**Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění   
i zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**

**Poměrně široká novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, která současně novelizuje některé související zákony, zejména zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování byla přijata v září tohoto roku. Většina ustanovení této novely nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2022.**

**Z novely zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.,   
přijaté zákonem č. 371/2021 Sb.**

Novela § 15 stanoví, že jde-li o **léčivé přípravky určené k léčbě vzácného onemocnění,** účelnou terapeutickou intervencí se rozumí zdravotní služby, poskytované k prevenci nebo léčbě vzácného onemocnění za účelem dosažení co nejúčinnější a nejbezpečnější léčby, pokud farmakoterapeutické ovlivnění tohoto onemocnění má celospolečenský význam a finanční dopad do systému zdravotního pojištění je v souladu s veřejným zájmem. Toto ustanovení dále odkazuje na ustanovení § 39d odstavec 2 písmeno a) stejného zákona, podle kterého za vysoce inovativní lze označit léčivý přípravek určený pro léčbu vysoce závažného onemocnění, kterými se rozumí onemocnění vyžadující trvalou nebo dlouhodobou hospitalizaci, onemocnění vedoucí k častým opakovaným hospitalizacím po dobu několika let nebo k invaliditě, nebo onemocnění, které má za následek trvalé závažné poškození zdraví, úplnou nebo téměř úplnou ztrátu zraku, sluchu, řeči nebo pohybu, nebo onemocnění, které zkracuje předpokládanou délku života o více než dvacet procent. V těchto případech může být hrazen vysoce inovativní léčivý přípravek, u kterého musí být dostatečně průkazně zdůvodněn jeho přínos pro léčbu vysoce závažného onemocnění a to tím, že primární, klinicky významný cíl v klinické studii prokázal, že v hodnoceném parametru, který má dopad na kvalitu života došlo alespoň k třicetiprocentnímu zlepšení oproti hrazené léčbě, nebo se prokáže prodloužení střední doby celkového přežití alespoň o třicet procent oproti hrazené léčbě, nejméně však o tři měsíce. Zákon současně stanoví další podmínky pro úhradu léčby tzv. vzácných onemocnění.

**Nově formulován je i § 17 odstavec 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, týkající se rámcové smlouvy. Lze však konstatovat, že nová formulace nijak nemění dosavadní stav**, kdy nadále je vodítkem pro individuální smlouvy mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami rámcová smlouva přijatá buď v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě, nebo pokud dohodovací řízení skončilo nedohodou, pak rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR, které je vydáno formou vyhlášky. Účastníci smlouvy se mohou dohodnout i odlišně od rámcové smlouvy, pokud s tím obě strany souhlasí,

Nově formulována jsou i ustanovení o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a stanovení hodnoty bodu, výše úhrad z hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení, aniž dochází k nějaké zásadní změně.

**Podle nově formulovaného ustanovení § 17c, týkajícího se dohodovacích řízení, sdružení poskytovatelů zastupující poskytovatele v dohodovacích řízeních poskytnou do pěti pracovních dnů od zahájení příslušného dohodovacího řízení Ministerstvu zdravotnictví ČR seznam všech poskytovatelů, které v dohodovacím řízení zastupují** a data udělení plných mocí. Účastníci těchto řízení jsou do pěti pracovních dnů od jeho ukončení povinni Ministerstvu zdravotnictví předat protokol o výsledku dohodovacího řízení, ze kterého musí být zřejmé, kdo a za jakého účastníka dohodovacího řízení byl na jednání přítomen, o jakých návrzích se jednalo a jaká usnesení byla o jednotlivých návrzích přijata. Ministerstvo zdravotnictví ČR tyto údaje po jejich obdržení neprodleně zveřejní na internetových stránkách.

**Pokud jde o úhradu zdravotních služeb běžně ze zdravotního pojištění nehrazených, které jsou jedinou možností zdravotní péče o příslušného pojištěnce** je nově stanoven mechanismus rozhodování tak, že podrobnější podmínky obsahuje novelizovaný text § 19, zákona o veřejném zdravotním pojištění. Jde-li o neodkladnou péči, může ji poskytovatel poskytnout jako hrazenou, byť jinak jde o péči, která není hrazená ze zdravotního pojištění i bez souhlasu zdravotní pojišťovny, které to však musí dodatečně oznámit a pojišťovna je oprávněna přezkoumat oprávněnost poskytnutí této péče jako hrazené. Nejde-li o neodkladnou péči návrh zdravotní pojišťovně na posouzení naplnění podmínek nároku pojištěnce na poskytnutí zdravotních služeb jinak nehrazených, podává k tomu příslušný poskytovatel zdravotních služeb nebo pojištěnec, jehož nárok má být posuzován. Zdravotní pojišťovna může bez dalšího návrhu vyhovět, přičemž již není dáno, že rozhodnutí činí revizní lékař zdravotní pojišťovny. **Pokud pojišťovna nevyhoví návrhu na posouzení nároku nebo nevydá souhlas do patnácti dnů ode dne doručení návrhu, rozhoduje se posléze ve správním řízení. Účastníkem správního řízení je pojištěnec, o jehož nároku se rozhoduje. Poskytovatel zdravotní služby, který pojištěnci poskytuje zdravotní služby je povinen, jemu i zdravotní pojišťovně poskytnout součinnost za účelem vedení řízení. Rozhodnutí oznamuje zdravotní pojišťovna rovněž poskytovateli, který návrh podal. O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny rozhoduje revizní komise, kterou je povinna zřídit každá zdravotní pojišťovna.** Revizní komise má čtyři členy jmenované ředitelem příslušné zdravotní pojišťovny a jednoho člena jmenovaného ministrem zdravotnictví. Nejvíce dva členové revizní komise mohou být zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny v pracovním poměru. Člen revizní komise musí být absolventem magisterského studijního programu právo a právní věda nebo musí mít způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle jiného právního předpisu. Alespoň jeden člen revizní komise musí být absolventem magisterského studijního programu všeobecné lékařství a alespoň jeden člen revizní komise musí být absolventem magisterského studijního programu právo a právní věda. Z uvedeného je tedy zřejmé, že o odvolání proti vlastnímu rozhodnutí opět budou rozhodovat především zdravotní pojišťovny. Nebudou se na něm podílet odborníci určení například příslušnou odbornou společností, lékařskou fakultou, apod. jak bylo navrhováno. Proti rozhodnutí revizní komise zdravotní pojišťovny o odvolání může samozřejmě pojištěnec podat správní žalobu u soudu.

**Hrazená péče ze zdravotního pojištění poskytovaná nelékařskými zdravotnickými pracovníky musí být indikována ošetřujícím lékařem pojištěnce (ošetřujícím lékařem není pouze registrující všeobecný praktický lékař, ale podle § 3 odstavce 2 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování lékař, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb – tedy lékař kteréhokoli oboru, který má pacienta v péči). To neplatí, jde-li o klinické psychology, klinické farmaceuty a o porodní asistentky, jedná-li se o fyziologický porod ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. V těchto případech se indikace ošetřujícího lékaře nevyžaduje.**

Zákon rovněž stanoví některé nové podmínky pro určité specifické zdravotní služby a dále stanoví podmínky úhrady některých stomatologických zdravotních služeb, zejména ortodontických anomálií.

**Novela zákona o zdravotních službách provedená zákonem č. 371/2021 Sb.**

**Rozšiřuje se situace, kdy zdravotní služby mohou být poskytovány i mimo zdravotnické zařízení.** Jde o případy konzultačních služeb, preventivní péči podle § 11a, zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta, dopravní službu a přednemocniční neodkladnou péči. Konzultační služby mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat prostřednictvím dálkového přístupu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta, popřípadě v jiném místě jeho aktuálního výskytu. Poskytovatel, který poskytuje pouze domácí péči nebo pouze prohlídku těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení, musí mít kontaktní pracoviště.

Dále zákon stanoví podrobnosti o zdravotních službách poskytovaných centrem duševního zdraví (§ 44b).

**Nové ustanovení o urgentním příjmu (§ 113b) definuje tento pojem s tím, že urgentní příjem zřizuje poskytovatel akutní lůžkové péče se statutem centra vysoce specializované traumatologické péče nebo se statutem centra vysoce specializované péče v jiném oboru péče a to jako urgentní příjem typu I.** Urgentní příjem může zřídit i poskytovatel akutní lůžkové péče, který nemá statut centra vysoce specializované péče, ale poskytuje zdravotní péči alespoň v oborech interní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví a anesteziologie a resuscitace a dále má zajištěn nepřetržitý provoz v oboru klinická biochemie a radiologie a zobrazovací metody, a to jako urgentní příjem typu II.

**Zákon nově definuje pojem pacientská organizace**, kterou je zapsaný spolek, jehož hlavní činnost spočívá v pomoci pacientům a ochraně jejich práv a zájmů a jehož členy jsou zpravidla osoby s určitým onemocněním nebo zdravotním postižením, jejich osoby blízké nebo jejich zástupci.

**Ošetřující lékař nově nemusí mít specializovanou způsobilost**. Tím se však nemění povinnost, aby pokud ošetřující lékař nemá specializovanou způsobilost, byl nad ním zajištěn náležitý odborný dozor, nemá-li základní kmen, nebo náležitý odborný dohled, pokud je absolventem základního kmene specializační přípravy.

Úplné texty obou zákonů obsahující změny, které přináší novela, zašleme v příští informaci pro naše klienty.

JUDr. Jan Mach