



Odpověď Ministerstva zdravotnictví na žádost o informaci dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů

Dne 28. března 2022 obdrželo Ministerstvo zdravotnictví (MZ) Vaši žádost o poskytnutí informace dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, evidovanou pod č.j. xxx.

Předmětným podáním jste požádala o následující informace:

1. *jaké konkrétní zdravotní služby je oprávněn poskytovat soukromý poskytovatel na základě § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v návaznosti na § 11 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jako „zákon o zdravotních službách“ nebo „ZZS“), a příslušná ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, oprávněn kromě sociálních služeb poskytovat Uživateli i zdravotní péči uvedenou v § 2, odst. 4 ZZS?*

2. *jaké konkrétní oprávnění musí mít subjekt oprávněný poskytovat služby uvedené v odstavci 1 a kde (v jakém registru) je možné oprávnění ověřit?*

3. *komu přísluší dohled nad plněním legislativních a jiných povinností takového poskytovatele v rámci tvrzeného poskytování nadstandardních služeb, konkrétně kdo je oprávněn kontrolovat služby smluvně určené takto:*

Nadstandardní péčí se pro účely této smlouvy považuje pouze péče nehrazená ze systému veřejného zdravotního pojištění, která jako taková nemůže být ze strany Poskytovatele vykázána k úhradě příslušné zdravotní pojišťovně, a jen taková péče, která je zdravotní péčí ve smyslu příslušných ustanovení zákona o zdravotních službách, zejména pak péče podle § 5 odst. 2 písm. f) a g) ZZS, a má léčebný cíl a/nebo chrání lidské zdraví.

K Vaší žádosti sděluji následující:

Ad 1 a ad 2

Zákonem regulovaná nadstandardní péče byla v roce 2013 Ústavním soudem zrušena. Zákonem je ale naopak garantován nárok pojištěnce na hrazené zdravotní služby a to zákonem č. 48/2007 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“) a při jeho určení se vychází ze zdravotního stavu konkrétního pacienta, indikaci lékaře a dále z rozsahu smlouvy uzavřené mezi poskytovatelem zdravotních služeb a příslušnou zdravotní pojišťovnou pacienta. Nastavit jasný a jednotný standard péče pro všechny osoby není možný, jelikož proces léčby každého pacienta je vysoce individuální.





Pacientovi je dále zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování přiznáno právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni (§ 28 odst. 2), která by měla být zajišťována podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

Obecně lze uvést, že § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění specifikuje hrazené služby takto:

(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

- a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,*
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,*
- c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.*

(2) Hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem

- a) zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinickofarmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,*
- b) poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,*
- c) přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů,*
- d) odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),*
- e) přeprava 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,*
- f) přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,*
- g) přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů,*
- h) prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy,*
- i) pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče,*
- j) zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel.*

§ 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění dále uvádí, že

(1) Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona²⁸⁾ zvláštní smlouvy s poskytovateli sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetrovatelská péče bude poskytována



zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů^{28a}).

(2) Zdravotní pojišťovna zveřejní zvláštní smlouvu podle odstavce 1 způsobem a ve lhůtě stanovené v [§ 17 odst. 9](#) věty první. Stejným způsobem a ve stejné lhůtě zveřejní zdravotní pojišťovna každý dodatek nebo změnu zvláštní smlouvy, z nichž vyplývá způsob a výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli sociálních služeb za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb (dále jen "dodatek ke zvláštní smlouvě"). Zvláštní smlouva nebo dodatek ke zvláštní smlouvě nabývají účinnosti dnem zveřejnění podle věty první. Dojde-li mezi poskytovatelem sociálních služeb a zdravotní pojišťovnou k dohodě o způsobu a výši úhrady hrazených služeb až v průběhu kalendářního roku, na který mají být dohodnuty, mohou se poskytovatel sociálních služeb a zdravotní pojišťovna dohodnout, že se tato dohoda vztahuje na stanovení způsobu a výše úhrady hrazených služeb pro celý tento kalendářní rok či jeho část. Zdravotní pojišťovna nezveřejní informace a údaje, které jsou předmětem ochrany podle jiných právních předpisů.

Ad 3

Ke kontrolní činnosti v rámci zajišťování konkrétních zdravotních výkonů a k jejich úhradám u poskytovatele sociálních služeb je kompetentní výhradně zdravotní pojišťovna pacienta/klienta.

S pozdravem

Mgr. Daniela Kobilková
ředitelka odboru Kancelář ministra

v z. Ing. Daniela Matějková
vedoucí oddělení strategií, protokolu, vládní a parlamentní agendy
podepsáno elektronicky