní a od ní.

ČÁST ŠESTÁ REGULACE CEN A ÚHRAD LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ A POTRAVIN PRO ZVLÁŠTNÍ LÉKAŘSKÉ ÚČELY

§ 39a Stanovení maximálních cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely

(1) O maximálních cenách hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, o nichž je podle cenového předpisu^{23c)} stanoven tento způsob regulace cen, rozhoduje ústav.

(2) Ústav stanoví maximální cenu výrobce tak, aby nepřekročila

- a) průměr výrobních cen posuzovaného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely v členských státech Evropské unie s paritou kupní síly blízkou České republice, které provádějí cenovou regulaci léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen "referenční koš"), je-li posuzovaný výrobek na trhu nejméně ve třech zemích referenčního koše; tato podmínka se považuje za splněnou i tehdy, jestliže posuzovaný výrobek není na trhu v potřebném počtu zemí referenčního koše, ale na žádost osoby uvedené v § 39f odst. 2 písm. a) nebo b) se k výpočtu průměru výrobních cen namísto jedné nebo více cen posuzovaného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, použije cena výrobce nejlépejšího generika^{42a)} na trhu v zemi referenčního koše,
- b) průměr 3 nejnižších výrobních cen posuzovaného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely v ostatních členských státech Evropské unie, nelze-li postupovat podle písmene a),
- c) výrobní cenu nejbližšího terapeuticky porovnatelného léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, které jsou dostupné v České republice, a není-li takových, nejnižší výrobní cenu nejbližšího terapeuticky porovnatelného přípravku v členských státech Evropské unie, nelze-li postupovat podle písmene a) nebo b).

(3) Seznam zemí referenčního koše stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem.

(4) V případě vstupu na trh léčivého přípravku, který je v referenční skupině (§ 39c) prvním generikem k léčivému přípravku, u něhož je podle cenového předpisu^{23c)} stanoven tento způsob regulace cen, stanoví Ústav maximální cenu o 20 % nižší, než je maximální cena původního léčivého přípravku, pokud cena navrhaná žadatelem nebo zjištěná podle odstavce 1, není nižší. Stejně se postupuje u prvního generika léčivého přípravku nezařazeného do referenční skupiny.

(5) Maximální cena léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, obsahujícího léčivou látku, kterou lze využít k léčbě onemocnění, která dosud nebyla ovlivnitelná jiným léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely nebo představuje zásadní zlepšení léčby (dále jen "vysoce inovativní přípravek"), u něhož není znám dostatek údajů o nákladové efektivitě nebo výsledcích léčby při použití v klinické praxi a který podléhá cenové regulaci maximální cenou podle cenového předpisu^{23c)}, se stanoví podle odstavce 2 písm. a). Pokud nelze stanovit maximální cenu podle odstavce 2 písm. a), stanoví se maximální cena ve výši ceny zjištěné alespoň v 1 zemi referenčního koše nebo ve výši průměru výrobních cen zjištěných ve 2 zemích referenčního koše; v případech, kdy nelze použít tento postup, postupuje se podle odstavce 2 písm. b) nebo c).

Zásady stanovení nebo změn výše a podmínek úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely

§ 39b

(1) O výši a podmínkách úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely rozhoduje Ústav. Takové rozhodnutí ústav může vydat v případě, že léčivý přípravek byl registrován, nebo bylo schváleno použití neregistrovaného léčivého přípravku v rámci specifického léčebného programu podle zvláštního právního předpisu^{42b)}. Jde-li o léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely podléhající cenové regulaci maximální cenou^{23c)}, Ústav vydá rozhodnutí, pokud tato cena již byla stanovena nebo řízení o stanovení maximální ceny probíhá současně s řízením o stanovení výše a podmínek úhrady.

(2) Při stanovení výše a podmínek úhrady se u léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely posuzují

- a) jeho terapeutická účinnost a bezpečnost,
- b) závažnost onemocnění, k jejímuž léčení je určen,
- c) nákladová efektivita a náklady a přínosy vyvolané jeho užíváním s ohledem na jednoho pojištěnce a celkové náklady na zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění,
- d) veřejný zájem (§ 17 odst. 3),
- e) vhodnost cesty podání, lékové formy, síly a velikost balení,
- f) obvyklé dávkování,
- g) nezbytná délka léčby,

- h) míra součinnosti osoby, které je podáván,
- i) jeho nahraditelnost jiným léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely, hrazenou ze zdravotního pojištění a porovnání jejich cen a stanovených úhrad s cenou posuzovaného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- j) předpokládaný dopad úhrady na finanční prostředky zdravotního pojištění,
- k) doporučené postupy odborných institucí a odborníků, a to vždy z hlediska nákladové efektivity a s ohledem na dopad na finanční prostředky zdravotního pojištění.

(3) Ústav může stanovit úhradu u neregistrovaného léčivého přípravku, jestliže je jeho použití dostatečně odůvodněné současným vědeckým poznáním a je jedinou možností léčby, nebo je-li jeho použití nákladově efektivní ve srovnání s dostupnou léčbou, a to na dobu schváleného specifického léčebného programu^{42b}). Ústav může stanovit úhradu u registrovaného léčivého přípravku i pro indikace v souhrnu údajů o přípravku neuvedené, jestliže je použití léčivého přípravku dostatečně odůvodněné současným vědeckým poznáním a je-li použití léčivého přípravku jedinou možností léčby, nebo je-li nákladově efektivní ve srovnání se stávající léčbou.

(4) V případě stanovení výše a podmínek úhrady léčivého přípravku, který je prvním generikem v příslušné referenční skupině, se základní úhrada referenční skupiny (§ 39c) snižuje nejméně o 20 % v závislosti na výši ceny tohoto léčivého přípravku (§ 39a odst. 4). Stejně se postupuje u prvního generika léčivé látky nezařazené do referenční skupiny.

(5) Léčivému přípravku nebo potravině pro zvláštní lékařské účely lze i bez návrhu stanovit podmínky úhrady

- a) vyžadují-li to odborná hlediska nebo hlediska bezpečnosti spojená s léčbou tímto léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely,
- b) jestliže z dosaženého poznání v rámci výzkumu nebo použití léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely v praxi vyplývá, že léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely má významnou terapeutickou hodnotu právě pro určité skupiny pacientů, určité indikace, nebo za určitých podmínek klinické praxe,
- c) jestliže to je nezbytné k zajištění účelného a hospodárného používání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- d) jde-li o vysoce nákladnou léčbu, jejíž náklady na rok představují alespoň jednu desetinu hrubého domácího produktu připadajícího na 1 osobu v České republice za uplynulý kalendářní rok,
- e) v případech, kdy příslušné omezení existuje a je uplatňováno v zemích referenčního koše, popřípadě v dalších členských státech Evropské unie.

(6) Ústav stanoví léčivému přípravku nebo potravině pro zvláštní lékařské účely vedle výše a podmínek úhrady odpovídající základní úhradě referenční skupiny i jednu další úhradu zvýšenou tam, kde je tato zvýšená úhrada vhodná na základě hodnocení léčivé látky, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely nebo lékové formy pro vybranou indikaci nebo pro určitou skupinu pacientů. Pro stanovení zvýšené úhrady se použijí ustanovení pro stanovení úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely obdobně.

(7) Způsob hodnocení výše a podmínek úhrady stanovených v odstavcích 2 až 6, podmínky za nichž je léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely hrazen formou paušálu, na lékařský předpis nebo formou zvlášť účtovaného léčivého přípravku, stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem.

§ 39c

(1) Ústav zařazuje léčivý přípravek v rámci řízení podle § 39g do referenční skupiny. Základní úhrada léčivého přípravku se rovná základní úhradě referenční skupiny, do které byl léčivý přípravek zařazen. Základní úhrada je úhrada pro obvyklou denní terapeutickou dávku léčivých látek obsažených v léčivých přípravcích a je shodná pro celou referenční skupinu. Referenčními skupinami jsou skupiny léčivých přípravků v zásadě terapeuticky zaměnitelných s obdobnou nebo blízkou účinností a bezpečností a obdobným klinickým využitím. Seznam referenčních skupin stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem.

(2) Základní úhrada se v referenčních skupinách stanoví ve výši

- a) nejnižší ceny pro konečného spotřebitele připadající na denní terapeutickou dávku léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařazených do referenční skupiny, zjištěné v kterékoliv zemi Evropské unie pro léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely dostupné v České republice; dostupným léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely se rozumí takový léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely, jehož podíl na celkovém objemu prodeje v zásadě zaměnitelných léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely jedné léčivé látky činil v uplynulém kalendářním čtvrtletí nejméně 3 %; zahraniční cena pro konečného spotřebitele se pro účely stanovení základní úhrady upravuje o případné rozdíly ve výši daní a obchodních přírůžek mezi státem, kde byla zjištěna a Českou republikou,
- b) denních nákladů jiné terapie, je-li srovnatelně účinná a nákladově efektivní ve srovnání s užitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle písmene a) a tyto skutečnosti jsou ústavu při stanovení základní úhrady známy, přičemž se zohledňuje potřebná doba terapie léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely a potřebná doba srovnatelné léčby,

- c) ceny pro konečného spotřebitele, která je výsledkem cenové soutěže podle § 39e, je-li tato cena nižší, než je cena zjištěná podle písmene a) nebo b),
- d) nejvyšší ceny pro konečného spotřebitele obsažené v písemném ujednání uzavřeném ve veřejném zájmu (§ 17 odst. 3) zdravotní pojišťovnou s držitelem registrace, výrobcem nebo dovozcem, je-li tato cena nižší, než je cena podle písmene a), b) nebo c), a je-li ujednání uzavřeno pro všechny dodávky léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely na trh České republiky.

(3) Základní úhrada v referenčních skupinách v zásadě zaměnitelných léčivých přípravků, jejichž terapeutická účinnost je nízká, nepoužívají se k příčinné léčbě onemocnění, nebo se používají k léčbě nezávažných onemocnění, činí nejvýše 60 % úhrady stanovené podle odstavce 2.

(4) U léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, který nelze zařadit do žádné referenční skupiny, ústav stanoví základní úhradu léčivé látky v tomto léčivém přípravku nebo potravine pro zvláštní lékařské účely obsažené. Při stanovení základní úhrady Ústav postupuje podle odstavců 2 a 3 obdobně. Základní úhrada léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely nezařazených do referenční skupiny, kterému byla maximální cena stanovena podle § 39a odst. 2 písm. b), činí nejvýše 70 % stanovené maximální ceny.

(5) V případě, že po stanovení úhrady podle § 39b až 39e není v některé ze skupin léčivých látek uvedených v příloze č. 2 alespoň 1 léčivý přípravek plně hrazen, Ústav upraví rozhodnutím úhrady tak, aby nejméně nákladný léčivý přípravek náležející do této skupiny byl plně hrazen.

(6) Ministerstvo zdravotnictví může prováděcím právním předpisem určit referenční skupiny, ve kterých zdravotní pojišťovny mohou vyšší úhrady léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely zvýšit a podmínky úhrady upravit ve prospěch pacienta nad úroveň stanovenou Ústavem. Zdravotní pojišťovna je povinna přistupovat při odchýlné úpravě výše a podmínek úhrady ke všem léčivým přípravkům nebo potravinám pro zvláštní lékařské účely zařazeným do referenční skupiny stejně.

§ 39d Zásady pro úhradu vysoce inovativních přípravků

(1) Je-li to ve veřejném zájmu (§ 17 odst. 3), ústav rozhodne o výši a podmínkách dočasné úhrady vysoce inovativního přípravku, u něhož není znám dostatek údajů o nákladové efektivitě nebo výsledcích léčby při použití v klinické praxi, a to pouze tehdy, odůvodňují-li dostupné údaje dostatečně průkazně přínos vysoce inovativního přípravku pro léčbu a splňuje-li vysoce inovativní přípravek ostatní podmínky pro stanovení úhrady a je-li hrazen z veřejných prostředků alespoň v 1 zemi referenčního koše. Při stanovení základní úhrady ústav postupuje podle § 39c obdobně.

(2) Výše a podmínky dočasné úhrady se stanoví na dobu 12 měsíců a lze je stanovit i opakovaně, nejvýše však třikrát.

§ 39e Soutěž o nejnižší cenu

(1) Za účelem zajištění plně hrazených léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a k zajištění účelného vynakládání prostředků zdravotního pojištění, může ústav vypisovat v referenčních skupinách, do kterých spadají nejméně 3 léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely od nejméně 2 výrobců, soutěž o nejnižší cenu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely (dále jen "cenová soutěž"). Cenovou soutěž může Ústav vypsat i v referenčních skupinách uvedených v § 39c odst. 3 s cílem zabezpečit i nejnižší doplatek pro pojištěnce. Ústav cenovou soutěž vypíše vždy, požádá-li o její vypsaní zdravotní pojišťovna.

(2) Ústav zahájí cenovou soutěž oznámením ve Věstníku Státního ústavu pro kontrolu léčiv a způsobem umožňujícím dálkový přístup. Oznámení musí obsahovat jasné vymezení referenčních skupin, pro které se cenová soutěž vypisuje a údaj, do kdy je možné podávat nabídky ceny léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely. Lhůta pro podávání nabídek cen činí 30 dní ode dne zveřejnění oznámení.

(3) Nabídky ceny mohou podat osoby uvedené v § 39f odst. 2 písm. a) a b) (dále jen "navrhovatel"). Nabídka musí obsahovat údaj o názvu nebo obchodní firmě navrhovatele, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, adresu sídla navrhovatele, název dostupného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, kód přidělený Ústavem, je-li léčivý přípravek registrován, údaj o lékové formě, velikosti balení, způsobu a cestě podání, navrhované ceně v korunách českých a prohlášení, kterým se navrhovatel zavazuje dodávat léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely za navrhovanou cenu na český trh po dobu 12 měsíců ode dne přijetí nabídky.

(4) Nabízené ceny Ústav zveřejní oznámením ve Věstníku Státního ústavu pro kontrolu léčiv a způsobem umožňujícím dálkový přístup spolu s uvedením lhůty, do které mohou navrhovatelé upravit nabídku. Lhůta pro úpravu nabídky činí 10 dní ode dne zveřejnění podle věty první. Navrhovanou cenu lze pouze snížit.

(5) Do 15 dnů ode dne, k němuž bylo možno podat upravenou nabídku, Ústav vyhodnotí nejnižší nabídku, která musí být nižší než dosavadní výše základní úhrady. Ústav oznámí navrhovateli, který navrhl nejnižší cenu, přijetí jeho nabídky a výsledek zveřejní ve Věstníku Státního ústavu pro kontrolu léčiv a způsobem

umožňujícím dálkový přístup. Podle přijatého návrhu upraví Ústav základní úhradu referenční skupiny.

(6) V případě, kdy by navrhované ceny ani po úpravě podle odstavce 4 nevedly k úspoře finančních prostředků zdravotního pojištění, ústav cenovou soutěž zruší a její zrušení oznámí ve Věstníku Státního ústavu pro kontrolu léčiv a způsobem umožňujícím dálkový přístup. Proti zrušení cenové soutěže nelze podat opravný prostředek.

(7) Od okamžiku doručení oznámení o přijetí nabídky je navrhovatel povinen cenu, která byla přijata Ústavem, nepřekračovat po dobu následujících 12 měsíců. Ústav navrhovatele zproští povinnosti stanovené ve větě první, pokud prokáže, že došlo k takové jím nezpůsobené a předem nepředvídatelné podstatné změně podmínek, že nelze nadále spravedlivě požadovat, aby přijatou cenu nepřekračoval. Pokud nebyl navrhovatel zproštěn povinnosti dodržovat přijatou cenu, uloží Ústav za překročení přijaté ceny pokutu až do výše 10 000 000 Kč. Při ukládání pokuty ústav přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokuty ukládá a vybírá ústav. Pokuty vymáhá celní úřad. Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.

(8) Pro zahájení, podmínky, průběh a ukončení cenové soutěže se ustanovení zákona o veřejných zakázkách^{42c)} nepoužijí. Odvolání proti výsledkům cenové soutěže nemá odkladný účinek.

§ 39f Žádost o stanovení maximální ceny a žádost o stanovení výše a podmínek úhrady

(1) Žádost o stanovení maximální ceny nebo žádost o stanovení výše a podmínek úhrady se podává jednotlivě pro každou lékovou formu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

(2) Žádost o stanovení výše a podmínek úhrady mohou podat

- a) držitel rozhodnutí o registraci léčivého přípravku, je-li léčivý přípravek registrován^{42b)}, a dovozce nebo tuzemský výrobce potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- b) dovozce nebo tuzemský výrobce léčivého přípravku, je-li jím dovážený nebo vyráběný léčivý přípravek používán na území České republiky v rámci specifického léčebného programu nebo jiný předkladatel specifického léčebného programu^{42b)},
- c) zdravotní pojišťovna.

(3) Žádost o stanovení maximální ceny mohou podat osoby uvedené v odstavci 2 písm a) a b).

(4) Ústav zahájí řízení o stanovení maximální ceny nebo o stanovení výše a podmínek úhrady i z moci úřední, je-li na stanovení maximální ceny nebo na stanovení výše a podmínek úhrady veřejný zájem.

(5) Žádost o stanovení výše úhrady musí obsahovat

- a) název nebo obchodní firmu, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, adresu sídla žadatele,
- b) název léčivého přípravku, kód přidělený Ústavem, je-li léčivý přípravek registrován,
- c) lékovou formu, velikost balení, způsob a cestu podání,
- d) u neregistrovaných léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely údaj o jeho složení, léčivé látce s uvedením mezinárodního nechráněného názvu doporučeného Světovou zdravotnickou organizací, pokud takový název existuje,
- e) léčebné indikace, pro něž je navrhována úhrada,
- f) kvantifikovatelné a hodnotitelné očekávané výsledky a důvody farmakoterapie, jichž má být dosaženo zařazením léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely do systému úhrad ze zdravotního pojištění pro všechny indikace, pro něž je navrhována úhrada, stanovené na základě uvedených objektivních a ověřitelných kritérií,
- g) dávkování, definovanou denní dávku doporučenou Světovou zdravotnickou organizací a obvyklou denní terapeutickou dávku pro léčebné indikace, pro něž je požadována úhrada, počet denních dávek v balení,
- h) navrhovanou výši úhrady v korunách českých na jednu terapeutickou denní dávku, navrhované další podmínky úhrady,
- i) navrhovanou maximální cenu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely v korunách českých, podléhá-li léčivý přípravek cenové regulaci maximální cenou a tato cena nebyla dosud stanovena, kalkulaci ceny v případě, že cena léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely je usměrněna podle cenových předpisů, popřípadě navrhovanou tržní cenu, jestliže léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely není cenově regulován.

(6) K žádosti žadatel přiloží

- a) výsledky dostupných klinických hodnocení s uvedením dávek, s nimiž byly studie prováděny, farmakoekonomických hodnocení, zejména analýzy nákladové efektivity a analýzy dopadu na finanční prostředky zdravotního pojištění (dále jen "analýza dopadu"),
- b) rozdíly v souhrnech údajů o přípravku, je-li přípravek v členských státech Evropské unie registrován národními registracemi a jednotlivé souhrny se obsahově odlišují,
- c) seznam států Evropské unie, ve kterých je příslušný léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely dostupný, s uvedením příslušných obchodních názvů, výši výrobní ceny a ceny pro konečného spotřebitele, výši a podmínky úhrady z veřejných prostředků a čestné prohlášení žadatele, že je léčivý

přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely za uvedených podmínek v jednotlivých zemích obchodován; v případě žádosti o zvýšení ceny, není-li léčivý přípravek na trhu v zemích referenčního koše, může žadatel uvést cenu nejlevnějšího generika ostatních výrobců,

- d) základní údaje o nákladech stávajících možnostech léčby nebo farmakoterapie s odhadem dopadů posuzovaného léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely na prostředky zdravotního pojištění; odhadované spotřebě a odhadovaném počtu pacientů léčených posuzovaným léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely,
- e) návrh na stanovení zvýšené úhrady podle § 39b odst. 6 s vymezením, pro které skupiny pacientů či indikací má být stanovena a její odůvodnění,
- f) předběžná ujednání se zdravotními pojišťovnami, týkají-li se objemu dodávek, cen nebo úhrad projednávaného léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, uzavřená ve veřejném zájmu (§ 17 odst. 3) s držitelem registrace, je-li k takové dohodě výrobcem zmocněn, nebo s výrobcem nebo dovozcem léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely,
- g) kopii rozhodnutí o specifickém léčebném programu^{42b)}, není-li léčivý přípravek registrován.

(7) Strukturu údajů a náležitosti dokumentace podle odstavců 5 a 6 stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem.

(8) Žadatel o stanovení výše a podmínek úhrady není povinen předložit podklady uvedené v odstavci 5 písm. f) a v odstavci 6 písm. a), b), d) a e), pokud posuzovaný léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely je generikem k léčivému přípravku nebo potravině pro zvláštní lékařské účely, jemuž již byla v České republice stanovena úhrada, nebo je s ním v zásadě terapeuticky zaměnitelný, a žadatel nežádá zvýšení základní úhrady. Je-li navrhované použití léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely odlišné od použití v zásadě terapeuticky zaměnitelného léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, na který žadatel odkazuje, nebo má být léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely používán s odlišnými cíli farmakoterapie, v odlišných dávkách nebo pro odlišné léčebné indikace, ustanovení věty první se nepoužije.

(9) Žádost o stanovení maximální ceny musí obsahovat údaje a přílohy podle odstavce 5 písm. a) až c) a i) a podle odstavce 6 písm. c), f) a h). Jestliže žadatel současně žádá o stanovení výše úhrady, nepředkládá samostatnou žádost o stanovení maximální ceny, pouze do žádosti o stanovení úhrady uvede, že žádá současně o stanovení maximální ceny.

(10) Žadatel uvedený v odstavci 2 písm. c) přikládá k žádosti pouze podklady uvedené v odstavci 6 písm. d) až f).

(11) Žadatel, který podal žádost o stanovení maximální ceny nebo o stanovení výše a podmínek úhrady, je oprávněn označit některé z informací obsažených v žádosti nebo v přílohách k žádosti za předmět obchodního tajemství^{42d)}. Za předmět obchodního tajemství podle tohoto zákona nelze označit

- a) obchodní název léčivého přípravku a kód přidělený Ústavem, je-li léčivý přípravek registrován, nebo obchodní název potravinu pro zvláštní lékařské účely,
- b) identifikaci žadatele,
- c) kvantifikovatelné a hodnotitelné očekávané výsledky a důvody farmakoterapie, jichž má být dosaženo zařazením léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely do systému úhrad ze zdravotního pojištění,
- d) u neregistrovaných léčivých přípravků údaj o složení léčivého přípravku, léčivé látky s uvedením mezinárodního nechráněného názvu doporučeného Světovou zdravotnickou organizací, pokud takový název existuje,
- e) dávkování, definovanou denní dávku doporučenou Světovou zdravotnickou organizací a obvyklou denní terapeutickou dávku pro léčebné indikace, pro něž je požadována úhrada, počet denních dávek v balení podle odstavce 5,
- f) výsledky dostupných klinických hodnocení s uvedením dávek, s nimiž byly studie prováděny, farmakoekonomických hodnocení, zejména analýzy nákladové efektivity a analýzy dopadu podle odstavce 6,
- g) obchodní názvy, cenu, výši a podmínky úhrady z veřejných prostředků, způsob úhrady nebo její omezení v zemích Evropské unie, kde je léčivý přípravek obchodován podle odstavce 6,
- h) srovnání informací obsažených v souhrnech údajů o přípravku podle odstavce 6,
- i) podstatné části ujednání o cenách léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely a dobách jejich platnosti obsažené v dohodách se zdravotními pojišťovnami podle odstavce 6,
- j) základní údaje o nákladech stávajících možnostech léčby nebo farmakoterapie, s odhadem dopadů na prostředky zdravotního pojištění, odhadovanou spotřebu a odhadovaný počet pacientů léčených posuzovaným léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely.

§ 39g Řízení o stanovení maximální ceny a řízení o stanovení výše a podmínek úhrady

(1) Účastníkem řízení o stanovení maximální ceny a řízení o stanovení výše a podmínek úhrady jsou osoby, které podaly žádost, zdravotní pojišťovny, nejsou-li osobami, které podaly žádost, držitel registrace, jde-li o registrovaný léčivý přípravek, dovozce nebo tuzemský výrobce, jde-li o neregistrovaný léčivý přípravek používaný ve schváleném specifickém léčebném programu, nebo o potravinu pro zvláštní lékařské účely.

(2) Ústav rozhodne o maximální ceně a výši a podmínkách úhrady nejpozději do 75 dnů ode dne, kdy bylo řízení zahájeno; v případě společného řízení o stanovení maximální ceny a o stanovení výše a podmínek úhrady činí tato lhůta 165 dnů.

(3) Jestliže navrhovaná maximální cena uvedená v žádosti podané osobami uvedenými v § 39f odst. 2 písm. a) nebo b) je nižší, než maximální cena zjištěná podle § 39a odst. 2, Ústav žádosti vyhová.

(4) Při rozhodování o výši a podmínkách úhrady ústav léčivému přípravku nebo potravině pro zvláštní lékařské účely stanoví základní úhradu podle § 39c. Při stanovení výše a podmínek úhrady tohoto léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely základní úhradu zvýší nebo sníží na základě posouzení podmínek stanovených v § 39b odst. 2 způsobem stanoveným prováděcím právním předpisem (§ 39b odst. 7).

(5) Účastníci řízení jsou oprávněni navrhopvat důkazy a činit jiné návrhy 30 dní od zahájení řízení; tuto lhůtu ústav může usnesením prodloužit.

(6) Dojde-li v průběhu řízení o stanovení maximální ceny nebo řízení o stanovení výše a podmínek úhrady ke změnám předložených údajů a dokumentace, je žadatel povinen tyto změny neprodleně oznámit ústavu.

(7) V řízení o stanovení maximální ceny, v řízení o stanovení výše a podmínek úhrady, jakož i v řízení o změně nebo zrušení stanovené maximální ceny nebo stanovené výše a podmínek úhrady, se použijí ustanovení o řízení s velkým počtem účastníků podle správního řádu^{42c}.

§ 39h Rozhodnutí o stanovení maximální ceny a o stanovení výše a podmínek úhrady

(1) Ústav rozhodnutím stanoví maximální cenu nebo stanoví výši a podmínky úhrady, jsou-li splněny podmínky pro jejich stanovení podle tohoto zákona. Stanovená výše úhrady se nepoužije, pokud cena léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely pro konečného spotřebitele je nižší, než výše úhrady stanovená Ústavem v rozhodnutí; v takovém případě se hradí úhrada pouze do výše ceny pro konečného spotřebitele. Stanovená výše a podmínky úhrady se rovněž nepoužije, pokud zdravotní pojišťovna postupuje podle § 39c odst. 6.

(2) Není-li rozhodnutí vydáno ve lhůtách stanovených tímto zákonem, může osoba která podala žádost o stanovení maximální ceny, uvést léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely na trh za cenu, kterou navrhla v žádosti.

(3) Rozhodnutí o stanovení maximální ceny a rozhodnutí o stanovení výše a podmínek úhrady, jakož i o jejich změně nebo zrušení je vykonatelné od prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém rozhodnutí nabylo právní moci.

§ 39i Změny rozhodnutí o stanovení maximální ceny a rozhodnutí o stanovení výše a podmínek úhrady

(1) Ústav rozhodne o změně stanovené maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady na žádost osoby uvedené v

- a) § 39f odst. 2 písm. a) a b), pokud jde o maximální cenu,
- b) § 39f odst. 2 písm. a) až c), pokud jde o stanovení výše a podmínek úhrady.

(2) Ústav rozhodne z moci úřední o změně stanovené maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady, jestliže vyšly najevo nové, nebo dříve neznámé skutečnosti, které jsou způsobilé ovlivnit stanovenou maximální cenu nebo výši a podmínky úhrady. Změnu provede Ústav neprodleně, jestliže předpokládaná úspora prostředků zdravotního pojištění pro v zásadě zaměnitelné léčivé přípravky je vyšší než 50 000 000 Kč ročně, jinak v rámci pravidelné revize systému úhrad jedenkrát ročně.

(3) Ústav rozhodne o snížení, popřípadě o změně podmínek úhrady též, je-li toto snížení součástí opatření schválených vládou k zajištění finanční stability systému zdravotního pojištění^{42f}. Úhradu léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely Ústav upraví v nezbytném rozsahu, postupně od referenčních skupin částečně hrazených, po referenční skupiny léčivých přípravků život zachraňujících.

(4) Při řízení o změně se postupuje podle § 39g a 39h obdobně.

§ 39j Zrušení rozhodnutí o stanovení maximální ceny a rozhodnutí o stanovení výše a podmínek úhrady

(1) Ústav rozhodne o zrušení stanovené maximální ceny

- a) na žádost osoby uvedené v § 39f odst. 2 písm. a) nebo b),
- b) z moci úřední, pokud byla zrušena registrace léčivého přípravku, nebo u neregistrovaného léčivého přípravku byl ukončen specifický léčebný program,
- c) z moci úřední v případě změny cenové regulace stanovené cenovým předpisem^{23c}, nebo
- d) z moci úřední, jestliže léčivý přípravek není dodáván déle než 12 měsíců na český trh.

(2) Ústav rozhodne o zrušení výše a podmínek úhrady

- a) na žádost osoby uvedené v § 39f odst. 2 písm. a), b) nebo c),

b) z moci úřední, pokud byla zrušena registrace léčivého přípravku, u neregistrovaného léčivého přípravku byl ukončen specifický léčebný program, léčivý přípravek není dodáván na český trh více než 12 měsíců, nebo pokud osoba, na jejíž žádost bylo vydáno rozhodnutí, nesplní povinnost uvedenou v § 39m odst. 2.

(3) Ústav rozhodne o zrušení stanovené maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady podle odstavce 1 nebo 2 nejpozději ve lhůtě 75 dnů ode dne, kdy bylo řízení zahájeno.

§ 39k Mimořádné prodloužení lhůty

V případě mimořádně velkého počtu žádostí o zvýšení maximální ceny může ústav lhůtu uvedenou v § 39g odst. 2 prodloužit usnesením o 60 dnů, a to pouze jednou. Žadatelé a osobám uvedeným v § 39f odst. 2 písm. a) a b), nejsou-li žadatelem, oznamuje ústav prodloužení lhůty před jejím uplynutím.

§ 39l Pravidelná revize systému úhrad

(1) Ústav pravidelně hodnotí nejméně jedenkrát ročně soulad stanovené výše a podmínek úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely s tímto zákonem, a to zejména splnění očekávaných výsledků a důvodů farmakoterapie [§ 39f odst. 5 písm. f)], účelnost stanovení referenčních skupin, výše základní úhrady, podmínek úhrady, hodnocení klinické a nákladové efektivity a porovnání s původními cíli farmakoterapie.

(2) Ústav pravidelně vyhodnocuje údaje získané z vlastní činnosti a od třetích osob a zjištěný stav úhrad.

(3) Na základě poznatků získaných podle odstavců 1 a 2 Ústav zpracovává revizní zprávu včetně návrhu na úpravu referenčních skupin a postupuje podle § 39f odst. 4, § 39i nebo § 39j odst. 1 písm. b).

§ 39m Poskytování informací

(1) Po nabytí právní moci rozhodnutí o stanovení maximální ceny nebo rozhodnutí o stanovení výše a podmínek úhrady je osoba, na jejíž žádost bylo rozhodnutí vydáno (dále jen "držitel rozhodnutí"), povinna neprodleně

- a) poskytovat Ústavu informace způsobilé ovlivnit podmínky pro stanovenou maximální cenu nebo výši a podmínky úhrady podle § 39b odst. 2 písm. a), c) a f) až i),
- b) vyhovovat dožádáním ústavu týkajícím se údajů uvedených v písmenu a),
- c) informovat ústav o změně údajů nezbytných pro zajištění součinnosti ústavu s držitelem rozhodnutí (například telefon, fax, adresa elektronické pošty).

(2) Osoba, na jejíž žádost bylo vydáno rozhodnutí o stanovení maximální ceny nebo rozhodnutí o stanovení výše a podmínek úhrady, které nabylo právní moci před 31. lednem 2010, je povinna předložit Ústavu údaje v rozsahu stanoveném v § 39f odst. 5 a 6 do 31. ledna 2013 a poté každých 5 let. Osoba, na jejíž žádost bylo vydáno rozhodnutí o stanovení maximální ceny nebo rozhodnutí o stanovení výše a podmínek úhrady, které nabylo právní moci po 31. lednu 2010, je povinna předložit Ústavu údaje v rozsahu stanoveném v § 39f odst. 5 a 6 do 31. ledna 2018 a poté každých 5 let.

(3) Oznamovací povinnost podle odstavců 1 a 2 platí pro zdravotní pojišťovny obdobně.

§ 39n Zveřejňování informací

(1) Ústav zveřejňuje, a to i způsobem umožňujícím dálkový přístup,

- a) aktualizovaný seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění; seznam obsahuje jejich úplný výčet spolu s výši stanovené maximální ceny s odůvodněním, jak byly maximální ceny stanoveny, a s výši a podmínkami úhrady s odůvodněním, jak byla výše a podmínky úhrady stanoveny,
- b) seznam léčivých přípravků zařazených do referenčních skupin, výši základních úhrad referenčních skupin nebo výši úhrad nezařazených léčivých látek, nelze-li léčivý přípravek zařadit do referenční skupiny, s odůvodněním, jak byly základní úhrady stanoveny,
- c) revizní zprávu shrnující odůvodněné poznatky a vyhodnocené údaje podle § 39l.

(2) Ústav jedenkrát za rok sděluje Komisi Evropské unie

- a) seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, jejichž maximální cena byla stanovena ve sledovaném období, s uvedením její výše,
- b) seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, u kterých byla maximální cena ve sledovaném období zvýšena, s uvedením její výše,
- c) aktualizovaný seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění; seznam obsahuje jejich úplný výčet spolu s výši a podmínkami úhrady s odůvodněním, jak byla výše a podmínky úhrady stanoveny.

(3) Ústav umožní na žádost právnické osoby nebo fyzické osoby nahlížet do dokumentace, která byla předložena s žádostí o stanovení maximální ceny a stanovení výše a podmínek úhrady a která byla pořizena v průběhu řízení o stanovení maximální ceny nebo o stanovení výše a podmínek úhrady. Údaje označené při

podání žádosti jako předmět obchodního tajemství Ústav neposkytne ani jinak nezveřejní.

(4) Jestliže žadatel dodatečně zveřejní některé informace, které označil podle § 39f odst. 11 za předmět obchodního tajemství, nelze tyto informace nadále za předmět obchodního tajemství považovat; o tom je povinen žadatel Ústav vyrozumět.

(5) Informace považované za předmět obchodního tajemství podle tohoto zákona může Ústav poskytnout na vyžádání pouze správním orgánům pro potřeby hodnocení cenové regulace, stanovení maximálních cen a výše a podmínek úhrady nebo v souvislosti s jejich správní, kontrolní nebo sankční činností, jakož i soudům a orgánům činným v trestním řízení. Na vyžádání poskytnete tyto informace také Komisi Evropské unie.

ČÁST SEDMÁ

§ 40 Zdravotní pojišťovny

(1) Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:

- a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,⁴³⁾
- b) resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.⁴⁴⁾

(2) Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektům (§ 17 odst. 8), které v souladu s tímto zákonem poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytnutou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě (§ 17). Pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektem poskytujícím zdravotní péči, smlouva sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou zdravotní péči uhradit za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu podle § 17 odst. 1.

(3) Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz nebo náhradní doklad nezletilého pojištěnce nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům vydá příslušná zdravotní pojišťovna zákonnému zástupci. Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad obsahuje jméno, příjmení, popřípadě titul, platnost a číslo pojištěnce, kterým je v případě občanů České republiky rodné číslo. Zdravotní pojišťovny vedou v informačních systémech údaje o svých pojištěncích potřebné k provádění veřejného zdravotního pojištění pod číslem pojištěnce.

(4) Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad může obsahovat vedle údajů identifikujících pojištěnce písemnou formou rovněž obdobné údaje v elektronické formě. Za vydání náhradního dokladu umožňujícího nést údaje v elektronické formě má zdravotní pojišťovna nárok na úhradu nákladů na jeho pořízení. Na průkazu pojištěnce nebo na náhradním dokladu mohou být uloženy i další údaje o pojištěnci, pokud tak stanoví zákon. Další údaje mohou být uloženy na průkazu pojištěnce nebo náhradním dokladu, pokud se na tom dohodne pojištěnec s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

(5) Zdravotní pojišťovny vedou seznam smluvních zdravotních zařízení a nositelů výkonů včetně rodného čísla nositele výkonu. Za tímto účelem jsou zdravotnická zařízení povinna sdělovat příslušným zdravotním pojišťovnám údaje v rozsahu a v termínech podle § 41 odst. 3 a 4.

(6) Zdravotní pojišťovny dávají podnět živnostenskému úřadu ke zrušení živnostenského oprávnění podnikateli z důvodu neplnění závazků podnikatele platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění.

§ 41 Informační centrum

(1) Informační centrum zdravotního pojištění spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen "Správce centra"). Informační centrum zdravotního pojištění slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními, která jsou ve smluvním vztahu ke zdravotním pojišťovnám. K tomuto účelu vede Správce centra přehled:

- a) zdravotnických zařízení, která mají uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami,
- b) zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění v jednotlivých zdravotnických zařízeních, oprávněných vykazovat zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen "nositel výkonu").

(2) Zdravotní pojišťovny jsou povinny sdělit Správci centra za uplynulé kalendářní čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů, součet časů zdravotních výkonů uvedených v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v členění podle nositelů výkonů, které byly

- a) jednotlivými zdravotnickými zařízeními v kalendářním čtvrtletí vykázány a zdravotní pojišťovna je uhradila,
- b) jednotlivými zdravotnickými zařízeními vykázány a uhrazeny, avšak jejich úhrada byla po kontrole provedené v kalendářním čtvrtletí zamítnuta.

(3) Zdravotnická zařízení jsou povinna sdělit Správci centra za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů, seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, v tomto členění:

- a) jméno, příjmení, titul,
- b) rodné číslo,

- c) kategorie nositele výkonu,
- d) přepočtený počet nositele výkonu.

(4) Zdravotnické zařízení splní povinnost podle předchozího odstavce i tehdy, pokud sdělí Správci centra pouze ty změny, k nimž došlo od předchozího hlášení.

(5) Kategorii nositele výkonu podle odstavce 3 se rozumí:

- a) lékař bez absolvované specializační průpravy,
- b) lékař s absolvovanou specializační přípravou I. stupně,
- c) lékař s absolvovanou specializační přípravou II. stupně nebo s nástavbovou specializační přípravou,
- d) klinický psycholog, klinický logoped, absolvent vysoké školy ve studijním oboru tělesná výchova a sport a rehabilitace,
- e) střední zdravotnický pracovník.

(6) Přepočtený počet nositele výkonu podle odstavce 3 se zjistí podle počtu hodin odpracovaných jednotlivým nositelem výkonu ve zdravotnickém zařízení v daném čtvrtletí při poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Pokud jednotlivý nositel výkonu odpracuje čas

- a) do 10 hodin, je jeho přepočtený počet roven nule,
- b) do 100 hodin, je jeho přepočtený počet roven 0,25,
- c) do 200 hodin, je jeho přepočtený počet roven 0,50,
- d) do 300 hodin, je jeho přepočtený počet roven 0,75,
- e) nad 300 hodin, je jeho přepočtený počet roven jedné.

(7) Správce centra vypočte pro každé zdravotnické zařízení výši korekčního koeficientu jako podíl ,v jehož čitateli je rozdíl mezi součtem časů zdravotních výkonů uhrazených v daném čtvrtletí zdravotnickému zařízení a součtem časů zdravotních výkonů zdravotnickému zařízení uhrazených, jejichž úhrada však byla po kontrole provedené v daném čtvrtletí zdravotní pojišťovnou zamítnuta, a ve jmenovateli je součin přepočteného počtu nositelů výkonů a hodinového limitu času nositele výkonu na jeden kalendářní den a počtu kalendářních dnů v daném čtvrtletí. Hodinový limit času nositele výkonu na jeden kalendářní den je 10 hodin. Korekční koeficient se nepoužije, je-li jeho výše menší než jedna.

(8) Správce centra je povinen sdělit do 80 dnů od uplynutí kalendářního čtvrtletí zdravotním pojišťovnám výši korekčního koeficientu pro jejich smluvní zdravotnická zařízení.

(9) Zdravotní pojišťovny jsou povinny jednotlivým zdravotnickým zařízením podělit úhradu za zdravotní výkony v daném kalendářním čtvrtletí korekčním koeficientem podle odstavce 7. Pokud již provedená úhrada za dané kalendářní čtvrtletí přesahuje úhradu vypočtenou pomocí korekčního koeficientu, sníží zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení o tento rozdíl úhradu za zdravotní výkony při dalším vyúčtování.

(10) Na úhradě nákladů spojených s činností Informačního centra zdravotního pojištění se podílí zdravotní pojišťovny poměrně podle přepočteného počtu nositelů výkonů jejich smluvních zdravotnických zařízení.

(11) Činnost Informačního centra zdravotního pojištění kontroluje Ministerstvo zdravotnictví.

Kontrola

§ 42

(1) Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců.

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

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

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

Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, zdravotní pojišťovna takovou péči neuhradí. Pokud kontrola prokáže, že pojištěnci byl předepsán léčivý přípravek v rozporu s **podmínkami stanovenými v rozhodnutí ústavu o výši a podmínkách úhrady** a zdravotní pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takový léčivý přípravek zdravotnickým zařízením, kde byl léčivý přípravek předepsán.

(4) Ke splnění úkolů uvedených v předchozích odstavcích jsou revizní lékaři a odborní pracovníci oprávněni vstupovat do zdravotnických zařízení. Výkon činnosti revizního lékaře a odborných pracovníků nesmí narušit prováděný léčebný výkon. Zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní pojišťovně nezbytnou součinnost při výkonu

kontroly, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Přístup ke zdravotnické dokumentaci se umožňuje pouze revizním lékařům nebo odborným pracovníkům; tito pracovníci mají přístup ke zdravotnické dokumentaci pouze v rozsahu odpovídajícím kontrole.

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

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

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

§ 43

(1) Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky.

(2) Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči poskytnutou tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b odst. 1. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu Údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn.

ČÁST OSMÁ POKUTY A PŘIRÁŽKY K POJISTNÉMU

§ 44

(1) Za nesplnění oznamovací povinnosti podle § 10 může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 10 000 Kč a zaměstnavateli až do výše 200 000 Kč. Při nesplnění oznamovací povinnosti zaměstnavatelem uloží pokutu pouze zaměstnavateli.

(2) Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila nesplnění oznamovací povinnosti plátcem pojistného, nejdéle však do tří let od doby, kdy oznamovací povinnost měla být splněna.

(3) Při opakovaném nesplnění oznamovací povinnosti může být uložena pokuta až do výše dvojnásobku uložené pokuty.

(4) Při opětovném nesplnění povinnosti podrobit se preventivní prohlídce podle § 12 písm. e) nebo při porušení povinností podle § 12 písm. i) až k), nebo byl-li pojištěnec předčasně propuštěn z ústavní péče pro soustavné hrubé porušování domácího řádu ústavního zdravotnického zařízení, může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 500 Kč. Zdravotní pojišťovna může dále uložit pokutu až do výše 5000 Kč pojištěnci, který se při poskytování zdravotní péče prokázal jejím průkazem pojištěnce, přestože v té době jejím pojištěncem nebyl. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do tří let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo.

(5) Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 45

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna může vyměřit přírážku k pojistnému zaměstnavateli, u něhož došlo v uplynulém kalendářním roce k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin⁴⁵⁾ a v důsledku toho i ke zvýšení nákladů na zdravotní péči, s výjimkou těch pracovních úrazů nebo nemocí z povolání, jejichž příčina je nezištěna nebo k nimž došlo ohrožením zvířaty nebo přírodními živly anebo v důsledku protiprávního jednání třetích osob.

(2) Příslušná zdravotní pojišťovna vyměří zaměstnavateli podle odstavce 1 přírážku k pojistnému až do výše 5 % z podílu na jím hrazeném pojistném všech zaměstnanců.

(3) Platební výměr na přírážku k pojistnému za kalendářní rok lze vystavit nejpozději do 30. června kalendářního roku následujícího po roce, v němž došlo ke skutečnostem uvedeným v odstavci 1. Přírážka k pojistnému se platí jednorázově na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

(4) Zaměstnavatelé jsou povinni příslušné zdravotní pojišťovně zasílat kopie záznamů⁴⁶⁾ o pracovních úrazech, a to najednou za uplynulý kalendářní měsíc, vždy nejpozději do pátého dne následujícího měsíce. Při nesplnění této povinnosti může příslušná zdravotní pojišťovna uložit zaměstnavateli pokutu až do výše 100 000 Kč.

(5) Zdravotnická zařízení, která jsou oprávněna k uznávání nemocí z povolání, jsou povinna zasílat příslušné zdravotní pojišťovně kopie hlášení nemocí z povolání.

(6) Pokud jde o splatnost přirážky k pojistnému, způsob jejího placení, její vymáhání, promlčení a vrácení přeplatku na přirážce k pojistnému, postupuje se stejně jako u pojistného.

§ 45a

(1) Zdravotní pojišťovně, která neuzavře smlouvu o poskytování zdravotní péče s veřejným neziskovým ústavním zdravotnickým zařízením podle § 17 odst. 2, se uloží pokuta do 10 000 000 Kč.

(2) Zdravotní pojišťovna za správní delikt neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránila.

(3) Při určení výměry pokuty zdravotní pojišťovně se přihlídnou k závažnosti správního deliktu, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž byl spáchán.

(4) Odpovědnost zdravotní pojišťovny za správní delikt zaniká, jestliže správní orgán o něm nezahlásil řízení do 1 roku ode dne, kdy se o něm dozvěděl, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy byl spáchán.

(5) Správní delikty podle tohoto zákona v prvním stupni projednává Ministerstvo zdravotnictví.

(6) Pokuty vybírá a vymáhá celní úřad. Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.

ČÁST DEVÁTÁ SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

§ 46

(1) Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny (dále jen "síť").

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

- a) pro zdravotnická zařízení lékárenské péče,
- b) pro zdravotnická zařízení Vězeňské služby České republiky^{46a},
- c) v případech rozšíření sítě již smluvního zdravotnického zařízení zdravotnické záchranné služby,
- d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

(3) V případě změny právní formy zdravotnického zařízení se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

(4) Konání výběrového řízení mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.

§ 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 provozování zdravotnického zařízení. Výběrové řízení na poskytování ústavní a lázeňské zdravotní péče vyhlašuje Ministerstvo zdravotnictví.

(2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:

- a) rozsah zdravotní péče a území, pro které má být poskytována, 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.

§ 48

(1) Vyhlášovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi. Členy komise jsou:

- a) zástupce krajského úřadu, jde-li o výběrové řízení vyhlašované krajským úřadem, nebo zástupce Ministerstva zdravotnictví, jde-li o výběrové řízení vyhlašované tímto ministerstvem,
- b) zástupce příslušné profesní organizace,
- c) zástupce příslušné zdravotní pojišťovny,
- d) odborník pro druh zdravotní péče, která má být zdravotnickým zařízením poskytována.

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

(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. Poskytnutí informací o zdravotnických zařízeních, účastnících se výběrového řízení, členy komise se nepovažuje za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního zákona.

§ 49

(1) Činnost komise řídí její předseda, kterým je zástupce krajského úřadu, jde-li o výběrové řízení, jehož vyhláшателеm je krajský úřad, nebo zástupce Ministerstva zdravotnictví, jde-li o výběrové řízení, jehož vyhláшателеm je Ministerstvo zdravotnictví.

(2) Komise je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina všech členů komise. Rozhodnutí je přijato, hlasovala-li pro něj nadpoloviční většina přítomných členů komise. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas zástupce příslušné zdravotní pojišťovny. O průběhu a výsledku výběrového řízení komise vyhotoví zápis, který podepíše předseda a všichni přítomní členové komise. Zápis musí obsahovat jména členů komise a stanovení pořadí přihlášek s uvedením počtu získaných hlasů.

(3) O jednání komise se pořizuje zápis. Předseda komise předá zápis vyhláшатeli neprodleně po skončení jednání komise. Tím činnost komise končí.

(4) Náklady spojené s vyhlášením výběrového řízení a činností komise hradí vyhláшатel. Náklady spojené s účastí na výběrovém řízení hradí uchazeč.

§ 50

(1) Nabídky se doručují vyhláшатeli ve lhůtě stanovené podle § 47 odst. 2 písm. b). Uchazeč je povinen prokázat, že je oprávněn poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.

(2) Vyhláшатel pozve uchazeče na jednání výběrové komise (dále jen "komise"). Uchazeči, jehož přihláška má formální nedostatky, které uchazeč neodstraní ve lhůtě stanovené vyhláшатelem, vrátí vyhláшатel přihlášku s uvedením důvodů.

§ 51

(1) Při posuzování přihlášek členové komise přihlížejí zejména k dobré pověsti zdravotnického zařízení (k dodržování postupu lege artis), k disciplinárním opatřením uloženým podle zvláštního zákona, k etickému přístupu k pacientům, **k přístupu zdravotnického zařízení v oblasti zvyšování bezpečí pacienta a kvality péče**, ke stížnostem na poskytování zdravotní péče, ke zjištěným nedostatkům v hospodaření zdravotnického zařízení, včetně daňových nedoplatků apod.

(2) Po posouzení přihlášek stanoví komise pořadí uchazečů.

§ 52

(1) Vyhláшатel je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů podle § 49 odst. 2.

(2) Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výsledek výběrového řízení **nezakládá** právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

ČÁST DESÁTÁ USTANOVENÍ SPOLEČNÁ

§ 53 Rozhodování

(1) Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobně výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení,⁴⁷⁾ nestanoví-li tento zákon jinak. **Ve správním řízení zahajovaném na návrh pojištěnce se rozhoduje též ve sporných případech o hrazení částek podle § 16b; k návrhu pojištěnce přiloží doklady o zaplacení regulačních poplatků, které se započítávají do limitu podle § 16b a doklady o zaplacení doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b, ze kterých vyplývá, že limit podle § 16b byl překročen.** Zdravotní pojišťovny rozhodují platebními výměry. Platební výměr na dlužné pojistné je vykonatelný bez ohledu na právní moc, jestliže od jeho doručení uplynulo 15 dnů s výjimkou rozhodování o vracení přeplatku na pojistném, snížení záloh na pojistné a hrazení částek podle § 16b.

(2) Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předepsat k úhradě též výkazem nedoplatků. Výkaz nedoplatků musí obsahovat

a) označení plátce pojistného, jemuž se nedoplatky vykazují,

b) výši nedoplatků podle stavu účtu plátce pojistného k určitému dni vycházející z údajů vykázaných plátcem

pojistného nebo z kontrol provedených zdravotní pojišťovnou, z pravděpodobné výše pojistného, byla-li stanovena, a z penále vypočteného k tomuto dni,

- c) den, ke kterému byla výše nedoplatků zjištěna,
- d) čísla účtů příslušné zdravotní pojišťovny, na která musí být nedoplatky uhrazeny,
- e) poučení o vykonatelnosti,
- f) poučení o námitkách,
- g) označení zdravotní pojišťovny, která výkaz nedoplatků vydala, a datum vydání. Výkaz nedoplatků musí být opatřen úředním razítkem a podepsán s uvedením jména, příjmení a funkce oprávněné osoby.

(3) Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem jeho doručení. Výkaz nedoplatků se doručuje stejným způsobem jako platební výměr.

(4) Proti výkazu nedoplatků lze zdravotní pojišťovně, která výkaz nedoplatků vydala, podat do 8 dnů od doručení písemné námitky, pokud pláče pojistného nesouhlasí s existencí dluhu na pojistném a penále nebo s jeho výší. Důvod podání námitek je pláče pojistného povinen v námitkách uvést.

(5) Na základě námitek zdravotní pojišťovna do 30 dnů od jejich doručení vydá rozhodnutí, kterým výkaz nedoplatků buď potvrdí, byla-li výše nedoplatků stanovena správně, nebo zruší. Pokud zdravotní pojišťovna nerozhodne o námitkách ve lhůtě výše uvedené, pozbývá výkaz nedoplatků platnost.

(6) Zdravotní pojišťovna může výkaz nedoplatků zrušit z vlastního podnětu.

(7) Na řízení o vydání výkazu nedoplatků se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

(8) Vykonatelná rozhodnutí ve věcech uvedených v odstavci 1 a vykonatelné výkazy nedoplatků jsou titulem pro soudní^{47a)} nebo správní⁴⁷⁾ výkon rozhodnutí.

(9) Správní výkon rozhodnutí ve věcech uvedených v odstavci 1 provádí zdravotní pojišťovna, která platební výměr vydala v prvním stupni řízení; to platí obdobně pro výkazy nedoplatků.

(10) O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle odstavce 1 rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, jednoho zástupce Ministerstva zdravotnictví, jednoho zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, jednoho zástupce Ministerstva financí, tří zástupců, které určí ze svých členů Správní rada zdravotní pojišťovny, a tří zástupců, které určí ze svých členů Dozorčí rada zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více než dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. K prvému jednání svolá členy rozhodčího orgánu ředitel zdravotní pojišťovny. Na tomto prvním jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí jednání rozhodčího orgánu.

(11) Za výkon funkce může být členu rozhodčího orgánu poskytnuta odměna, o které rozhoduje Správní rada zdravotní pojišťovny.

(12) Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvním stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu.

(13) Pravomocná rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle odstavce 1 jsou přezkoumatelná soudem podle zvláštních předpisů.

§ 53a

(1) Zdravotní pojišťovna může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti.

(2) Rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč.

(3) O odstranění tvrdostí podle odstavce 1 nebo 2 nelze rozhodnout, jestliže

- a) pláče pojistného nezaplatil pojistné na zdravotní pojištění splatné do dne vydání rozhodnutí o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále,
- b) na pláče pojistného byl podán **insolvenční návrh**^{47b)},
- c) pláče pojistného vstoupil do likvidace.

(4) O prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále se rozhoduje na základě písemné žádosti pláče pojistného nebo jiné oprávněné osoby (dále jen "žadatel"). Žádost může být podána do nabytí právní moci rozhodnutí, kterým byla uložena pokuta, vyměřena přírážka k pojistnému nebo předepsáno penále; jestliže se objevily nové skutečnosti, které žadatel bez vlastního zavinění nemohl uplatnit do doby nabytí právní moci tohoto rozhodnutí, může být žádost podána do tří let od právní moci tohoto rozhodnutí.

(5) Na řízení o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.⁴⁷⁾ Rozhodnutí o odstranění tvrdostí je rozhodnutím konečným.

§ 53b Doručování veřejnou vyhláškou

(1) Zdravotní pojišťovna použije v řízení podle § 53 odst. 1 doručení veřejnou vyhláškou v případě, kdy jí není

znám pobyt nebo sídlo účastníka řízení, nebo v případě, že se účastník řízení nezdržuje na místě svého pobytu, sídla nebo adresy pro doručování, které pojišťovně oznámil.

(2) Doručení veřejnou vyhláškou provede zdravotní pojišťovna tak, že vyvěsí ve svém sídle po dobu patnácti dnů způsobem v místě obvyklým oznámení o místě uložení písemnosti s jejím přesným označením; oznámení se rovněž vyvěsí v sídle místně příslušné organizační jednotky zdravotní pojišťovny, která písemnost doručuje. Poslední den lhůty podle věty první se považuje za den doručení.

§ 53c

Při plnění povinností vyplývajících z tohoto zákona a zvláštního zákona¹⁷⁾, jsou povinné subjekty oprávněny uvádět rodná čísla osob, případně jiné číslo pojištěnce.

§ 54 Smluvní zdravotní pojištění

(1) Zdravotní pojišťovny jsou vedle provádění zdravotního pojištění podle tohoto zákona oprávněny provádět rovněž smluvní zdravotní pojištění pro

- a) osoby, které nejsou pojištěnci podle tohoto zákona,
- b) pojištěnce ke krytí zdravotní péče přesahující rámec hrazené péče včetně léčení v cizině.

(2) K provádění smluvního pojištění podle odstavce 1 je třeba povolení podle zvláštního zákona.⁴⁸⁾

§ 55 Náhrada škody

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna má právo na náhradu škody vůči třetím osobám, jestliže vynaložila náklady na péči hrazenou ze zdravotního pojištění v důsledku jejich zaviněného protiprávního jednání vůči osobám účastným zdravotního pojištění. Tato náhrada je příjmem fondů zdravotní pojišťovny.

(2) Pro účely náhrady škody jsou zdravotnická zařízení povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytla zdravotní péči, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. Oznamovací povinnost mají i orgány Policie České republiky, státní zastupitelství a soudy. Oznamovací povinnost podle tohoto odstavce se plní do jednoho měsíce ode dne, kdy se ten, kdo skutečnost oznamuje, o ní dozvěděl.

(3) Pro účely náhrady škody jsou orgány ochrany veřejného zdraví povinny poskytnout na vyžádání příslušné zdravotní pojišťovně zprávy o výsledcích epidemiologických a jiných šetření, která jsou tyto orgány povinny provádět podle zvláštních předpisů.

(4) Pro účely náhrady škody je orgán inspekce práce a orgány státní báňské správy povinny poskytnout na vyžádání příslušné zdravotní pojišťovně výsledky vyšetřování příčin smrtelných, těžkých a hromadných pracovních úrazů a nemocí z povolání.

(5) Pro účely náhrady škody se údaje podle předchozích odstavců poskytují bezplatně.

§ 55a Vztah k mezinárodním smlouvám

Ustanovení tohoto zákona se nepoužijí, pokud mezinárodní smlouva, s níž vyslovil souhlas Parlament, již je Česká republika vázána a která byla vyhlášena, stanoví jinak.

§ 55b

Působnosti stanovené krajskému úřadu nebo obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností podle tohoto zákona jsou výkonem přenesené působnosti.

ČÁST JEDENÁCTÁ USTANOVENÍ PŘECHODNÁ A ZÁVĚREČNÁ

§ 56

(1) Za nezaopatřené děti podle § 7 odst. 1 písm. a) se považují do 31. prosince 1998 i studenti vysokých škol starší 26 let. Toto ustanovení se nevztahuje ode dne přerušení studia na studenty, kteří studium na vysoké škole přerušili.

(2) Za poživatele důchodů z důchodového pojištění podle § 7 odst. 1 písm. b) se považují též poživatelé důchodů přiznaných po 31. prosinci 1992 podle předpisů České republiky nebo Slovenské republiky, pokud jim byl důchod vypočten s přihlédnutím k době zaměstnání před 1. lednem 1993 u zaměstnavatele se sídlem na území Československé socialistické republiky nebo České a Slovenské Federativní Republiky.

(3) Kde se v jiných předpisech používá pojmu "všeobecné zdravotní pojištění", rozumí se tím "veřejné zdravotní pojištění".

§ 57

Zrušují se:

1. zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění zákona České národní rady č. 592/1992 Sb., zákona České národní rady č. 10/1993 Sb., zákona České národní rady č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 324/1993 Sb., zákona č. 241/1994 Sb., zákona č. 59/1995 Sb., zákona č. 160/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb. a nálezu Ústavního soudu České republiky č. 206/1996 Sb.,
2. vyhláška Ministerstva financí č. 268/1993 Sb., kterou se stanoví způsob tvorby a použití fondů resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven,
3. vyhláška Ministerstva financí č. 269/1993 Sb., kterou se stanoví bližší podmínky tvorby a užití rezervního fondu Všeobecné zdravotní pojišťovny.

ČÁST DVANÁCTÁ ZMĚNA A DOPLNĚNÍ SOUVISEJÍCÍCH ZÁKONŮ

§ 58

Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění zákona České národní rady č. 592/1992 Sb., zákona České národní rady č. 10/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb. a zákona č. 149/1996 Sb., se mění a doplňuje takto:

1. V § 7 odst. 1 písm. a) se na konci čárka nahrazuje středníkem a připojují se tato slova: "ze základního fondu se dále hradí náklady na činnost Pojišťovny podle § 5 písm. d).",
2. V § 7 odst. 1 písm. c) se na konci připojují tato slova: "; účelové fondy nelze vytvářet z prostředků základního nebo rezervního fondu".

§ 59

Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona České národní rady č. 10/1993 Sb., zákona České národní rady č. 15/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb. a zákona č. 149/1996 Sb., se mění a doplňuje takto:

1. V § 13 se vypouští odstavec 2.
2. V § 16 odst. 2 se na konci připojuje tato věta: "Účelové fondy nelze vytvářet z prostředků základního nebo rezervního fondu."
3. V § 16 se vypouští odstavec 4.
4. § 17 odst. 1 zní:
"(1) Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě zdravotní péče hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění a je tvořen platbami pojistného. Ze základního fondu se dále hradí náklady na činnost zaměstnanecké pojišťovny podle § 13 odst. 1 písm. d)."
5. Za § 22 se vkládá část pátá, která včetně nadpisu zní:

"ČÁST PÁTÁ ZAJIŠŤOVACÍ FOND

§ 22a

(1) Tímto zákonem se zřizuje Zajišťovací fond (dále jen "Fond"), který je právnickou osobou. Fond se zapisuje do obchodního rejstříku. Fond není státním fondem ve smyslu zvláštního zákona.

(2) Fond slouží k úhradě zdravotní péče poskytnuté zdravotnickými zařízeními pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny likvidované podle § 6 odst. 6 písm. a) v případech, kdy nebyly ke dni skončení likvidace zaměstnanecké pojišťovny uspokojeny všechny splatné pohledávky zdravotnických zařízení, a v případech, kdy zaměstnanecká pojišťovna má více věřitelů a není schopna po delší dobu plnit své splatné závazky, nebo je-li předlužena.

(3) Všechny zaměstnanecké pojišťovny jsou povinny do Fondu přispívat. Roční příspěvek zaměstnanecké pojišťovny do Fondu činí 0,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zaměstnanecké pojišťovny. Příspěvek do Fondu je zaměstnanecká pojišťovna povinna zaplatit za předchozí kalendářní rok nejpozději do 31. ledna běžného roku. Fond může investovat peněžní prostředky do státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou nebo poukázek České národní banky.

(4) Fond je řízen pětičlennou správní radou. Členy správní rady jmenuje ministr zdravotnictví. Členové správní rady jsou jmenováni na období pěti let, a to i opakovaně. Za výkon funkce člena správní rady nenáleží odměna.

(5) Podrobnosti o činnosti Fondu upraví statut Fondu, který vydá Ministerstvo zdravotnictví.

§ 22b

(1) Fond poskytne úhradu zdravotnickému zařízení na základě jeho žádosti, jsou-li splněny podmínky podle § 22a odst. 2. Fond má právo přezkoumat oprávněnost poskytnutí zdravotní péče, kterou má uhradit; ustanovení tohoto zákona a ostatních zákonů o povinné mlčenlivosti zaměstnanců zaměstnanecké pojišťovny se nepoužijí.

(2) Úhrada se poskytne takto:

- a) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí zdravotní péče praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 200 Kč na jednoho pojištěnce,
- b) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí ambulantní zdravotní péče odbornými lékaři, ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 900 Kč na jednoho pojištěnce,
- c) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí ústavní zdravotní péče, ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 1200 Kč na jednoho pojištěnce,
- d) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu výdeje léčiv na základě lékařského předpisu, ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 700 Kč na jednoho pojištěnce.

(3) Právo zdravotnického zařízení na úhradu z Fondu se promlčí uplynutím pěti let ode dne stanoveného podle odstavce 1.

(4) V případě, že prostředky Fondu nepostačují k vyplacení zákonem stanovených úhrad, poskytne zbývající část potřebných peněžních prostředků do Fondu stát ve formě návratné finanční výpomoci. V takovém případě se zvyšuje příspěvek zaměstnaneckých pojišťoven do Fondu od roku následujícího po poskytnutí půjčky na dvojnásobek procentní sazby uvedené v § 22a odst. 3. V roce následujícím po splacení návratné finanční výpomoci se příspěvek snižuje na procentní sazbu uvedenou v § 22a odst. 3.

§ 22c

Fond se stává věřitelem zdravotní pojišťovny ve výši práv zdravotnických zařízení na plnění z Fondu."

§ 60

Zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění zákona České národní rady č. 10/1993 Sb., zákona České národní rady č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 324/1993 Sb., zákona č. 42/1994 Sb., zákona č. 241/1994 Sb., zákona č. 59/1995 Sb. a zákona č. 149/1996 Sb., se mění a doplňuje takto:

1. V § 15 odst.1 se na konci připojuje tato věta: "Nedoplatky pojistného, jejichž výše v úhrnu nepřesahuje u jednoho plátce pojistného a jedné pojišťovny 50 Kč, nelze vymáhat."

2. § 18 se doplňuje odstavcem 4, který zní:

"(4) Penále se nepředepíše, nepřesáhne-li v úhrnu 100 Kč za jeden kalendářní rok."

3. § 28b se doplňuje odstavcem 4, který zní:

"(4) Podle ustanovení § 15 odst. 1 a § 18 odst. 4 postupuje pojišťovna i v případě penále, které měla pojišťovna vyměřit nebo vymáhat do dne účinnosti těchto ustanovení, avšak do dne jejich účinnosti tak neučinila."

ČÁST TRINÁCTÁ

§ 61 Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. dubna 1997, s výjimkou § 15 odst. 10 věty první a § 59 bodu 5, které nabývají účinnosti dnem 1. ledna 1998.

Zeman v. r.

Havel v. r.

Klaus v. r.

PŘÍLOHA Č. 1 SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NEHRAZENÝCH NEBO HRAZENÝCH JEN ZA URČITÝCH PODMÍNEK

Seznam použitých zkratk a symbolů

označení, symbol	vysvětlení
ODB	odbornost
KOD	číslo kódu zdravotního výkonu
NÁZEV	název zdravotního výkonu
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
ZP	zdravotní pojišťovna
dg.	diagnóza
p.č.	pořadové číslo výkonu

číslo ODB	název odbornosti
001	PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ
002	PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST
013	ÚSTNÍ, ČELISTNÍ A OBLIČEJOVÁ CHIRURGIE
014	STOMATOLOGIE VŠEOBECNÁ - PRAKTICKÝ ZUBNÍ LÉKAŘ - STOMATOLOG
015	ORTODONCIE
201	FYZIATRIE, BALNEOLOGIE A LÉČEBNÁ REHABILITACE
401	HYGIENA PRÁCE A NEMOCI Z POVOLÁNÍ
404	DERMATOVENEROLOGIE
504	CÉVNÍ CHIRURGIE
601	PLASTICKÁ CHIRURGIE
603	GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ
606	ORTOPÉDIE
701	OTORINOLARYNGOLOGIE
705	OFTALMOLOGIE
706	UROLOGIE
808	SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ
809	RADIODIAGNOSTIKA
899	UNIVERSÁLNÍ LÉKAŘSKÉ VÝKONY - BEZ VAZBY NA ODBORNOST
903	KLINICKÁ LOGOPEDIE
911	ZDRAVOTNÍ SESTRA

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

p.č.	ODB	KOD	NÁZEV	KAT	PODMÍNKA ÚHRADY ZP
1.	001	00192	ZDRAVOTNĚ VÝCHOVNÁ ČINNOST	N	
2.	002	00292	ZDRAVOTNĚ VÝCHOVNÁ ČINNOST	N	
3.	014	92130	PEČETĚNÍ FISURY - ZUB	N	
4.	014	92215	KOFERDAM - JEDNA ČELIST	N	
5.	014	92405	LÉČEBNÝ PLÁN SLIZNIČNÍCH ONEMOCNĚNÍ	N	
6.	014	93301	TREPANACE ALVEOLU	N	
7.	014	93610	IMPLANATOLOGIE - ANALÝZA, PŘÍPRAVA	N	
8.	014	93620	USAZENÍ NITROKOSTNÍHO IMPLANTÁTU	N	
9.	014	93630	IMPLANTACE - DRUHÁ FÁZE	N	
10.	014	93640	TRANSDENTÁLNÍ IMPLANTÁT	N	
11.	014	93650	ODSTRANĚNÍ NITROKOSTNÍHO IMPLANTÁTU	N	
12.	014	93660	SUBPERIOSTÁLNÍ IMPLANTÁT - 1. SEXTANT	N	

13.	014	93670	ODSTRANĚNÍ SUBPERIOSTÁLNIHO IMPLANTÁTU - 1 SEXTANT	N	
14.	014	94350	PROVIZORNÍ MŮSTEK, V ROZSAHU DO 6 ZUBŮ	N	
15.	014	94360	PROVIZORNÍ MŮSTEK, V ROZSAHU 7 A VÍCE ZUBŮ	N	
16.	015	95110	ODBORNÁ ORTODONTICKÁ KONZULTACE	N	
17.	504	33226	REKONSTRUKCE A.ILIACA INT. A DALŠÍ VÝKONY PRO VASKULÁRNÍ IMPOTENCI	N	
18.	603	44007	REKANALIZACE VEJCOVODU PO PŘEDCHOZÍ STERILIZACI	N	
19.	701	89374	NEPŘÍMÁ LARYNGOSKOPIE S INSTALACÍ LÉKU DO HRTANU	N	
20.	706	35216	IMPLANTACE PENILNÍCH PROTEZ - SEMIFLEXIBILNÍ	N	
21.	706	35217	IMPLANTACE PENILNÍCH PROTEZ - INFLATIBILNÍ (BEZ CENY PROTÉZ)	N	
22.	706	35223	PENIS - KAVERNOSOMETRIE	N	
23.	809	63009	KAVERNOSOGRAFIE	N	
24.	903	09310	LOGOPEDICKÉ PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ - DEPISTÁŽ V TERÉNU	N	
25.	001	00181	ŠETŘENÍ NA PRACOVÍŠTI PROVÁDĚNÉ ZÁVODNÍM LÉKAŘEM	W	Výkon bude hrazen, pokud je nezbytný ke zjištění epidemiologické situace na pracovišti
26.	013	91520	INJEKČNÍ ANESTÉZIE	W	Hrazen s výjimkou intraligamentární anestezie
27.	014	91010	VSTUPNÍ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ	W	Hrazeno 1x ročně
28.	014	92101	ÚSTNÍ HYGIENA - PROFYLAKTICKÁ INSTRUKTÁŽ	W	Hrazen pouze jedenkrát
29.	014	92102	KONTROLA ÚSTNÍ HYGIENY - PROFYLAKTICKÁ	W	Hrazen dvakrát ročně
30.	014	92103	ODSTRANĚNÍ ZUBNÍHO KAMENE PROFYLAKTICKÉ	W	Hrazeno 1x ročně
31.	014	92111	LOKÁLNÍ FLUORIDACE BEZ VYSUŠENÍ	W	Hrazen pouze při použití roztoku fluorid sodný
32.	014	92112	LOKÁLNÍ FLUORIDACE S VYSUŠENÍM	W	Hrazen pouze při použití přípravku s aminofluoridem bez nosiče
33.	014	92140	KOLEKTIVNÍ PROFYLAXE	W	Výkon bude hrazen jen při přiložení jmenného seznamu osob do 18 let věku, u kterých byl proveden
34.	014	92201	VÝPLŇ STÁLÉHO ZUBU JEDNA PLOŠKA	W	Hrazen pouze při použití nedóзованého amalgámu, při použití samopolymerujícího kompozita pouze v rozsahu špičáku včetně
35.	014	92202	VÝPLŇ STÁLÉHO ZUBU - DVĚ PLOŠKY	W	Hrazen pouze při použití nedóзованého amalgámu, při použití samopolymerujícího kompozita pouze v rozsahu špičáku včetně.

36.	014	92203	VÝPLŇ STÁLÉHO ZUBU - TŘI PLOŠKY	W	Hrazen pouze při použití nedózovaného amalgámu, při použití samopolymerujícího kompozita pouze v rozsahu špičáku včetně.
37.	014	92204	VÝPLŇ - VÍCE NEŽ TŘI PLOŠKY NEBO REKONSTRUKCE RŮŽKU	W	Hrazen pouze při použití nedózovaného amalgámu, při použití samopolymerujícího kompozita pouze v rozsahu špičáku včetně.
38.	014	92205	FOTOKOMPOZIT - JEDNA PLOŠKA	W	Hrazen u dětí do 18 let v rozsahu špičáků včetně.
39.	014	92206	FOTOKOMPOZIT - DVĚ PLOŠKY	W	Hrazen u dětí do 18 let v rozsahu špičáků včetně.
40.	014	92207	FOTOKOMPOZIT - TŘI PLOŠKY	W	Hrazen u dětí do 18 let v rozsahu špičáků včetně.
41.	014	92208	FOTOKOMPOZIT REKONSTRUKCE RŮŽKU	W	Hrazen u dětí do 18 let.
42.	014	92210	DOSTAVBA PLASTICKÁ	W	Hrazen u dětí do 18 let v rozsahu špičáků včetně.
43.	014	92241	ENDODONTICKÉ VYŠETŘENÍ	W	Hrazen při použití resorcin-formaldehydové pryskyřice nebo fosfátového cementu.
44.	014	92341	PŘECHODNÁ DLAHA BEZ PREPARACE - NA ZUB	W	Hrazen při použití samopolymerující pryskyřice.
45.	014	92342	PŘECHODNÁ DLAHA S PREPARACÍ - NA ZUB	W	Hrazen při použití samopolymerující kompozitní pryskyřice.
46.	014	94310	OPRAVA FIXNÍ NÁHRADY V ORDINACI	W	Hrazen při použití samopolymerující pryskyřice
47.	201	22203	STANOVENÍ DLOUHODOBÉHO REHABILITAČNÍHO PLÁNU NA ZÁKLADĚ PROBĚHLÉ REHABILITAČNÍ KONFERENCE	W	Hrazen 1x během léčby
48.	401	18008	ŠETŘENÍ NA PRACOVÍŠTI PACIENTA Z HLEDISKA RIZIKA PROFESIONÁLNÍHO POŠKOZENÍ	W	Výkon bude jen v indikaci vyšetření pro hrozící, suspektní nebo nastalé profesijní postižení
49.	601	30699	MODELACE A PŘITAŽENÍ ODSTÁLÉHO BOLTCE	W	Plná úhrada do 10 let věku dítěte, nad 10 let zdravotní pojišťovna nehradí
50.	701	89404	TESTY NA AGRAVACI A SIMULACI	W	V případě prokázané simulace nehrzen
51.	705	89294	APLIKACE KONTAKTNÍ ČOČKY	W	Výkon bude hrazen po operaci katarakty
52.	808	89134	KONZULTACE NÁLEZU SOUDNÍM LÉKAŘEM	W	Výkon bude hrazen, pokud je na žádost ošetřujícího lékaře nutný k vysvětlení nálezu u konkrétního případu

53.	899	20027	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ - PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM	W	Výkon bude hrazen jen na jednoho pacienta 1x ročně v jednom oboru po podrobném zápisu v dokumentaci
54.	899	20028	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU	W	Výkon bude hrazen na jednoho pacienta ve věku do 15 let maximálně 2x ročně, u dospělého 1x ročně, po podrobném zápisu v dokumentaci
55.	899	28001	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU	W	Hrazeno pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně v dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce
56.	899	89797	KONZÍLIUM SPECIALISTOU	W	Vyšetření hrazeno, jen pokud je na žádost praktického lékaře
57.	911	09520	KOMPLEXNÍ POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA V JEHO PROSTŘEDÍ	W	Výkon bude hrazen jen na doporučení praktického lékaře při převzetí pacienta do lékařem indikované dočasné nebo dlouhodobé ošetrovatelské péče v domácnosti
58.	911	09521	CÍLENÁ KONTROLA PACIENTA STŘEDNÍM ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKEM V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
59.	911	09522	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
60.	911	09523	KOMPLEXNÍ PÉČE O OŠETŘOVATELSKY NÁROČNÉ - NEPOHYBLIVÉ NEMOCNÉ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
61.	013	30339	ZVĚTŠENÍ BRADY PROTÉZOU	Z	
62.	013	30340	ZVĚTŠENÍ BRADY KOSTÍ, CHRUPAVKOU	Z	
63.	013	30344	ZÁVĚSY STŘEDNÍ OBLIČEJOVÉ ETÁŽE	Z	
64.	013	31452	SUPERIOSTÁLNÍ IMPLANTÁT - JEDNA ČELIST	Z	
65.	013	31453	ODSTRANĚNÍ SUPERIOSTÁLNÍHO IMPLANTÁTU - JEDNA ČELIST	Z	

66.	013	38908	MANDIB. NEBO MAXIL. ŠTÍTKOVÁ OSTEOTOMIE PŘI HYPOPLASII	Z	
67.	013	38909	KOREKCE BRADY	Z	
68.	013	38910	OSTEOKTOMIE TĚLA MANDIBULY	Z	
69.	013	38911	OSTEOTOMIE TĚLA MANDIBULY	Z	
70.	013	38912	SAGITÁLNÍ OSTEOTOMIE VĚTVE MANDIBULY	Z	
71.	013	38913	OSTEOTOMIE MANDIBULÁRNÍ RETROGNAT. JAKKOLIV DO 10 MM	Z	
72.	013	38914	OSTEOTOMIE MANDIBULÁRNÍ RETROGNAT. JAKKOLIV 10-20 MM	Z	
73.	013	38915	OSTEOTOMIE MANDIBULÁRNÍ RETROGNAT. JAKKOLIV VÍCE NEŽ 20 MM	Z	
74.	014	91260	DIAGNOSTICKÁ FOTOGRAFIE	Z	
75.	014	92303	KYRETÁŽ - NA ZUB	Z	
76.	014	92306	ARTIKULACE CHRUPU	Z	
77.	014	92401	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ ÚSTNÍ SLIZNICE	Z	
78.	014	92402	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ ÚSTNÍ SLIZNICE	Z	
79.	014	92403	KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ ÚSTNÍ SLIZNICE	Z	
80.	014	92405	LÉČEBNÝ PLÁN SLIZNIČNÍCH ONEMOCNĚNÍ	Z	
81.	014	93205	AUTOTRANSPLANTACE ZUBU	Z	
82.	404	28009	EPILACE A 30 MINUT	Z	Výkon bude hrazen pouze u dg. E00 až E07 (poruchy štítné žlázy, hormonální poruchy), E10 až E14 (diabetes mellitus), E20 až E35 (diencefalohypo-fyzární poruchy)
83.	601	30695	KOREKCE MALÉ VROZENÉ ANOMALIE BOLTCE A OKOLÍ (VÝRŮSTKY PŘED BOLTCEM)	Z	
84.	601	30696	POSUN RUDIMENTU	Z	
85.	601	30697	REKONSTRUKCE BOLTCE CHRUPAVČITÝM ŠTĚPEM (VČETNĚ ODBĚRU ŠTĚPU)	Z	
86.	601	30698	KOŽNÍ VLOŽKA ZA BOLTEC (VČETNĚ ODBĚRU ŠTĚPU)	Z	
87.	601	30703	XANTHELASMA	Z	
88.	601	30710	OPERACE PTÓZY OBLIČEJE - HORNÍ	Z	
89.	601	30711	OPERACE PTÓZY OBLIČEJE - DOLNÍ	Z	
90.	601	30712	OPERACE PTÓZY OBLIČEJE - CELKOVÁ (SMAS LIFTING)	Z	
91.	601	30715	RINOPLASTIKA KOMPLETNÍ (4KRÁT OSTEOTOMIE, SNESENÍ HRBOLU, KOREKCE CHRUPAVEK)	Z	
92.	601	30716	RINOPLASTIKA - MĚKKÝ NOS	Z	
93.	601	30717	RINOPLASTIKA - SEDLOVITÝ NOS (L-ŠTĚP, VČETNĚ ODBĚRU)	Z	
94.	601	30718	RINOFYMA	Z	
95.	601	30728	REDUKCE A MODELACE U GIGANTOMASTIE	Z	
96.	601	30731	ABLACE SE ZACHOVÁNÍM DVORCE	Z	
97.	601	30732	REKONSTRUKCE AREOMAMILÁRNÍHO KOMPLEXU	Z	
98.	601	30733	ODSTRANĚNÍ IMPLANTÁTU PRSU A KAPSULOTOMIÍ	Z	

99.	601	30734	KAPSULEKTOMIE	Z	
100	601	30760	IMPLANTACE TKÁŇOVÉHO EXPANDERU	Z	
101	606	31624	OSTEOTOMIE PROXIMÁLNÍHO FEMURU - VARIZAČNÍ	Z	
102	606	31625	OSTEOTOMIE PROXIMÁLNÍHO FEMURU - VALGIZAČNÍ	Z	
103	606	31630	ZKRÁCENÍ FEMURU	Z	
104	606	31631	PRODLOUŽENÍ FEMURU - JEDNORÁZOVÉ	Z	
105	606	31632	PRODLOUŽENÍ FEMURU - POSTUPNÉ	Z	
106	606	31747	PRODLOUŽENÍ BERCE - JEDNORÁZOVÉ	Z	
107	606	31748	PRODLOUŽENÍ BERCE - POSTUPNÉ	Z	
108	606	31749	ZKRÁCENÍ BERCE	Z	
109	701	32025	SEPTOPLASTIKA	Z	
110	705	38025	LASEROVÁ IRIDOTOMIE	Z	Výkon je hrazen při provedení na 1 oku nejvíce třikrát, při dalším provedení je k úhradě třeba souhlasu revizního lékaře
111	705	38116	DERMATOPLASTIKA JEDNOHO VÍČKA	Z	
112	705	38117	BLEPHAROCHALASIS - EXCIZE Z JEDNOHO VÍČKA + ODSTRANĚNÍ TUKU A ZÁHYBU	Z	
113	705	89312	LASEROVÁ KOAGULACE SÍTNICE	Z	Výkon je hrazen při provedení na 1 oku nejvíce pětkrát, při dalším provedení je k úhradě třeba souhlasu revizního lékaře
114	705	89320	PLASTICKÁ OPERACE KŮŽE VÍČKA OTOČNÝM LALOKEM NEBO POSUNEM	Z	
115	706	16217	TRANSURETRÁLNÍ HYPERTERMIE PROSTATY	Z	
116	706	35220	PENIS - INTRAKAVERNOSNÍ INJEKCE VASOAKTIVNÍCH LÁTEK	Z	
117	706	35245	VAZEKTOMIE (VAZOLIGATURA)	Z	
118	809	66014	KAVERNOSOGRFIE JEN KLINICKÝ VÝKON, NE RTG	Z	

PŘÍLOHA Č. 2 SEZNAM SKUPIN LÉČIVÝCH LÁTEK

Číslo skupiny	Název skupiny léčivých látek
1	stomatologika
2	adsorbční anatacida a protivředová léčiva ze skupiny H2-blokátorů, perorální podání
3	protivředová léčiva ze skupiny inhibitorů protonové pumpy a ostatní protivředová léčiva
4	spasmolytika, perorální podání
5	spasmolytika, ostatní cesty aplikace
6	anticholinergika a spasmolytika v kombinaci s analgetiky
7	prokinetika, antiflatulencia, perorální podání
8	prokinetika, ostatní cesty aplikace
9	antiemetika, perorální podání
10	antiemetika, ostatní cesty aplikace
11	hepatika a hepatoprotektiva a další léčiva působící na žlučové cesty nebo játra
12	laxativa a další léčiva k očištění střeva
13	antidiarhoika, antiinfekční a protizánětlivá léčiva gastrointestinálního traktu, perorální podání
14	antidiarhoika, antiinfekční a protizánětlivá léčiva gastrointestinálního traktu, ostatní cesty aplikace

15	digestiva včetně enzymových přípravků
16	insuliny krátkodobě působící
17	insuliny střednědobě působící včetně kombinací
18	insuliny dlouhodobě působící
19	analoga insulinů a insuliny používané k aplikaci pomocí insulinové pumpy
20	perorální antidiabetika ze skupiny biguanidů a glitazonů
21	perorální antidiabetika ze skupiny sulfonylurey a meglitinidů, případně další antidiabetika
22	vitamin A nebo D včetně jejich kombinací, perorální podání
23	vitamin A nebo D včetně jejich kombinací, ostatní cesty aplikace
24	solí vápníku, perorální podání
25	kombinace solí vápníku, perorální podání
26	solí vápníku, ostatní cesty aplikace
27	solí draslíku, perorální podání
28	solí draslíku, ostatní cesty aplikace
29	solí hořčíku a jiné minerální produkty, perorální podání
30	solí hořčíku, ostatní cesty aplikace
31	solí fluoru, perorální podání
32	ostatní léčiva ovlivňující trávicí systém
33	antithrombotika ze skupiny antagonistů vitamínu K
34	antithrombotika ze skupiny heparinu a antithrombinu III
35	antithrombotika ze skupiny nízkomolekulárních heparinů
36	antiagregancia kromě heparinu
37	fibrinolytické enzymy
38	antifibrinolytika, perorální podání
39	antifibrinolytika, ostatní cesty aplikace
40	vitamin K a jiná hemostatika
41	koagulační faktory (koagulační faktor VIII)
42	koagulační faktory (koagulační faktor IX)
43	ostatní koagulační faktory
44	solí železa, perorální podání
45	solí železa v kombinaci s kyselinou listovou a jiné kombinace
46	solí železa, ostatní cesty aplikace
47	vitamin B 12, kyselina listová a jiná antianemika
48	erythropoetin a ostatní léčiva krve a krvetvorných orgánů
49	substituenty plazmy a plazmatické proteiny (albumin)
50	substituent plazmy a plazmatické proteiny (ostatní)
51	parenterální výživa
52	intravenózní roztok fyziologického roztoku
53	ostatní intravenózní roztoky k peritoneální dialýze a k hemodialýze
54	aditiva k intravenózním roztokům
55	ostatní léčiva používaná u nemocí krvetvorného systému
56	srdeční glykosidy
57	antiarytmika třída I a III, perorální podání
58	antiarytmika, ostatní cesty aplikace
59	adrenergní a dopaminergní léčiva a jiná kardiaka
60	vazodilatační látky pro srdeční onemocnění, perorální podání pro chronickou léčbu
61	vazodilatační látky pro srdeční onemocnění, perorální podání pro akutní léčbu
62	prostaglandiny a jiná kardiaka
63	antihypertenziva - antiadrenergní látky a látky působící na hladké svalstvo arterií, vč. kombinací s diuretiky, perorální podání
64	antihypertenziva, ostatní cesty aplikace
65	diuretika s nižším diuretickým účinkem
66	diuretika s vysokým účinkem, perorální podání

67	diuretika s vysokým účinkem, ostatní cesty aplikace
68	diuretika šetřící draslík
69	kombinace diuretik
70	periferní vazodilatancia, perorální podání
71	periferní vazodilatancia a vasoprotektiva, ostatní cesty aplikace
72	vazoprotektiva a venofarmaka
73	neselektivní beta-blokátory , perorální podání
74	selektivní beta-blokátory a kombinace alfa a beta aktivity, perorální podání
75	beta-blokátory, ostatní cesty aplikace
76	kombinace beta-blokátorů s jinými antihypertenzivy
77	blokátory vápníkového kanálu ze skupiny dihydropyridinů, perorální podání
78	blokátor vápníkových kanálů ostatních skupin, perorální podání
79	blokátory vápníkových kanálů, ostatní cesty aplikace
80	ACE inhibitory působící méně než 24 hodin
81	ostatní ACE-inhibitory
82	kombinace léčiv působících na renin-angiotenzinový systém s dalšími antihypertenzivy
83	léčiva ovlivňující systém renin-angiotenzin s výjimkou ACE-inhibitorů
84	hypolipidemika ze skupiny statinů
85	hypolipidemika ze skupiny fibrátů a ostatních skupin
86	ostatní léčiva užívaná u nemocí kardiovaskulárního systému
87	antimykotika k lokálnímu použití ze skupiny antibiotik, imidazolových a triazolových derivátů
88	ostatní antimykotika k lokálnímu použití
89	emolliencia a protektiva
90	léčiva pro léčbu ran a vředů
91	antipsoriatika
92	antibiotika k zevnímu užití
93	antibiotika a chemoterapeutika k zevnímu užití a virostatika
94	středně silně účinné a slabě účinné kortikosteroidy k lokálnímu použití a jejich kombinace
95	velmi silné a silně účinné kortikosteroidy k lokálnímu podání a jejich kombinace
96	kortikosteroidy v kombinacích s antibiotiky nebo antiseptiky
97	kortikosteroidy v jiných kombinacích
98	antiseptika a desinficiencia
99	léčivé látky proti akné a jiné dermatologické léčivé látky
100	ostatní léčiva používaná u nemocí kůže
101	gynekologická chemoterapeutika a antimykotika k lokálnímu použití
102	gynekologická antiseptika a antiinfektiva k lokálnímu užití
103	léčiva zvyšující tonus dělohy
104	léčiva snižující tonus dělohy
105	inhibitory prolaktinu
106	mužské pohlavní hormony
107	ženské pohlavní hormony ze skupiny estrogenů, perorální podání
108	ženské pohlavní hormony ze skupiny estrogenů, ostatní cesty aplikace
109	ženské pohlavní hormony ze skupiny progestinů
110	kombinace ženských pohlavních hormonů
111	gonadotropiny a jiná stimulancia ovulace
112	ostatní pohlavní hormony, androgeny a modulátory hormonů
113	jiná urologika včetně spasmolytik
114	léčiva používaná při benigní hyperplasii prostaty a ostatní gynekologa
115	ostatní léčiva používaná u nemocí urogenitálního systému
116	hormony předního laloku hypofýzy a jejich analoga
117	hormon zadního laloku hypofýzy a jejich analoga
118	hormony hypotalamu a jejich analoga

119	kortikosteroidy pro celkové použití, perorální podání
120	kortikosteroidy pro celkové použití, ostatní cesty aplikace
121	hormony štítné žlázy a jódová terapie
122	tyreostatika
123	glukagon a homeostatika vápníku a ostatní hormonální léčiva
124	ostatní léčiva ze skupiny hormonů
125	tetracyklinová a amfenikolová antibiotika
126	peniciliny se širokým spektrem, perorální podání
127	peniciliny se širokým spektrem, ostatní cesty aplikace
128	peniciliny citlivé k betalaktamáze, perorální podání
129	peniciliny citlivé k betalaktamáze, ostatní cesty aplikace
130	peniciliny rezistentní k betalaktamáze a kombinace penicilinů včetně inhibitorů betalaktamáz, perorální podání
131	jiná betalaktamová antibiotika, perorální podání
132	jiná betalaktamová antibiotika, ostatní cesty aplikace
133	sulfonamidy a trimetoprim
134	makrolidová antibiotika a jejich kombinace s antibakteriálními léčivy
135	linkosamidová antibiotika
136	aminoglykosidová antibiotika
137	chinolonová chemoterapeutika
138	ostatní antibiotika či chemoterapeutika, včetně močových chemoterapeutik
139	imidazolová chemoterapeutika pro celkové použití a jiné antibakteriální látky
140	antimykotika pro systémové užití
141	ostatní antimykobakteriální látky
142	systémová antivirotika pro léčbu herpetických, cytomegalovirových infekcí a některých dalších virových infekcí
143	antiretrovirotika
144	zvířecí imunoglobuliny proti stafylokovým infekcím
145	zvířecí imunoglobuliny proti záškrtu
146	zvířecí imunoglobuliny proti hadímu jedu
147	zvířecí imunoglobuliny proti botulismu
148	zvířecí imunoglobuliny proti plynatě sněti
149	zvířecí imunoglobuliny proti vzteklině
150	imunoglobuliny, normální lidské, pro extravaskulární aplikaci
151	imunoglobuliny, normální lidské, pro intravaskulární a aplikaci
152	lidské imunoglobuliny proti tetanu
153	lidské imunoglobuliny proti hepatitidě
154	lidské imunoglobuliny proti vzteklině
155	ostatní lidské specifické imunoglobuliny
156	očkovací látky proti tetanu
157	jiné bakteriální vakcíny
158	očkovací látky proti tuberkulóze
159	očkovací látky proti vzteklině
160	ostatní očkovací látky a imunoglobuliny a ostatní antiinfektiva pro systémovou aplikaci
161	ostatní léčiva ze skupiny antibiotik, chemoterapeutik, imunoglobulinů nebo očkovacích látek
162	cytostatika ze skupiny alkylačních látek, perorální podání
163	cytostatika ze skupiny alkylačních látek, ostatní cesty aplikace
164	antimetabolity - analoga listové kyseliny, perorální podání
165	antimetabolity - analoga listové kyseliny, ostatní cesty aplikace
166	antimetabolity - analoga purinů a pyrimidinů, perorální podání
167	antimetabolity - analoga a urinů, ostatní cesty aplikace
168	antimetabolity - analoga pyrimidinů
169	alkaloidy z rodu vinca a analoga

170	deriváty podofylotoxinu, perorální podání
171	deriváty podofylotoxinu, ostatní cesty aplikace
172	taxany
173	antracykliny a jejich deriváty
174	ostatní cytotoxická antibiotika
175	platinová cytostatika
176	ostatní cytostatika, perorální podání
177	ostatní cytostatika kromě platinových, ostatní cesty aplikace
178	hormonální léčiva s cytostatickým účinkem
179	antagonisté hormonů a příbuzné látky používané v onkologii
180	inhibitory steroidních hormonů používané v onkologii
181	imunostimulační a imunomodulační léčiva včetně interferonů
182	ostatní imunostimulační a imunomodulační léčiva
183	imunosupresivní léčiva, perorální podání
184	imunosupresivní léčiva ostatní cesty aplikace a ostatní cytostatika
185	nesteroidní protizánětlivá léčiva ze skupiny butylpyrazolidinů a derivátů kyseliny octové, perorální podání
186	nesteroidní protizánětlivá léčiva ze skupiny derivátů kyseliny propionové a fenamátů, perorální podání
187	ostatní nesteroidní protizánětlivá léčiva pro perorální podání
188	nesteroidní protizánětlivá léčiva ze skupiny derivátů kyseliny octové, ze skupiny derivátů kyseliny propionové a fenamátů, ostatní cesty aplikace
189	specifická antirevmatika a ostatní léčiva užívaná při nemocech muskuloskeletálního systému
190	lokálně aplikovaná nesteroidní protizánětlivá léčiva
191	svalová relaxancia
192	antiuratika a ostatní hrazené přípravky skupiny M nezařazené do jiných skupin
193	léčiva působící na mineralizaci kostí
194	ostatní léčiva používaná u nemocí muskuloskeletálního systému
195	lokální anestetika ze skupin esterů
196	lokální anestetika ze skupin amidů
197	lokální anestetika ze skupiny amidů v kombinaci s adrenalinem nebo jinou vazokonstrikční látkou
198	analgetika - anodyna (opioidy) ze skupiny derivátů morfinu, perorální podání
199	analgetika - anodyna (opioidy) ze skupiny analogů morfinu, perorální podání
200	analgetika - anodyna (opioidy) ze skupiny analogů morfinu, ostatní cesty aplikace
201	analgetika - antipyretika ze skupiny derivátů kyseliny salicylové, perorální podání
202	ostatní analgetika - antipyretika, perorální podání
203	antimigrenika
204	antiepileptika ze skupin barbiturátů
205	antiepileptika ze skupiny hydantoinátů, oxazolidinů a sukcinimidů
206	antiepileptika ze skupiny benzodiazepinů a karboxamidů
207	antiepileptika ze skupiny derivátů mastných kyselin
208	ostatní antiepileptika
209	anticholinergní antiparkinsonika
210	dopaminergní antiparkinsonika ze skupiny levodopy a jejich derivátů
211	antiparkinsonika z ostatních skupin
212	antiparkinsonika působící na MAO nebo COMT
213	antipsychotika, neuroleptika pro perorální podání, neuroleptika fenothiaziny, perorální podání
214	neuroleptika - butyrofenony a indolové deriváty perorální podání
215	neuroleptika - thioxanthy, difenylbutylpiperidiny, perorální podání
216	neuroleptika - diazepiny, oxazepiny, thiazepiny, benzamidy, perorální podání
217	ostatní antipsychotika, perorální podání

218	lithium
219	antipsychotika, neuroleptika ostatní cesty aplikace - nedeptní přípravky
220	antipsychotika, neuroleptika ostatní cesty aplikace - depotní přípravky
221	anxiolytika, perorální podání
222	anxiolytika a hypnotika, ostatní cesty aplikace
223	antidepresiva neselektivně inhibující zpětné vychytávání monoaminů, perorální podání
224	antidepresiva selektivně inhibující zpětné vychytávání monoaminů, perorální podání
225	antidepresiva působící inhibičně na monoaminoxidázu a ostatní antidepresiva, perorální podání
226	antidepresiva, ostatní cesty aplikace
227	stimulancia a nootropika a léčiva určená k léčbě demence
228	parasympatomimetika ze skupiny inhibitorů cholinesterázy, perorální podání
229	parasympatomimetika, ostatní cesty aplikace
230	léčiva používaná při léčbě závratí a ostatní léčiva užívaná u nemocí nervového systému
231	ostatní léčiva používaná u nemocí centrálního nervového systému
232	antimalarika
233	anthelmintika a antiectoparazitika a ostatní léčiva ze skupiny léčiv používaných u parazitárních nemocí
234	nosní protialergická léčiva včetně kortikoidů
235	inhalační sympatomimetika včetně kombinací
236	inhalační kortikosteroidy a anticholinergika, aerosol
237	inhalační kortikosteroid a anticholinergika, ostatní lékové formy
238	ostatní inhalační antiastmatika
239	antiastmatika, perorální podání
240	antiastmatika, ostatní cesty aplikace
241	ostatní antiastmatika, perorální podání
242	ostatní antiastmatika, ostatní cesty aplikace
243	expektorancia kromě kombinací, perorální podání
244	expektorancia kromě kombinací, ostatní cesty aplikace
245	antitusika ze skupiny derivátů opioidů
246	ostatní antitusika
247	nesedativní antihistaminika
248	sedativní antihistaminika pro perorální podání
249	antihistaminika, ostatní cesty aplikace
250	ostatní léčiva používaná u nemocí respiračního systému
251	oftalmologika antibiotika
252	oftalmologika - chemoterapeutika a antiseptika
253	oftalmologika antivirotika
254	oftalmologika - kortikosteroidy
255	oftalmologika - nesteroidní protizánětlivá léčiva
256	oftalmologika - kombinace protizánětlivých léků s antiinfektivy
257	antiglaukomatika ze skupiny sympatomimetik a parasympatomimetik
258	antiglaukomatika ze skupiny beta-blokátorů
259	ostatní antiglaukomatika
260	mydriatika a cykloplegika
261	dekongescenty a antialergika
262	anestetika lokální a jiná oftalmologika
263	ostatní léčiva používaná u nemocí senzorických orgánů
264	terapeutické extrakty alergenů standardizované perorální podání
265	terapeutické extrakty alergenů nestandardizované perorální podání
266	terapeutické extrakty alergenů standardizované ostatní cesty aplikace
267	terapeutické extrakty alergenů nestandardizované ostatní cesty aplikace
268	základní antidota a fágové lyzáty
269	antidota používaná při otravě organofosfáty

270	antidota užívaná při otravě některými těžkými kovy
271	antidota používaná při otravě kyanidy
272	antidota používaná při léčbě cytostatiky perorální podání
273	antidota používaná při léčbě cytostatiky ostatní cesty aplikace
274	testy sekrece hormonů hypofýzy, diagnostiky funkce ledvin a funkce štítné žlázy
275	tuberkulinový test
276	test pro alergické choroby
277	ostatní léčiva k diagnostickým a terapeutickým účelům perorální podání
278	ostatní léčiva k diagnostickým a terapeutickým účelům ostatní cesty aplikace
279	výživa bez fenylalaninu a ostatních aminokyselin, kombinace aminokyseliny/sacharidy/minerály /vitamíny
280	kombinace sacharidy/proteiny/minerály/vitamíny, příp. tuk a jiné kombinace pro výživu
281	aminokyseliny včetně kombinací s polypeptidy
282	náhrady mléka
283	rozpuštědla a irigační roztoky a ostatní léčiva ze skupin várií
284	vodorozpustné nefrotropní hyperosmolární RTG kontrastní látky
285	vodorozpustné nefrotropní nízkoosmolární RTG kontrastní látky
286	vodorozpustné hepatotropní a vodonerozpustné RTG kontrastní látky
287	RTG kontrastní přípravky obsahující siran barnatý
288	paramagnetické kontrastní látky a kontrastní látky pro ultrazvuk
289	individuálně připravovaná radiofarmaka pro diagnostiku
290	individuálně připravovaná radiofarmaka pro terapii
291	individuálně připravovaná léčiva ze skupin dermatologik (s výjimkou kosmetik)
292	individuálně připravovaná léčiva ze skupin oftalmologik a otologik
293	individuálně připravovaná léčiva ze skupin analgetik - anodyn (opioidů)
294	individuálně připravovaná léčiva ze skupin gynekologik
295	individuálně připravovaná léčiva ze skupin léčiv trávícího ústrojí
296	individuálně připravovaná léčiva ze skupin otorhinolaryngologik a antiastmatik
297	erytrocytární přípravky
298	trombocytrární přípravk
299	přípravky z plazmy
300	leukocytrární přípravky".

PŘÍLOHA Č. 3 SEZNAM PROSTŘEDKŮ ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY

ODDÍL A SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

V seznamu prostředků zdravotnické techniky nehrazených z prostředků zdravotního pojištění a v seznamu prostředků zdravotnické techniky hrazených z prostředků zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče mají použité zkratky a symboly tento význam:

a) skupina

- 1 obvazový materiál, náplasti
- 2 pomůcky pro inkontinentní
- 3 pomůcky stomické
- 4 ortopedicko protetické pomůcky sériově vyráběné
- 5 ortopedicko protetické pomůcky individuálně zhotovené
- 6 kompresivní punčochy a návleky
- 7 vozíky invalidní včetně příslušenství
- 8 sluchadla včetně příslušenství
- 9 brýle a optické pomůcky
- 10 pomůcky respirační a inhalační
- 11 pomůcky pro diabetiky
- 12 kompenzační pomůcky pro tělesně postižené
- 13 dále nespecifikované pomůcky
- 14 kompenzační pomůcky pro zrakově postižené
- 15 kompenzační pomůcky pro sluchově postižené
- 16 obuv ortopedická
- 17 pomůcky pro laryngektomované,

b) zkratky

PVC polyvinylchlorid,

c) specializace a nástavbové specializace lékařů a označení speciálních zaměření pracovišť

ALG	lékař s nástavbovou specializací v oboru alergologie a klinické imunologie
CHI	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru chirurgie
DER	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru dermatovenerologie
DIA	lékař s nástavbovou specializací v oboru diabetologie, lékař se specializací II. stupně v oboru interního lékařství
FON	lékař s nástavbovou specializací v oboru foniatrie
INT	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru interního lékařství
J16	odborná pracoviště s činností flebologickou, resp. angiologickou
NEU	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru neurologie
ONK	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru radioterapie, lékař s nástavbovou specializací v oboru klinické onkologie
OP	lékař s nástavbovou specializací v oboru ortopedické protetiky
OPH	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru oftalmologie
ORL	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru otorinolaryngologie
ORT	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru ortopedie
PRL	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru všeobecného lékařství
REH	lékař s nástavbovou specializací v oboru fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace
TRN	lékař s nástavbovou specializací v oboru tuberkulózy a respiračních nemocí, lékař se specializací II. stupně v oboru interního lékařství
URN	lékař se specializací I. nebo II. stupně v oboru urologie, lékař se specializací II. stupně v oboru interního lékařství, lékař s nástavbovou specializací v oboru nefrologie.

ODDÍL B**SEZNAM PROSTŘEDKŮ ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY NEHRAZENÝCH Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ AMBULANTNÍ PÉČE**

Číslo	Skupina	Název druhu (typu) prostředku zdravotnické techniky	Poznámka
1	1	náplasti	s výjimkou hypoalergických náplastí
2	1	náplasti na kuří oka	
3	2	plena PVC	
4	2	podložky PVC	
5	4	návlek tenisový	
6	4	ortézy sportovní	
7	7	příslušenství ke kočárku - pracovní deska	
8	7	příslušenství ke kočárku - odkládací košík	
9	7	příslušenství ke kočárku - pláštěnka	
10	7	příslušenství k vozíku - pracovní deska	
11	7	příslušenství k vozíku pláštěnka	
12	7	příslušenství k elektrickým vozíkům - ovládání pro doprovod	
13	11	testační proužky ke stanovení cholesterolu	
14	12	příslušenství k chodítkům, která jsou nad rámec jejich funkce	
15	13	kapátko oční	
16	13	tyčinka oční	
17	13	odsávačka mateřského mléka	
18	13	prst technický pryžový	
19	13	lůžko zdravotní	
20	13	nitroděložní tělísko	
21	13	polštář včetně povlaku	
22	16	neortopedické vložky do bot	
23		opravy prostředků zdravotnické techniky kromě vozíků a kočárků a individuálně vyráběných ortopedickoprotetických výrobků a oprav zvedáků a polohovacích postelí	

ODDÍL C**SEZNAM PROSTŘEDKŮ ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY HRAZENÝCH Z**

VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ AMBULANTNÍ PÉČE

Čísl.	Skupina	Název druhu (typu) prostředku zdravotnické techniky	Poznámka	Výše úhrad
1	1	gáza hydrofilní skládaná	nejvýše do rozměru 10x10 cm a velikosti balení po 2 ks	100 % nejvýše do 8 Kč
2	1	krytí gelové	nejvýše do rozměru 10x10 cm na základě schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 150 Kč za 1 ks
3	1	náplasti hypoalergické	u dětí do 18 let věku a u pacientů se stomií a diabetiků	nejvýše do 30 Kč
4	1	obinadlo elastické	nejvýše do rozměru 14 cm x 5 m	100 % nejvýše do 50 Kč
5	1	obinadlo hydrofilní sterilní	nejvýše do rozměru 12 cm x 5 m	100 % nejvýše do 15 Kč
6	1	obinadlo pružné hadicové		nejvýše do 30 Kč
7	1	tampóny vinuté	pouze na předepsání DIA, 1 balení po 1000 ks ročně	nejvýše do 70 Kč
8	1	vata buničitá	100 g	nejvýše do 10 Kč
9	1	vata obvazová skládaná	100 g	nejvýše do 20 Kč
10	1	vata obvazová sterilní	25 g	nejvýše do 10 Kč
11	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - kalhotky plenkové	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 1.400 Kč
12	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložky pro lehkou inkontinenci	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 550 Kč
13	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložné pleny	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 900 Kč
14	2	fixace absorpčních prostředků pro inkontinenci	maximálně 24 ks ročně nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 190 Kč
15	2	kondomy urinální	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 900 Kč
16	2	sáčky sběrné urinální	maximálně 10 ks měsíčně	100 % nejvýše do 600 Kč
17	2	svorka inkontinenční pro muže	maximálně 2 ks ročně	100 %
18	3	krytky stomické	pouze po schválení revizním lékařem, maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 3.100 Kč
19	3	podložky kolostomické a ileostomické	maximálně 10 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.100 Kč
20	3	podložky urostomické	maximálně 15 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.500 Kč
21	3	prostředky čistící stomické	pouze po schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 1.500 Kč
22	3	prostředky ochranné stomické	maximálně 360 g ročně	100 % nejvýše do 2.760 Kč
23	3	systémy dvoudílné kolostomické uzavřené - sáčky	maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.600 Kč
24	3	systémy dvoudílné ileostomické výpustné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.350 Kč
25	3	systémy jednodílné kolostomické uzavřené - sáčky	maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.600 Kč
26	3	systémy jednodílné ileostomické výpustné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.950 Kč
27	3	systémy urostomické dvoudílné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
28	3	systémy urostomické jednodílné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
29	3	pasy a přídržné prostředky pro stomiky	maximálně 2 bal. ročně	100 %
30	3	zátky stomické	pouze po schválení revizním lékařem, maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.200 Kč
31	4	epitéza mamární	maximálně 1 ks za 2 roky, pouze na základě předepsání CHI, ONK, PRL	nejvýše do 1.800 Kč
32	4	ortéza seriově vyráběná	pouze na základě předepsání ORT,OP,REH,CHI,NEU, maximálně 1 ks ročně	100 %

33	4	návlek pahýlový	nejvýše 8 ks ročně	100 %
34	4	suspensor	maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 130 Kč
35	5	epitéza mamární individuálně zhotovovaná	pouze na základě schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 2 roky	100 %
36	5	ortéza individuálně zhotovovaná	pouze na základě předepsání OP,ORT,REH,CHI,NEU a schválení revizním lékařem	100 %
37	5	protézy horních a dolních končetin základní provedení	pouze na základě předepsání OP,REH,ORT, maximální 1 ks za 2 roky	100 %
38	5	protézy modulární horních a dolních končetin, které jsou zhotoveny ze stavebnicových polotovarů a sestav, včetně tahových protéz horních končetin	pouze na předepsání OP,REH,ORT a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 2 roky	100 %
39	5	protézy myoelektrické, ztráta obou horních končetin, nebo jednostranná amputace s funkčním postižením druhé horní končetiny	pouze na základě předepsání OP,REH,ORT, a schválení revizním lékařem S5, maximálně 1 ks za 5 let (v případě postižení obou končetin 1 pár za 5 let)	100 %
40	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové II. K. T.	pouze na základě předepsání RL,CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 410 Kč
41	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 448 Kč
42	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové IV. K. T.	pouze na základě předepsání CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 675 Kč
43	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní II. K. T.	pouze na základě předepsání PRL,CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 517 Kč
44	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 565 Kč
45	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní IV. K. T.	pouze na základě předepsání CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 879 Kč
46	6	kompresivní elastické punčochy stehenní II. K. T.	pouze na základě předepsání PRL,CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 566 Kč
47	6	kompresivní elastické punčochy stehenní III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 620 Kč
48	6	kompresivní elastické punčochy stehenní IV. K. T.	pouze na základě CHI,INT,DER,J16 maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše 1.013 Kč
49	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase II. K. T.	pouze na základě předepsání PRL,CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 345 Kč
50	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI,INT,DER,J16, maximální 2 páry ročně	100 % nejvýše do 372 Kč
51	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase IV. K. T.	pouze na základě předepsání CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 400 Kč
52	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské II. K. T.	pouze na předepsání PRL,CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.063 Kč
53	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské III. K. T.	pouze na předepsání CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.319 Kč
54	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské IV. K. T.	pouze na předepsání CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.319 Kč
55	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské II. K. T.	pouze na předepsání CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 1 ks ročně	100 % nejvýše do 1.619 Kč

56	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI,IN ,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 1 ks ročně	100 % nejvýše do 1.987 Kč
57	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty pánské II. K. T.	pouze na předepsání PRL,CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.867 Kč
58	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty pánské III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 2.100 Kč
59	6	pažní návlek komplet II. K. T.	pouze na předepsání CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.000 Kč
60	6	pažní návlek komplet III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI,INT,DER,J16, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 300 Kč
61	6	kompresivní elastické punčochy a návleky individuálně zhotovené	pouze na předepsání CHI,INT,DER,J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 %
62	6	kotníkový díl a kolenní díl II. a III. K. T.	pouze na předepsání CHI,ORT ,REV,PRL,DER,J16, maximální 2 ks ročně	100 % nejvýše do 130 Kč
63	6	pomůcka pro navlékání kompresivních elastických punčoch	pouze na základě PRL,CHI,INT,DER,J16, maximálně 1 ks ročně	100 % nejvýše do 242 Kč
64	7	kočárek zdravotní	na základě předepsání REH,ORT,NEU a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 21.000 Kč
65	7	kočárek zdravotní - příslušenství	na základě předepsání REH,ORT,NEU a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 5.000 Kč
66	7	opravy vozíku mechanického, elektrického a kočárku zdravotního	pouze na základě schválení revizním lékařem	90 %
67	7	rukavice kožené pro vozíčkáře	maximálně 2 páry ročně	nejvýše do 300 Kč
68	7	tříkolka pro dospělé včetně příslušenství	pouze na základě předepsání REH,ORT,NEU a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 5 let	nejvýše do 5.000 Kč
69	7	vozik elektrický - příslušenství	pouze na základě předepsání REH,ORT,NEU,INT a schválení revizním lékařem S5, 1 ks za 5 let	100 %
70	7	vozik mechanický	pouze na předepsání REH,ORT,NEU,INT a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 12.000 Kč
71	7	vozik mechanický - příslušenství	pouze na předepsání REH,ORT,NEU,INT a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 5 let	100 %
72	7	vozik s elektrickým pohonem pro provoz obvykle v exteriéru	pauze na předepsání REH,ORT,NEU,IN a schválení revizním lékařem S5, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 136.000 Kč
73	7	vozik s elektrickým pohonem standardní pro lehký provoz obvykle v interiéru	pouze na předepsání REH,ORT,NEU,INT a schválení revizním lékařem S5, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 120.000 Kč
74	7	vozik speciální	pouze na základě předepsání REH,ORT,NEU a schválení revizním lékařem	100 % maximálně 1 ks za 5 let
75	8	sluchadlo kapesní pro středně těžkou nedoslýchavost ztráty od 30 dB do 60 dB SRT	pouze na základě předepsání FON S3, děti 0 až 2 roky, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 3.200 Kč
76	8	sluchadlo kapesní pro těžkou nedoslýchavost ztráty nad 60 dB SRT	pouze na základě předepsání FON S3, děti 0 až 2 roky, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 5.500 Kč
77	8	sluchadlo kapesní pro velmi těžkou nedoslýchavost ztráty 80 dB SRT a více zbytky sluchu hluchota	pouze na základě předepsání FON S3, děti 0 až 2 roky, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 5.500 Kč

78	8	sluchadlo kapesní pro korekci anomálie zvukovodu	pouze na základě předepsání FON S3, děti 0 až 2 roky, maximálně 1 ks za 3 roky, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 5.900 Kč
79	8	sluchadlo závěsné pro středně těžkou nedoslýchavost ztráty od 30 dB do 60 dB SRT	pouze na základě předepsání FON S3, děti od 2 do 7 let, maximálně 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.300 Kč
80	8	sluchadlo závěsné pro těžkou nedoslýchavost ztráty nad 60 dB SRT, zbytky sluchu hluchota	pouze na základě předepsání FON S3, děti od 2 do 7 let, maximálně 2 ks za 5 let	100 %
81	8	sluchadlo brýlové na kostní vedení	pouze na základě předepsání FON S3, děti od 2 do 7 let, maximálně 1 ks za 5 let, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 11.000 Kč
82	8	sluchadlo závěsné pro středně těžkou nedoslýchavost ztráty od 30 dB do 60 dB SRT	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, děti od 7 do 18 let, maximálně 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.300 Kč
83	8	sluchadlo závěsné pro těžkou nedoslýchavost ztráty nad 60 dB SRT, zbytky sluchu hluchota	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, děti od 7 do 18 let, maximálně 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.800 Kč
84	8	sluchadlo brýlové na kostní vedení	pouze na základě předepsání FON S3, děti od 7 let do 18 let, maximálně 1 ks za 5 let, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 6.800 Kč
85	8	sluchadlo boltcové, závěsné, kapesní, zvukovodové pro středně těžkou nedoslýchavost ztráty od 40 dB do 59 dB SRT	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, od 18 let, maximálně 1 ks za 5 let	nejvýše do 2.700 Kč
86	8	sluchadlo boltcové, závěsné, kapesní, zvukovodové s kompresí pro těžkou nedoslýchavost ztráty od 60 dB do 79 dB SRT	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, od 18 let, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 3.900 Kč
87	8	sluchadlo boltcové, závěsné, kapesní PP nebo PP/AGC pro velmi těžkou nedoslýchavost ztráty od 80 dB SRT, zbytky sluchu hluchota	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, od 18 let, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 5.100 Kč
88	8	sluchadlo brýlové na kostní vedení	pouze na předepsání FON S3, ORL S3, od 18 let, maximálně 1 ks za 5 let, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 6.800 Kč
89	8	baterie ke sluchadlu	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, maximálně jedenkrát za 5 let	100 % nejvýše do 80 Kč
90	8	brýlový adaptér k závěsnému sluchadlu	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 90 Kč
91	8	ušní tvarovka individuální	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, do 18 let, maximálně 1 ks za 1 rok	100 % nejvýše do 250 Kč
92	8	ušní tvarovka individuální	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 250 Kč
93	8	ušní tvarovka tovární	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 20 Kč
94	9	obruba brýlová	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let maximálně 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, dvoje brýle při refrakční vadě ± 3 DPTR do dálky	100 % nejvýše do 300 Kč
95	9	obruba brýlová	pouze na základě předepsání OPH, od 15 let výše, maximálně 1 ks za 3 roky, dvoje brýle při refrakční vadě ± 3 DPTR do dálky	nejvýše do 150 Kč
96	9	čočka brýlová sferická, tórická	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let výše maximálně 1 ks za 3 roky	100 %
97	9	čočka brýlová lentikulární	pouze na předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let výše max. 1 ks za 3 roky, nad ± 10 DPTR, do 3 let u afakie	100 %

98	9	čočka brýlová vysokoindexová	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let výše max. 1 ks za 3 roky, myopie nad -10 DPTR, poruchy centrálního zorného pole, schvaluje revizní lékař	100 %
99	9	čočka brýlová bifokální, franklinova, zatavovaná, vybrušovaná, silikát, plast	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 6 do 18 let max. 1 ks ročně, strabismus, afakie, od 18 let nehrazeno	100 %
100	9	čočka brýlová prismatická	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 3 roky, při diplopii, strabismus	100 %
101	9	čočka brýlová plastická	pouze na předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 3 roky, nad ± 10 DPTR, do 15 let nad ± 3 DPTR	100 %
102	9	čočka brýlová s absorpční vrstvou	pouze na základě předepsání OPH, děti do 6 let bez změny korekce nárok max. 3 ks ročně, od 6 do 15 let max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 3 roky, afakie, pseudoafakie, choroby a vady provázané světloplachostí	100 %
103	9	čočka brýlová hyperokulární	pouze na předepsání OPH, děti do 18 let bez změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 18 let max. 1 ks za 3 roky, schvaluje revizní lékař	100 %
104	9	čočka kontaktní měkká (hydrofilní)	na základě předepsání OPH, děti do 15 let bez změny korekce nárok max. 2 ks ročně, od 15 let max. 1 ks ročně, afakie nad ± 10 DPT, astigmatismus irregularis, anisotropie 3,0 DPT a více	100 %
105	9	čočka kontaktní tvrdá včetně plynopropustných	pouze na základě předepsání OPH, děti do 15 let bez změny korekce nárok na max. 1 ks ročně, od 15 let max. 1 ks za 2 roky, keratokonus, astigmatismus irregularis, do 15 let anisotropie 3,0 DPT a více	100 %
106	9	čočka kontaktní stenopeutická, barevná, terapeutická	pouze na základě předepsání OPH, závažné choroby rohovky, schvaluje revizní lékař	100 %
107	9	okluzor gelový, náplast'ový, plastový	pouze na základě předepsání OPH	100 %
108	9	dalekohledový systém na dálku i na blízko, s příslušenstvím	pouze na základě předepsání OPH, maximálně 1 ks za 7 let, schvaluje revizní lékař	nejvýše do 8.000 Kč
109	9	lupa asferická zvětšující 4x a více	pouze na základě předepsání OPH, maximálně 1 ks za 5 let	nejvýše do 1.500 Kč
110	9	lupa asferická zvětšující do 4x	pouze na základě předepsání OPH, maximálně 1 ks za 5 let	nejvýše do 100 Kč
111	9	protéza oční skleněná	pouze na základě předepsání OPH	100 % nejvýše do 800 Kč
112	9	protéza oční akrylátová individuálně zhotovovaná	pouze na základě předepsání OPH a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 2.000 Kč
113	10	aplikátory aerosolových přípravků	pouze na základě předepsání TRN,ALG,ORL,PED, u pacientů od 18 let pouze po schválení revizním lékařem	nejvýše do 500 Kč
114	10	inhalátor kompresorový	pouze na základě předepsání TRN,ALG,ORL a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	100 % nejvýše do 3.500 Kč
115	10	inhalkátor ultrazvukový	pouze na základě předepsání TRN,ALG,ORL a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	100 % nejvýše do 4.500 Kč
116	10	koncentrátor kyslíku	pouze na základě předepsání TRN a schválení revizním lékařem, S5	100 %

117	10	prostředky pro aplikaci práškových inhalačních forem léčiv	pouze na základě předepsání dle preskripčního omezení léčiva, maximálně 1 ks za 2 roky	nejvýše do 300 Kč
118	10	přístroj CPAP	pouze na základě předepsání TRN, NEU a schválení revizním lékařem, S5	100 %
119	10	spirometr osobní	pouze na základě předepsání TRN,ALG a schválení revizním lékařem	nejvýše do 300 Kč
120	11	aplikátor inzulínu - inzulínové pero	pouze na základě předepsání DIA, max. 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 2.200 Kč
121	11	aplikátor inzulínu k aplikaci injekční stříkačkou	pouze na základě předepsání DIA, max. 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 1.200 Kč
122	11	aplikátor odběru krve pomocí lancet	pouze na základě předepsání DIA, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 250 Kč
123	11	glukometr - pro diabetiky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 dávky denně nebo inzulínová pumpa), pro labilní diabetiky se 2 dávkami inzulínu denně	pouze na základě předepsání DIA a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 10 let	100 % nejvýše do 5.000 Kč
124	11	jehly k injekčním stříkačkám k aplikaci inzulínu	pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 120 Kč za 100 ks
125	11	jehly k inzulínovým perům	pouze na základě předepsání DIA, max. 100 ks ročně	100 % nejvýše do 530 Kč
126	11	komplet k aplikaci (stříkačka s fixovanou jehlou)	pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 370 Kč za 100 ks
127	11	lancety pro odběr krve	pouze na základě předepsání DIA, max. 100 ks ročně	100 % nejvýše do 300 Kč
128	11	proužky diagnostické na stanovení glukózy	pouze na základě předepsání DIA, max. 400 ks ročně	100 % nejvýše do 5 600 Kč
			pouze na základě předepsání DIA a schválení revizním lékařem, pokud byl pojištěnci revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny schválen i glukometr, max. 1 000 ks ročně	100 % nejvýše do 14 000 Kč
129	11	pumpa inzulínová	pouze na základě předepsání DIA, a schválením revizním lékařem, S5 maximálně 1 ks nebo sada 2 kusů za 4 roky	100 % nejvýše do 106.000 Kč
130	11	sety infusní k inzulínové pumpě	pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 160 Kč za 1 set
131	11	stříkačka injekční k aplikaci inzulínu	pouze na základě předepsání DIA	100 % nejvýše do 230 Kč za 100 ks
132	12	berle podpažní	maximálně 1 pár za 2 roky	100 % nejvýše do 400 Kč
133	12	berle předloketní	maximálně 1 pár nebo 1 ks za 2 roky	100 % nejvýše do 300 Kč za 1 ks
134	12	chodítka	pouze na základě předepsání REH,NEU,OP a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 5 let	100 % nejvýše do 7.000 Kč
135	12	hůl	maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 130 Kč
136	12	lůžko polohovací s možností elektrického nastavení	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, S5, maximálně 1 ks za 10 let	100 % nejvýše do 30.000 Kč
136A	12	křeslo klozetové	na základě předepsání REH, OTR, NEU, max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše 7.000 Kč
136B	12	nástavec na WC	na základě předepsání REH, OTR, NEU max. 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše 2.000 Kč
136C	12	sedáčka do vany a pod sprchu	na základě předepsání REH, OTR NEU max. 1 ks za 5 let	100 % nejvýše 10.000 Kč
136D	12	zařízení polohovací	na základě předepsání REH, OTR, NEU a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 10 let	100 % nejvýše 60.000Kč

136E	12	příslušenství k polohovacímu zařízení	na základě předepsání REH, OTR, NEU a schválení revizím lékařem, max. 1 ks za 10 let	max. 20.000 Kč
136F	12	zvedák mechanický, elektrický, hydraulický	na základě předepsání REH, OTR, NEU a schválení revizním lékařem	100 % nejvýše 33.000 Kč
137	12	lůžko polohovací s možností mechanického nastavení	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, S5, maximálně 1 ks za 10 let	100 % nejvýše do 15.000 Kč
138	13	paruka	pouze na základě předepsání ONK, PRL, DER, INT, maximálně 1 ks ročně	nejvýše do 1.000 Kč
139	13	podložka antidekubitní	pouze na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizního lékaře, maximálně 1 ks za 3 roky	100 %
140	13	pomůcka pro posílení svalstva pánevního dna	pouze na základě předepsání GYN, URN	nejvýše do 600 Kč
141	13	přilba ochranná	na základě předepsání REH, NEU, PSY a schválení revizním lékařem, max. 1 ks za 2 roky	100 % nejvýše do 2.500 Kč
142	14	hůl bílá slepecká	pouze na základě předepsání OPH, PRL, maximálně 3 ks ročně	100 %
143	14	kompensační pomůcky pro nevidomé	pouze na základě předepsání OPH, PRL a schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 2.000 Kč
144	15	indukční set zesilovače	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3, maximálně 1 ks za 7 let	100 % nejvýše do 1.000 Kč
145	15	kompensační pomůcky pro sluchově postižené	pouze na základě předepsání FON S3, ORL S3 a schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 2.000 Kč
146	16	obuv ortopedická dětská individuální	na základě předepsání REH, ORT, OP a schválení revizním lékařem, max. 3 páry ročně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
147	16	obuv ortopedická dětská sériově vyráběná	na základě předepsání REH, ORT, OP a schválení revizním lékařem, max. 3 páry ročně	nejvýše do 1.000 Kč
148	16	obuv ortopedická individuálně zhotovená - jednoduchá	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 1 pár za 2 roky	50 %
149	16	obuv ortopedická individuálně zhotovená - složitější a velmi složitá	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 1 pár za 2 roky	90 %
150	16	obuv pro diabetiky	pouze na základě předepsání DIA a schválení revizním lékařem, max. 1 pár za 2 roky	nejvýše do 1.000 Kč
151	16	vložky ortopedické individuální	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 1 pár ročně	nejvýše do 100 Kč
152	16	vložky ortopedické individuální dětské	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 2 páry ročně	nejvýše do 300 Kč
153	16	vložky ortopedické speciální	pouze na základě předepsání REH, ORT, OP, max. 2 páry ročně	80 %
154	17	tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu	pouze na základě předepsání ORL, FON, schvaluje revizní lékař, děti do 18 let max. 3 ks ročně	100 % nejvýše do 3.500 Kč
155	17	tracheostomická kanyla z ušlechtilého kovu	pouze na základě předepsání ORL, FON, od 18 let max. 2 ks za 5 let	100 % nejvýše do 2.000 Kč
156	17	tracheostomická kanyla silikonová, PVC	pouze na základě předepsání ORL, FON, schvaluje revizní lékař, max. 2 ks ročně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
157	17	příslušenství ke kanyle tracheostomické	na základě předepsání ORL, FON, max. 1 x ročně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
158	17	elektrolaryng	na základě předepsání FON, maximálně 1 ks za 10 let, S5, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 20.000 Kč
159	17	akumulátor k elektrolaryngu	pouze na základě předepsání FON, maximálně 1 ks za 2 roky, schvaluje revizní lékař	100 % nejvýše do 700 Kč

PŘÍLOHA Č. 4 SEZNAM STOMATOLOGICKÝCH VÝROBKŮ

Seznam použitých zkratk a vysvětlivek

Seznam stomatologických výrobků obsahuje individuálně zhotovované stomatologické protetické náhrady,

ortodontické aparáty a rehabilitační a léčebné pomůcky.

Úhrada zdravotní pojišťovnou je u stomatologických výrobků stanovena odchylně u osob:

- a) do 18 let (kódové označení stomatologických výrobků začíná číslicí 7)
- b) starších 18 let (kódové označení stomatologických výrobků začíná číslicí 8)

U jednotlivých stomatologických výrobků se uvádí jejich:

1. identifikační kód
2. název
3. dentální slitina, a to pomocí číselného symbolu slitiny určené pro zhotovení stomatologického výrobku v základním provedení
4. kategorie ortodontických výrobků, a to pomocí symbolů označujících příslušnou kategorii ortodontického výrobku a výši úhrady zdravotní pojišťovnou
5. preskripční omezení, jestliže ošetření a zhotovení stomatologického výrobku může provádět jen lékař specialista, označuje se symbolem P
6. úhrada zdravotní pojišťovnou
 - a) v plném rozsahu, označuje se symbolem I
 - b) ve výši částky uvedené v Kč

Dentální slitiny pro zhotovování stomatologických výrobků v základním provedení	
Symbol	Dentální slitina
1	Wiron 99
2	Koldan, Konstrulit
3	Oranium, Kdynium (K1)

U snímací protetiky je cena použité dentální slitiny obsažena v ceně stomatologického výrobku. U fixní protetiky se cena za použitou dentální slitinu připočítává k ceně stomatologického výrobku.

Zdravotní pojišťovna hradí zhotovení lité výztuže k částečným snímatelným náhradám s jednoduchými retenčními prvky (výrobky s kódy 82001, 82002, 72001, 72002). Cena lité výztuže se připočítává k ceně stomatologického výrobku.

Ve výrobku "oprava snímacího aparátu s otiskem" (kód 86081 a 76081) není zahrnuta cena ortodontického šroubu. V případě použití šroubu se jeho cena připočítává k ceně stomatologického výrobku.

Zdravotní pojišťovna hradí dentální slitiny drahých kovů použité v případech:

1. rekonstrukce klinické korunky zubů u dětí do 15 let,
2. rekonstrukce klinické korunky zubů u vrozených nebo dědičných poruch tvorby tvrdých zubních tkání,
3. zhotovení fixních náhrad za chybějící zuby u vrozených nebo dědičných poruch vývoje a erupce zubů,
4. zhotovení fixních náhrad při celkové rekonstrukci skusů u čelistních anomálií, u kterých již nelze dosáhnout zlepšení ortodontickou léčbou, ale kde protetickou úpravou chrupu lze dosáhnout zlepšení funkce žvýkacího ústrojí, a to ve výši minimálně 400 Kč za 1 gram zlata v ryzím kovu.

Životnost stomatologických výrobků

Zdravotní pojišťovna hradí:

- jednou za dva roky pryskyřičné korunky plášťové z plastu a kompozitního plastu,
- jednou za pět let ostatní fixní protetické náhrady,
- jednou za tři roky snímatelné částečné a celkové náhrady, pokud revizní lékař zdravotní pojišťovny nerozhodne jinak.

Výjimkou jsou:

- korunky plášťové z plastu (kódy 71111, 71112),
- korunky plášťové z kompozitního plastu (kódy 71113, 71114),
- korunky ochranné plášťové lité (kód 71103),
- korunky ochranné plášťové ražené (kód 71104),
- snímatelné částečné náhrady (kódy 72001 až 72152),
- snímatelné celkové náhrady (kódy 72201 až 72214),

které zdravotní pojišťovna hradí osobám do 18 let bez omezení.

Zdravotní pojišťovna nehradí:

- ztracené nebo nedbalým zacházením zničené stomatologicko-protetické náhrady, léčebné a rehabilitační pomůcky, ortodontické aparáty,
- odstranění závad v zákonné záruční lhůtě.

Kategorizace pro úhradu ortodontických výrobků zdravotní pojišťovnou		
Označení kategorie	Rozlišovací kritéria	Výše úhrady

a	rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozené celkové vady a systémová onemocnění s ortodontickými projevy, bez závislosti na věku	plná úhrada
b	1. hypodoncie čtyř a více stálých zubů v jedné čelisti mimo zuby moudrosti 2. obrácený skus řezáků i jednotlivých 3. protruzní vady s incizálním schůdkem sedm a více milimetrů 4. otevřený skus v rozsahu všech stálých řezáků dva a více milimetrů 5. retence, palatinální poloha a agenze stálého špičáku. U dětí do 18 let nedostatek místa pro stálý špičák, pět milimetrů a více 6. retence stálého horního řezáku 7. hluboký skus s traumatizací gingivy 8. zkřížený skus s nuceným vedením dolní čelisti 9. nonokluze nejméně dvou párů antagonistů, mimo zuby moudrosti, v jednom laterálním segmentu bez závislosti na věku s výjimkou uvedenou v bodě 5.	80 % kalkulované ceny standard. výrobku
c	ostatní anomálie zubů a skusu u dětí do 18 let věku	50 % kalkulované ceny standard. výrobku
d	ostatní anomálie zubů a skusu u osob starších 18 let	nehradí

Rozhodující pro zařazení pacienta do příslušné kategorie podle závažnosti anomálie je diagnóza v dokumentaci pacienta na počátku ortodontické léčby. Toto zařazení platí až do skončení léčby, včetně retenční fáze. Zlepšením anomálie v průběhu léčby se kategorizace nemění.

Modelová a rentgenová dokumentace pacienta musí být uložena v příslušném zdravotnickém zařízení po dobu tří let od ukončení léčby.

Doba životnosti ortodontických aparátů je dána léčebnou účelností těchto aparátů podle léčebných plánů. Ortodontické výrobky hradí zdravotní pojišťovna jen těm smluvním zdravotnickým zařízením, kde tyto výrobky vykazuje:

- stomatolog s licenci pro obor ortodoncie,
- stomatolog s licenci praktický zubní lékař a s osvědčením ČSK pro obor ortodoncie.

Stomatologické výrobky - osoby do 18 let

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Samostatné výrobní fáze

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
70001		Studijní model s otiskem				I
70002		Analýza modelů v okludoru				I
70004		Diagnostická přestavba				I
70011		Funkční otisk horní čelisti v individuální lžici				I
70012		Funkční otisk dolní čelisti v individuální lžici				I
70013		Anatomický otisk čelisti v individuální lžici				I
70021		Registrace obličejovým obloukem				I
70031		Rekonstrukce mezičelistních vztahů skusovými šablonami				I
70041		Registrace funkčních poloh mandibuly				I
70051		Sponová modelace - pilířová konstrukce				I
70061		Frézování - pilířová konstrukce nebo člen můstku				I

Rekonstrukce korunky

71041		Inlay kořenová, jeden kanálek, přímá, litá	2			I
71042		Inlay kořenová, jeden kanálek, nepřímá litá	2			I
71051		Inlay kořenová, dva kanálky, přímá, litá	2			I
71052		Inlay kořenová, dva kanálky, nepřímá, litá	2			I
71061		Inlay kořenová, tři a více kanálků, přímá, litá	2			I
71062		Inlay kořenová, tři a více kanálků, nepřímá, litá	2			I
71071		Estetická faseta z plastu				I

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Korunkové náhrady

71101		Korunka plášťová celokovová, preparace do ztracena	1			I
71102		Korunka plášťová celokovová, preparace schůdková	1			I
71103		Korunka ochranná plášťová litá				I
71104		Korunka ochranná plášťová ražená				I
71111		Korunka plášťová z plastu, preparace do ztracena				I
71112		Korunka plášťová z plastu, preparace schůdková				I
71113		Korunka plášťová z kompozitního plastu, preparace do ztracena				693,-
71114		Korunka plášťová z kompozitního plastu, preparace schůdková				745,-
71121		Korunka fasetovaná - plast, preparace do ztracena	1			I
71122		Korunka fasetovaná - plast, preparace schůdková	1			I
71123		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace do ztracena				1014,-
71124		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace schůdková				1066,-
71131		Korunka skeletová, armovaná - plast				I
71132		Korunka fasetovaná - metakeramika				1014,-

Fixní můstky, pilířové konstrukce můstků

71201		Korunka plášťová celokovová, preparace do ztracena	1			I
71202		Korunka plášťová celokovová, preparace schůdková	1			I
71211		Korunka fasetovaná - plast, preparace do ztracena	1			I
71212		Korunka fasetovaná - plast, preparace schůdková	1			I
71221		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace do ztracena				942,-
71222		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace schůdková				994,-
71231		Korunka fasetovaná - metalokeramika				942,-
71251		Kořenová čepička, jeden kanálek				597,-
71252		Kořenová čepička, dva kanálky				662,-
Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
71253		Kořenová čepička, tři a více kanálků				753,-

Spojení pilířových konstrukcí

71301		Člen můstku celokovový	1			I
71302		Člen můstku fasetovaný - plast	1			I
71303		Člen můstku fasetovaný - kompozitní plast				598,-
71312		Člen můstku fasetovaný - metalokeramika				598,-
71321		Opěrný třmen individuálně zhotovený				I
71322		Opěrný třmen prefabrikovaný				I

Adhesivní náhrady

71501		Adhesivní můstek, jeden mezičlen - plast				I
71502		Adhesivní můstek, další mezičlen - plast				I
71531		Adhesivní litá dlaha - do 6 zubů				I
71532		Adhesivní litá dlaha - 7 a více zubů				I

Provizorní fixní náhrady, opravy fixních náhrad

71601		Provizorní ochranná korunka z plastu				I
71611		Provizorní ochranný můstek z plastu - do 6 zubů				I
71612		Provizorní ochranný můstek z plastu - 7 a více zubů				I
71621		Oprava fixní náhrady s otiskem - nová faset				I
71631		Oprava fixní náhrady s otiskem - spájení				I

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Částečné snímatelné náhrady defektu chrupu

72001		Částečná snímatelná náhrada s jednoduchými retenčními prvky - do 6 zubů				I
72002		Částečná snímatelná náhrada s jednoduchými retenčními prvky - 7 a více zubů				I
72011		Částečná snímatelná náhrada s litými kotevními prvky - do 6 zubů	3			2010,-
72014		Částečně snímatelná náhrada s litými kotevními prvky - 7 a více zubů	3			2146,-
72021		Částečná snímatelná náhrada dolní s litou stabilizačně-spojovací deskou - 7 a více zubů	3			2490,-
72022		Částečná snímatelná náhrada horní s litou patrovou deskou - 7 a více zubů	3			2502,-
72041		Dětská snímací náhrada				I
72104		Horní skeletová náhrada - 2 kotevní prvky	3			I
72105		Horní skeletová náhrada - 3 a více kotevních prvků	3			I
72106		Horní skeletová náhrada - nesponové kotevní prvky	3			I
72114		Dolní skeletová náhrada 2 kotevní prvky	3			I
72115		Dolní skeletová náhrada 3 a více kotevních prvků	3			I
72116		Dolní skeletová náhrada - nesponové kotevní prvky	3			I
72141		Litá dlaha snímací - do 6 zubů	3			I
72142		Litá dlaha snímací - 7 a více zubů	3			I
72151		Litá dlaha fixní - do 6 zubů	3			I
72152		Litá dlaha fixní - 7 a více zubů	3			I

Celkové snímatelné náhrady

72201		Celková náhrada horní				I
72203		Celková náhrada horní s litou patrovou deskou	3			3125,-
72204		Celková náhrada horní hybridní				2707,-
72211		Celková náhrada dolní				I
72212		Celková náhrada dolní s litou bází	3			3177,-
72213		Celková náhrada dolní hybridní				2759,-

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Opravy snímacích náhrad, rebaze

72301		Oprava - zubu vypadlého z náhrady				I
72311		Oprava na modelu prasklá, zlomená náhrada				I
72320		Oprava retenčních prvků náhrady				I
72331		Oprava - rozšíření baze náhrady - do 4 zubů				537,-
72332		Oprava - rozšíření baze náhrady - 5 a více zubů				600,-
72341		Oprava skeletové náhrady - spájení, bodování				I
72351		Rebaze částečné snímatelné náhrady s bez otisku				353,-
72352		Rebaze částečné snímatelné náhrady s otiskem				940,-
72353		Rebaze celkové náhrady bez otisku				405,-
72354		Rebaze celkové náhrady s otiskem, funkční rámování				1122,-

Rekonstrukční náhrady

73001		Obturátor patra s částečnou pryskyřičnou náhradou				I
73002		Obturátor patra s částečnou skeletovou náhradou	3			I
73003		Obturátor patra s celkovou náhradou chrupu				I
73011		Částečná poresekční náhrada horní čelisti				I
73012		Částečná poresekční náhrada horní čelisti s komorou				I

73021		Částečná poreseční náhrada dolní čelisti				I
73032		Celková poresekční náhrada dolní čelisti				I

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Rehabilitační a léčebné pomůcky

74001		Fixační pryskyřičná okluzní dlaha				I
74011		Fixační pryskyřičná nákusná dlaha				I
74012		Fixní skeletová nákusná dlaha	3			I
74021		Snímací pryskyřičná nákusná dlaha				I
74022		Snímací skeletová nákusná dlaha	3			I
74031		Krycí pooperační deska, Kiliánova deska				I
74032		Nosič transplantátu				I
74033		Krycí deska pro novorozence s rozštěpem patra				I
74034		Oklusní chirurgická dlaha - bimaxilární deska				I
74035		Tomanova vzpěra				I
74036		Vzpěra s destičkou k podepření spodiny očníce				I
74041		Rozvolňovač ústního uzávěru				I
74042		Pružinový rozvěrač				I

Ortodontické výrobky

76001		Ortodontické diagnostické a dokumentační modely			P	I
76010		Jednoduchý funkční snímací aparát (monobloky, propulsor)		a	P	I
76011		Jednoduchý funkční snímací aparát (monobloky, propulsor)		b	P	1289,-
76012		Jednoduchý funkční snímací aparát (monobloky, propulsor)		c	P	806,-
76013		Středně složitý funkční aparát (klammt, balters)		a	P	I
76014		Středně složitý funkční aparát (klammt, balters)		b	P	1770,-
76015		Středně složitý funkční aparát (klammt, balters)		c	P	1106,-
76016		Složitý funkční snímací aparát (fránkel, bimler, lehnam, hansa-platte)		a	P	I
76017		Složitý funkční snímací aparát (fránkel, bimler, lehnam, hansa-platte)		b	P	2450,-
76018		Složitý funkční snímací aparát (fránkel, bimler, lehnam, hansa-platte)		c	P	1532,-
76020		Positioner		a	P	I
76021		Positioner		b	P	3258,-

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
76022		Positioner		c	P	2036,-
76030		Jednoduchý deskový snímací aparát - do 4 prvků (drát, 1 šroub)		a	P	I
76031		Jednoduchý deskový snímací aparát - do 4 prvků (drát, 1 šroub)		b	P	1043,-
76032		Jednoduchý deskový snímací aparát - do 4 prvků (drát, 1 šroub)		c	P	652,-
76033		Složitý deskový snímací aparát		a	P	I
76034		Složitý deskový snímací aparát		b	P	1323,-
76035		Složitý deskový snímací aparát		c	P	827,-
76036		Clony, skluzná stříška		a	P	I
76036		Clony, skluzná stříška		b	P	965,-
76037		Clony, skluzná stříška		c	P	603,-
76040		Pevný aparát k rozšíření patrového švu		a	P	I
76041		Pevný aparát k rozšíření patrového švu		b	P	1933,-

76042		Pevný aparát k rozšíření patrového švu		c	P	1208,-
76050		Laboratorně zhotovený nábradek		a	P	I
76051		Laboratorně zhotovený nábradek		b	P	709,-
76052		Laboratorně zhotovený nábradek		c	P	443,-
76070		Laboratorně zhotovený intraorální oblouk		a	P	I
76071		Laboratorně zhotovený intraorální oblouk		b	P	542,-
76072		Laboratorně zhotovený intraorální oblouk		c	P	339,-
76080		Oprava snímacího aparátu jednoduchá (lom, 1 drát, Prvek)				I
76081		Oprava snímacího aparátu s otiskem			P	I

Stomatologické výrobky - osoby starší 18 let

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Samostatné výrobní fáze

80001		Studijní model s otiskem				I
80002		Analýza modelů v okludoru				132,-
80004		Diagnostická přestavba				156,-
80011		Funkční otisk horní čelisti v individuální lžici				I
80012		Funkční otisk dolní čelisti v individuální lžici				I
80013		Anatomický otisk čelisti v individuální lžici				I
80021		Registrace obličejovým obloukem				156,-
80031		Rekonstrukce mezičelistních vztahů skusovými šablonami				190,-
80041		Registrace funkčních poloh mandibuly				300,-
80051		Sponová modelace - pilířová konstrukce				84,-
80061		Frézování - pilířová konstrukce nebo člen můstku				105,-

Rekonstrukce korunky

81041		Inlay kořenová, jeden kanálek, přímá	2			350
-------	--	--------------------------------------	---	--	--	-----

Rekonstrukce korunky

81042		Inlay kořenová, jeden kanálek, nepřímá litá	2			596,-
81051		Inlay kořenová, dva kanálky, přímá, litá	2			369,-
81052		Inlay kořenová, dva kanálky, nepřímá, litá	2			666,-
81061		Inlay kořenová, tři a více kanálků, přímá, litá	2			429,-
81062		Inlay kořenová, tři a více kanálků, nepřímá, litá	2			770,-

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Korunkové náhrady

81101		Korunka plášťová celokovová, preparace do ztracena	1			I
81102		Korunka plášťová celokovová, preparace schůdková	1			I
81111		Korunka plášťová z plastu, preparace do ztracena				I
81112		Korunka plášťová z plastu, preparace schůdková				I
81113		Korunka plášťová z kompozitního plastu, preparace do ztracena				693,-
81114		Korunka plášťová z kompozitního plastu, preparace schůdková				745,-
81115		Korunka plášťová keramická, preparace schůdková				745,-
81121		Korunka fasetovaná - plast, preparace do ztracena	1			561,-
81122		Korunka fasetovaná - plast, preparace schůdková	1			592,-
81123		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace do ztracena				561,-
81124		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace schůdková				592,-
81132		Korunka fasetovaná - metalokeramika				561,-

Fixní můstky, pilířové konstrukce můstků

81201		Korunka plášťová celokovová, preparace do ztracena	1			815,-
81202		Korunka plášťová celokovová, preparace schůdková	1			867,-
81203		Korunka plášťová keramická, preparace schůdková				550,-
81211		Korunka fasetovaná - plast, preparace do ztracena	1			519,-
81212		Korunka fasetovaná - plast, preparace schůdková	1			550,-
81221		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace do ztracena				519,-
81222		Korunka fasetovaná - kompozitní plast, preparace schůdková				550,-
81231		Korunka fasetovaná - metalokeramika				519,-
81251		Kořenová čepička, jeden kanálek				597,-

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

81252		Kořenová čepička, dva kanálky				662,-
81253		Kořenová čepička, tři a více kanálků				753,-

Spojení pilířových konstrukcí

81301		Člen můstku celokovový	1			470,-
-------	--	------------------------	---	--	--	-------

Spojení pilířových konstrukcí

81302		Člen můstku fasetovaný - plast	1			321,-
81303		Člen můstku fasetovaný - kompozitní plast				321,-
81311		Člen můstku keramický				321,-
81312		Člen můstku fasetovaný - metalokeramika				321,-

Adhesivní náhrady

81531		Adhesivní litá dlaha - do 6 zubů				1230,-
81532		Adhesivní litá dlaha - 7 a více zubů				1716,-

Provizorní fixní náhrady, opravy fixních náhrad

81601		Provizorní ochranná korunka z plastu				282,-
81611		Provizorní ochranný můstek z plastu - do 6 zubů				679,-
81612		Provizorní ochranný můstek z plastu - 7 a více zubů				929,-
81621		Oprava fixní náhrady s otiskem - nová faseta				208,-
81631		Oprava fixní náhrady s otiskem - spájení				508,-

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Částečné snímatelné náhrady defektu chrupu

82001		Částečná snímatelná náhrada s jednoduchými retenčními prvky - do 6 zubů				I
82002		Částečná snímatelná náhrada s jednoduchými retenčními prvky - 7 a více zubů				I
82011		Částečná snímatelná náhrada s litými kotevními prvky - do 6 zubů	3			2010,-
82014		Částečná snímatelná náhrada s litými kotevními prvky - 7 a více zubů	3			2146,-
82021		Částečná snímatelná náhrada dolní s litou stabilizačně-spojovací deskou - 7 a více zubů	3			2490,-
82022		Částečná snímatelná náhrada horní s litou patrovou deskou - 7 a více zubů	3			2502,-
82104		Horní skeletová náhrada - 2 kotevní prvky	3			1260,-
82105		Horní skeletová náhrada - 3 a více kotevních prvků	3			1395,-
82114		Dolní skeletová náhrada - 2 kotevní prvky	3			1246,-
82115		Dolní skeletová náhrada - 3 a více kotevních prvků	3			1345,-

82141		Litá dlaha snímací - do 6 zubů				1374,-
82142		Litá dlaha snímací - 7 a více zubů				2008,-
82151		Litá dlaha fixní do 6 zubů				1712,-
82152		Litá dlaha fixní - 7 a více zubů				2321,-

Celkové snímatelné náhrady

82201		Celková náhrada horní				I
82203		Celková náhrada horní s litou patrovou deskou	3			1531,-
82204		Celková náhrada horní hybridní				1326,-
82211		Celková náhrada dolní				I
82212		Celková náhrada dolní s litou bází	3			1555,-

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Celkové snímatelné náhrady

82213		Celková náhrada dolní hybridní				1351,-
-------	--	--------------------------------	--	--	--	--------

Opravy snímacích náhrad, rebaze

82301		Oprava - zubu vypadlého z náhrady				164,-
82311		Oprava na modelu - prasklá, zlomená náhrada				225,-
82320		Oprava retenčních prvků náhrady				363,-
82331		Oprava - rozšíření baze náhrady - do 4 zubů				587,-
82332		Oprava - rozšíření baze náhrady - 5 a více zubů				600,-
82341		Oprava skeletové náhrady - spájení, bodování				876,-
82351		Rebaze částečně snímatelné náhrady bez otisku				353,-
82352		Rebaze částečně snímatelné náhrady s otiskem				940,-
82353		Rebaze celkové náhrady bez otisku				405,-
82354		Rebaze celkové náhrady s otiskem, funkční rámování				1122,-

Rekonstrukční náhrady

83001		Obturátor patra s částečnou pryskyřičnou náhradou				I
83002		Obturátor patra s částečnou skeletovou náhradou	3			I
83003		Obturátor patra s celkovou náhradou chrupu				I
83011		Částečná poresekční náhrada horní čelisti				I
83012		Částečná poresekční náhrada horní čelisti s komorou				I
83021		Částečná poresekční náhrada dolní čelisti				I
83031		Celková poresekční náhrada horní čelisti				I
83032		Celková poresekční náhrada dolní čelisti				I

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
-----	-----	--------------------------------	------------------	-----	-----	--------------------

Rehabilitační a léčebné pomůcky

84001		Fixační pryskyřičná okluzní dlaha				I
84011		Fixní pryskyřičná nákusná dlaha				I
84012		Fixní skeletová nákusná dlaha	3			I
84021		Snímací pryskyřičná nákusná dlaha				I
84022		Snímací skeletovaná nákusná dlaha	3			I
84031		Krycí pooperační deska, kiliánova deska				I
84032		Nosič transplantátu				I
84034		Oklusní chirurgická dlaha - bimaxilární deska				I
84035		Tomanova vzpěra				I
84036		Vzpěra s destičkou k podepření spodiny očníce				I
84041		Rozvolňovač ústního uzávěru				I
84042		Pružinový rozvěrač				I

Ortodontické výrobky

86001		Ortodontické diagnostické a dokumentační modely			P	I
-------	--	---	--	--	---	---

86010		Jednoduchý funkční snímací aparát (monobloky, propulsor)		a	P	I
86011		Jednoduchý funkční snímací aparát (monobloky, propulsor)		b	P	1289,-
86013		Středně složitý funkční snímací aparát (klammt, balters)		a	P	I
86014		Středně složitý funkční snímací aparát (klammt, balters)		b	P	1770,-
86016		Složitý funkční snímací aparát (fráknel, bimler, lehman, hansa-platte)		a	P	I
86017		Složitý funkční snímací aparát (fráknel, bimler, lehman, hansa-platte)		b	P	2450,-
86020		Positioner		a	P	I
86021		Positioner		b	P	3258,-
86030		Jednoduchý deskový snímací aparát - do 4 prvků (drát, 1 šroub)		a	P	I
86031		Jednoduchý deskový snímací aparát - do 4 prvků (drát, 1 šroub)		b	P	1043,-
86033		Složitý deskový snímací aparát		a	P	I
86034		Složitý deskový snímací aparát		b	P	1323,-
86036		Clony, skluzná stříška		a	P	I

Kód	ZVL	Název stomatologického výrobku	Dentální slitina	kat	ome	Úhrada pojišťovnou
86037		Clony, skluzná stříška		b	P	965,-
86040		Pevný aparát k rozšíření patrového švu		a	P	I
86041		Pevný aparát k rozšíření patrového švu		b	P	1933,-
86050		Laboratorně zhotovený nábradek		a	P	I
86051		Laboratorně zhotovený nábradek		b	P	709,-
86070		Laboratorně zhotovený intraorální oblouk		a	P	I
86071		Laboratorně zhotovený intraorální oblouk		b	P	542,-
86080		Oprava snímacího aparátu jednoduchá (lom. 1 drát. Prvek)				I
86081		Oprava snímacího aparátu s otiskem			P	I

Poznámky pod čarou

1) Směrnice č. 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti vnitrostátních systémů zdravotního pojištění.

1a) § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

1b) § 12a zákona č. 105/1990 Sb., o soukromém podnikání občanů, ve znění zákona č. 219/1991 Sb.

1c) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

1d) Zákon č. 252/1997 Sb., o zemědělství, ve znění pozdějších předpisů.

1e) § 44 až 47 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

1f) § 40a zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění zákona č. 168/2005 Sb.

2) Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

3) Např. zákon ČNR č. 85/1996 Sb., o advokacii, zákon ČNR č. 358/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti (notářský řád), zákon ČNR č. 524/1992 Sb., o auditorech a Komoře auditorů České republiky, zákon ČNR č. 523/1992 Sb., o daňovém poradenství a o Komoře daňových poradců České republiky, zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, zákon č. 237/1991 Sb., o patentových zástupcích, zákon ČNR č. 360/1992 Sb., o výkonu povolání autorizovaných architektů a o výkonu povolání autorizovaných inženýrů a techniků činných ve výstavbě, ve znění pozdějších předpisů.

4) Např. zákon č. 35/1965 Sb., o dílech literárních, vědeckých a uměleckých (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

5) § 76 a násl. a § 93 a násl. zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník.

6) § 7 odst. 2 písm. b) zákona ČNR č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

6a) § 566 až 575 obchodního zákoníku.

7) Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění zákona č. 137/1996 Sb.

8) § 12a zákona č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

9) § 7 odst. 1 a § 17 odst. 7 zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

- 10) Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.
- 11) § 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- 12) § 1 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb.
- 12a) § 80 písm. b) a c) zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 133/1997 Sb.
- 13) § 37 odst. 2 písm. a) zákona č. 92/1949 Sb., branný zákon, ve znění zákona č. 164/1992 Sb.
- 14) § 11 písm. a) bod 1 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů.
- 15) § 2 odst. 1 písm. b) nařízení vlády č. 303/1995 Sb., o minimální mzdě.
- 16) § 31 odst. 1 zákona č. 117/1995 Sb.
- 16a) Zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců.
- 16b) Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů.
- 16c) § 44 až 47 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.**
- 16d) § 40a zákona č. 117/1995 Sb.**
- 17) Zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 17b) § 2 odst. 1 písm. d) zákona č. 570/1991 Sb., o živnostenských úřadech, ve znění zákona č. 214/2006 Sb.
- 18) § 27 zákona ČNR č. 592/1992 Sb., ve znění zákona ČNR č. 15/1993 Sb.
- 18a) § 45a odst. 6 zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění zákona č. 214/2006 Sb.
- 19) § 7 odst. 1 zákona ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 149/1996 Sb.
- 20) Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních zdravotních službách (č. 161).
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- 21) § 39 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona ČNR č. 548/1991 Sb.
- 22) § 77 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona ČNR č. 548/1991 Sb.
- 22a) § 16 odst. 2 a 3 zákona č. 218/1999 Sb., o rozsahu branné povinnosti a o vojenských správních úřadech (branný zákon).
- 22b) § 166 zákona č. 221/1999 Sb., o vojácích z povolání.
- 22c) § 21 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb.
- 23) § 8 zákona ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.
- 23a) Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).
- 23b) § 67b odst. 20 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona č. 422/2004 Sb.
- 23c) § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.**
- 23d) Směrnice Rady 89/105/EHS ze dne 21. prosince 1988 o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u léčiv užívaných člověkem a jejich začlenění do rámce vnitrostátních systémů zdravotního pojištění.
- 23e) § 15 vyhlášky č. 54/2004 Sb., o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití.
- 24) Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění zákona č. 135/1994 Sb.
- 25) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 258/1992 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- 26) Výměr Ministerstva financí č. 01/1997, kterým se stanoví seznam zboží s regulovanými cenami.
- 27) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.
- 27a) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.**
- 27b) § 49 zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.**
- 27c) § 1 a 2 zákona č. 245/2000 Sb., o státních svátcích, o ostatních svátcích, o významných dnech a o dnech pracovního klidu, ve znění pozdějších předpisů.**
- 27d) § 38 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.**
- 27e) Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.**
- 27f) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.**
- 27g) Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.**
- 28) Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 28a) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.
- 29) § 53 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona ČNR č. 548/1991 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví.
- 30) § 73b zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 307/1993 Sb.
- 31) Např. vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 91/1984 Sb., o opatřeních proti přenosným nemocem, ve znění vyhlášky č. 204/1988 Sb.
- 32) § 23 odst. 3 a 4 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona ČNR č. 548/1991 Sb.

- 33) § 73b a 93a zákona č. 100/1988 Sb., ve znění zákona č. 307/1993 Sb. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních.
- 34) Hlava III díl 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.
- 35) Zákon č. 258/2000 Sb.
- 36) Zákon č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 61/1990 Sb., o hospodaření s léky a zdravotnickými potřebami, ve znění vyhlášky č. 427/1992 Sb.
- 37) § 8 odst. 7 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 61/1990 Sb., ve znění vyhlášky č. 427/1992 Sb.
- 38) § 12,13 a 14 směrnic Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZ o posuzování zdravotní způsobilosti k práci, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg. částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb.
- 39) § 11, 12, 13 a 14 směrnic Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZ, ve znění směrnic č. 17/1970 Věst. MZ ČSR, reg. částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb.
- 40) § 12 odst. 8 směrnic Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZ, ve znění směrnic č.17/1970 Věst. MZ ČSR, reg. částka 2/1968 Sb. a částka 20/1970 Sb.
- 41) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřbivnictví.
- 42) § 105 a § 115 odst. 1 trestního řádu.
- 42a) **Vyhláška č. 288/2004 Sb., kterou se stanoví podrobnosti o registraci léčivých přípravků, jejich změnách, prodloužení, klasifikaci léčivých přípravků pro výdej, převodu registrace, vydávání povolení pro souběžný dovoz, předkládání a navrhování specifických léčebných programů s využitím neregistrovaných humánních léčivých přípravků, o způsobu oznamování a vyhodnocování nežádoucích účinků léčivého přípravku, včetně náležitostí periodicky aktualizovaných zpráv o bezpečnosti, a způsob a rozsah oznámení o použití neregistrovaného léčivého přípravku (registrační vyhláška o léčivých přípravcích).**
- 42b) **Zákon č. 79/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.**
- 42c) **Zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů.**
- 42d) **§ 17 zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.**
- 42e) **Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění zákona č. 413/2005 Sb.**
- 42f) **Například § 8 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.**
- 43) **Zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.**
- 44) **Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.**
- 45) **Příloha č. III odst. 3 vyhlášky Českého úřadu bezpečnosti práce a Českého báňského úřadu č. 110/1975 Sb., o evidenci a registraci pracovních úrazů a hlášení provozních nehod (havárií) a poruch technických zařízení, ve znění vyhlášky č. 274/1990 Sb.**
- 46) **příloha č.I vyhlášky Českého úřadu bezpečnosti práce a Českého báňského úřadu č. 110/1975 Sb., ve znění vyhlášky č. 274/1990 Sb.**
- 46a) **zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.**
- 47) **Zákon č. 71/1967 Sb., o správním řízení (správní řád).**
- 47a) **Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.**
- 47b) **Zákon č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon), ve znění pozdějších předpisů.**
- 48) **Zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), ve znění pozdějších předpisů.**

PŘECHODNÁ A ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ Z NOVEL

- K zákonu se váže novela č. 127/1998 Sb. a její přechodné ustanovení je Čl. V
- K zákonu se váže novela č. 459/2000 Sb. a její přechodné ustanovení je Čl. II
- K zákonu se váže novela č. 176/2002 Sb. a její přechodné ustanovení je Čl. II
- K zákonu se váže novela č. 425/2003 Sb. a její přechodné ustanovení je Čl. VII
- K zákonu se váže novela č. 123/2005 Sb. a její přechodné ustanovení je Čl. II
- K zákonu se váže novela č. 261/2007 Sb. a její přechodné ustanovení je Čl. LXIV