

## Věstník MZd ČR, částka 6/2009

## CENOVÝ PŘEDPIS

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ 1/2009/DZP-2

ZE DNE 4. KVĚTNA 2009,

KTERÝM SE MĚNÍ CENOVÝ PŘEDPIS MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ 1/2009/FAR

ZE DNE 10. PROSINCE 2008 O REGULACI CEN ZDRAVOTNÍ PÉČE A SPECIFICKÝCH

ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

Cílem tohoto sdělení je informovat zdravotnická zařízení o postupech a pravidlech, jež je nutno v souladu s právními předpisy dodržovat při poskytování zdravotní péče cizincům, kteří nejsou účastní českého systému veřejného zdravotního pojištění. Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví (dále jen „MZ“) nově stanoví, že maximální cenou je regulována cena za nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou na území ČR kterékoliv osobě. Cenový předpis nyní přesněji vyjadřuje, že osoby, které podléhají nařízení Rady (EHS) č. 1408/71, mají při regulaci cen zdravotní péče stejné postavení jako pojištěnci veřejného zdravotního pojištění. Totéž se týká cizinců ze států, s nimiž má ČR uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, a to v rozsahu nároků, jaký taková smlouva cizinci přiznává.

Základní právní předpisy a rozhodnutí, které je při stanovení pravidel třeba vzít v úvahu, jsou:

zákon [č. 48/1997 Sb.](#), o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů;

nařízení Rady EHS č. 1408/71, o aplikaci systémů sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, a související nařízení rady (EHS) č. 574/72, obě v platném znění;

dvoustranné smlouvy o sociálním zabezpečení

Chorvatsko - Smlouva mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení (sdělení [č. 82/2000 Sb.m.s.](#));

Srbsko a Černá Hora - Smlouva mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení (sdělení [č. 130/2002 Sb.m.s.](#));

Makedonie - Smlouva mezi českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení (sdělení [č. 2/2007 Sb.m.s.](#));

Turecko - Smlouva mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení (sdělení [č. 135/2004 Sb.m.s.](#));

platné dohody o bezplatném poskytování zdravotní péče

Afgánistán - Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Afghánské demokratické republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd (vyhláška č. 103/1987 Sb.);

Jemen - Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Jemenské arabské republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd (vyhláška č. 95/1985 Sb.) a Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Jemenské arabské republiky o vzájemném poskytování bezplatné léčebné péče členům diplomatických misí a konzulárních úřadů;

Kuba - Úmluva mezi vládou ČSSR a vládou Kubánské republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví (vyhláška č. 28/1962 Sb.);

Libye - Dohoda mezi ČSSR a Libyjskou arabskou lidovou socialistickou džamahirijí o spolupráci v oblasti zdravotnictví (vyhláška č. 63/1982 Sb.);

Maroko - Dohoda o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd mezi vládou ČSFR a vládou Marockého království (vyhláška č. 329/1992 Sb.);

Bosna a Hercegovina - Úmluva mezi Československou republikou a Federativní lidovou republikou Jugoslávií o sociálním pojištění (vyhláška č. 3/1958 Sb.);

cenový předpis Ministerstva zdravotnictví [1/2009/FAR](#) ze dne 10. prosince 2008, o regulaci cen zdravotní péče a specifických zdravotních výkonů;

vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů;

zákon [č. 526/1990 Sb.](#), o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

Obsah tohoto bodu Věstníku se použije jako doplňující informace k Věstníku MZ [č. 1/2007](#), kterým se stanoví doporučené administrativní postupy při provádění nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a č. 574/72 a mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení.

1/ Zdravotní péče poskytnutá osobám krytým nařízením 1408/71 (tj. osobám pojištěným v jiném členském státě EU, včetně Norska, Lichtenštejnska, Islandu a Švýcarska) v nesmluvním zdravotnickém zařízení

Osoby kryté nařízením mají na základě aplikace práva EU (např. čl. 3 nařízení Rady (EHS) č. 1408/71) nárok na rovné nakládání jako osoby účastné veřejného zdravotního pojištění v ČR. Proto by v případě, že jsou ošetřeny zdravotnickým zařízením, které nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou, kterou si cizí pojištěnec vybral jako výpomocnou, měly mít tyto osoby nárok na výši úhrady za stejných podmínek jako český pojištěnec.

Pro účely stanovení ceny za poskytnutou zdravotní péči je nutno respektovat tyto zásady:

Zdravotnické zařízení nemá uzavřenu smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou nebo má uzavřenu smlouvu s některou ze zdravotních pojišťoven, ale ne se zdravotní pojišťovnou, již si pacient zvolil jako výpomocnou

- a) pacient čerpá nutnou a neodkladnou zdravotní péči - cena je regulována maximální cenou a je stejná jako pro české pojištěnce - pacient péči uhradí sám a následně si ji nechá refundovat, případně se použije postup převzetí nákladů výpomocnou zdravotní pojišťovnou;
- b) pacient čerpá plánovanou zdravotní péči - cena je věcně usměrněná - pacient péči uhradí sám a nechá si refundovat to, na co má nárok dle platných právních předpisů.

Případy, kdy pacient čerpá zdravotní péči ve smluvním zdravotnickém zařízení, jsou metodicky popsány ve výše zmíněném Věstníku MZ [č. 1/2007](#) stejně jako postup převzetí nákladů výpomocnou zdravotní pojišťovnou.

2/ Zdravotní péče poskytnutá pojištěnci ze státu, se kterým má ČR uzavřenu dvoustrannou

smlouvu o sociálním zabezpečení, v nesmluvním zdravotnickém zařízení

Jedná se o smlouvy s následujícími státy:

Chorvatsko

Srbsko

Černá Hora

Makedonie

Turecko

U těchto smluv je podstatnou skutečností, že všechny obsahují ustanovení o rovnosti nakládání. Proto v případě ošetření pojištěnců z těchto zemí musí být postupováno stejně jako v případě českých pojištěnců a pojištěnců z členských států EU.

Pro účely stanovení ceny za poskytnutou zdravotní péči je nutno respektovat tyto zásady:

Zdravotnické zařízení nemá uzavřenu smlouvu s žádnou zdravotní pojišťovnou nebo má uzavřenu smlouvu s některou ze zdravotních pojišťoven, ale ne se zdravotní pojišťovnou, již si pacient zvolil jako výpomocnou

- a) pacient čerpá neodkladnou a nutnou zdravotní péči - cena je regulována maximální cenou a je stejná jako pro české pojištěnce - pacient péči uhradí sám a následně si ji nechá refundovat, případně se použije postup převzetí nákladů výpomocnou zdravotní pojišťovnou;
- b) pacient čerpá plánovanou zdravotní péči - cena je věcně úměrná - pacient péči uhradí sám a nechá si refundovat to, na co má nárok dle platných právních předpisů.

Případy, kdy pacient čerpá zdravotní péči ve smluvním zdravotnickém zařízení, jsou metodicky popsány ve výše zmíněném Věstníku MZ [č. 1/2007](#).

3/ Zdravotní péče poskytnutá cizincům ze států, s nimiž byly uzavřeny dohody o bezplatném poskytování zdravotní péče, jimiž je Česká republika vázána, a je hrazena ze státního rozpočtu, jsou-li ošetřeni zdravotnickým zařízením (bez ohledu na existenci smluv se zdravotními pojišťovnami)

Jedná se o následující platné dohody:

Afghánistán

Jemen

Kuba

Libye

Maroko

Bosna a Hercegovina

Ve zdravotnickém zařízení

- a) pacient čerpá nutnou a neodkladnou zdravotní péči nebo zdravotní péči v rozsahu daném smlouvou - cena je regulována maximální cenou a zdravotní péče je hrazena ze státního rozpočtu,
- b) pacient čerpá plánovanou zdravotní péči - cena za její poskytnutí není v takovém případě regulována. Pacient hradí náklady sám, a to ve výši ceny dohodnuté se zdravotnickým zařízením.

4/ Zdravotní péče poskytnutá cizincům z nesmluvních států, kteří jsou ošetřeni zdravotnickým zařízením (bez ohledu na existenci smluv se zdravotními pojišťovkami)

Ve zdravotnickém zařízení

- a) pacient čerpá nutnou a neodkladnou zdravotní péči - cena je regulována maximální cenou; pacient péči uhradí sám z vlastních zdrojů,
- b) pacient čerpá plánovanou zdravotní péči - cena za její poskytnutí není v takovém případě regulována. Pacient hradí náklady sám, a to ve výši ceny dohodnuté se zdravotnickým zařízením.

CENOVÝ PŘEDPIS  
MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ...../2009  
ze dne .....2009,  
KTERÝM SE MĚNÍ CENOVÝ PŘEDPIS MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ 1/2009/FAR  
ZE DNE 10. PROSINCE 2008 O REGULACI CEN ZDRAVOTNÍ PÉČE  
A SPECIFICKÝCH ZDRAVOTNÍCH VÝKONU

Ministerstvo zdravotnictví podle [§2a](#) odst. 1 zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů, a podle [§1](#) odst. 6 a [§10](#) zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů, stanoví:

Či. I

Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví [1/2009/FAR](#) ze dne 10. prosince 2008 o regulaci cen zdravotní péče a specifických zdravotních výkonů (Věstník Ministerstva zdravotnictví částka 7/2008), se mění takto:

Část I. zní:

„Část I.  
Zdravotní péče  
Oddíl A.

Maximální cenou se tímto předpisem reguluje:

1. Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění, která je poskytována účastníku veřejného zdravotního pojištění zdravotnickým zařízením.

Účastníkem veřejného zdravotního pojištění se pro účely tohoto cenového předpisu rozumí osoba:

- a) podle [§2](#) odst. 1 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění

pozdějších předpisů;

- b) která podléhá nařízení Rady (EHS) 1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané a samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství;
- c) která má nárok na poskytnutí zdravotní péče na základě uzavřené mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení, která zahrnuje poskytování zdravotní péče hrazené cizími příslušnými institucemi.

2. Nutná a neodkladná zdravotní péče poskytovaná jiné osobě než účastníku veřejného zdravotního pojištění.

3. Zdravotní péče, která je poskytována:

- a) cizincům těch států, s nimiž byly uzavřeny dohody o bezplatném poskytování zdravotní péče, jimiž je Česká republika vázána, a je hrazena z prostředků státního rozpočtu,
- b) na žádost orgánů státní správy a je hrazena z prostředků státního rozpočtu,
- c) na žádost orgánů justice, státního zastupitelství nebo policie a je hrazena z prostředků jejich vlastního rozpočtu, kromě výkonů uvedených v položce č. 5 části II. tohoto předpisu.

Pro účely regulace cen dle tohoto oddílu platí:

- a) maximální cena jednoho bodu je 1,12 Kč. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a určené podmínky včetně nezbytných dopravních služeb spojených se zdravotní péčí hrazenou ze zdravotního pojištění je uveden ve zvláštních právních předpisech;
- b) maximální cena zdravotního výkonu je součinem maximální ceny jednoho bodu a počtu bodů. Počet bodů je stanoven v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., v platném znění).

Oddíl B.

Věcně usměrněnou cenou se tímto předpisem reguluje:

Zdravotní péče, která je poskytována účastníku veřejného zdravotního pojištění

- a) a není hrazena podle zvláštního právního předpisu z veřejného zdravotního pojištění;
- b) zdravotnickým zařízením, které není ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Pro regulaci cen věcným usměrněním pro péči dle tohoto oddílu platí dosavadní předpisy a rozhodnutí o způsobu regulace věcným usměrňováním ceny“.

Čl. II

Cenový předpis nabývá účinnosti dnem 1. srpna 2009.

Ministryně zdravotnictví:

Dana Jurásková

EPLIS