

považovati ten právní subjekt, v jehož službách jest zaměstnána osoba pojištné povinnosti podléhající, nebo který jest povinen vypláceti normální služební, odpočivné nebo zaopatřovací požitky.

(²) V jednotlivých oborech veřejné správy bude po slyšení Léčebného fondu stanoveno příslušným ústředním úřadem, které úřady nebo která služební místa budou přihlašovati a odhlašovati pojištěnce podle § 4 zákona a platiti za ně pojištné podle § 31 zákona.

§ 5. — (¹) Předpis pojištného za osoby uvedené v § 2, písm. a) a c), tohoto nařízení, provede okresní úřad ihned po učiněné přihlášce a vydá platební výměr. Platební výměr jest předpisem pojištného na tak dlouho, dokud nenastanou změny pro placení pojištného rozhodné (přeložení nebo vystoupení ze služby zaměstnance, zvýšení požitků, pensionování, úmrtí a pod.).

(²) Novým platebním výměrem ruší se výměr starý, a to s působností ode dne nastalé změny.

(³) Předpis a platbu pojištného jest zapsati do katastru zaměstnavatelů.

§ 6. — Za pojištěnce, uvedené v § 1, odst. 1., písm. a) a b), zák. č. 221/1925 Sb. z. a n., jakož i za osoby, kterým stát, státní podniky nebo veřejné fondy státem spravované vyplácejí normální odpočivné nebo zaopatřovací požitky, odvádí pojištné státní správa Léčebnému fondu ve lhůtách pozadu jdoucích, nejpozději čtvrtletně. Ministerstvo financí vydá v dohodě s nejvyšším účetním kontrolním úřadem bližší všeobecné směrnice, podle kterých jest ve všech oborech státní správy zaříditi, jakým způsobem mají příslušné likvidatury aktivních, odpočivných (zaopatřovacích) požitků konati platby a vyúčtování pojištného.

§ 7. — (¹) Za osoby uvedené v § 2, písm. a) a c), tohoto nařízení, platí se pojištné souhrnně za všechny pojištěnce jednoho zaměstnavatele, zaměstnané nebo bydlící v obvodu téhož okresního úřadu, (u něho přihlášené), v měsíčních lhůtách pozadu, v částkách zaokrouhlených na deseti-haléř. Kalendářní měsíc započatý se považuje za měsíc dokonaný.

(²) Pojištné bude placeno prostřednictvím poštovního úřadu šekového na místně příslušný podúčet Léčebného fondu, který se zřídí pro každý okresní sbor.

§ 8. — Pojištné činí 2% ze stálých požitků služebních, odpočivných nebo zaopatřovacích, měsíčně však nejméně 16 Kč a nejvíce 50 Kč.

§ 9. — Bezúročné zálohy poskytnuté státem podle odstavce 2., § 37, zák. č. 221/1925 Sb. z. a n., k úhradě nákladů spojených s počátečním zařízením a působením Léčebného fondu budou splaceny státní pokladně, jakmile to dovolí peněžní stav šekového účtu Léčebného fondu u poštovního úřadu šekového, nejpozději však do konce června 1927.

§ 10. — Kde v ustanoveních tohoto nařízení mluví se o okresním úřadu, rozumí se tím politický úřad I. instance (hlavnoslužnovské úřady).

§ 11. — Toto nařízení nabývá účinnosti dnem vyhlášení; provéstí je ukládá se ministru sociální péče v dohodě s ministrem financí a vnitra.

(Vyhlášeno v částce 65. Sb. z. a n. dne 29. července 1926.)

Léčebný řád Léčebného fondu veřejných zaměstnanců.

I.

Práva pojištěncova.

1. Pojištěnec má nárok:

a) na poskytování lékařské pomoci všeho druhu praktickým lékařem;

b) na stanovení diagnózy odborným lékařem jen na poukaz, vydaný okresním sborem pro každý jednotlivý případ nebo na základě stručně odůvodněného doporučení praktického lékaře. Takového poukazu nebo doporučení není třeba k odbornému lékaři dětskému, jde-li o dítě do stáří jednoho roku. Při dalším léčení odborným lékařem platí Léčebný fond odborným lékařům pouze sazbu lékařů praktických, při čemž jest věci pojištěnce doplatiti rozdíl mezi sazbou lékařů praktických a odborných. V místech, kde není odborných lékařů, může na místo k odbornému lékaři poslati okresní sbor Léčebného fondu pojištěnce k jinému internímu lékaři (městskému);

c) pojištěnkám, manželkám pojištěnců a ostatním oprávněným ženským příslušníkům rodinným poskytuje se v případě porodu náhrada výloh za nezbytné výkony porodních asistentek v částce 300 Kč;

d) výkony zubolékařské pro profylaktické a kosmetické ošetření chrupu nebudou do doby, dokud nebude sjednána dohoda s lékařem o výši honoráře za ně, t. j. v prvních třech měsících od počátku pojištění (v měsících srpnu, září a říjnu 1926), vůbec poskytovány;

e) otázka přípustnosti mimořádných výkonů a honoráře za ně bude upravena zvláštní dohodou s lékařem nejpozději do tří měsíců od počátku pojištění. Do sjednání této zvláštní dohody platiti budou ustanovení a sazby podle smlouvy s nemocenskou pokladnou soukromých úředníků a zřízenců v Praze ze dne 1. července 1924.

2. Pojištěnec má právo voliti si praktického lékaře, zapsaného v seznamu lékařů, kteří uzavřeli s Léčebným fondem smlouvu o léčení. Tyto seznamy jsou vyloženy u okresních sborů nebo v místech jimi určených.

3. Dá-li se pojištěnec ošetřovati lékařem, se kterým nebyla smlouva uzavřena, náleží pojištěnci náhrada výloh jen podle tarifních sazeb, platných pro praktické lékaře, které činí 7 Kč za ordinaci a 14 Kč za návštěvu včetně příslušných povolených mimořádných výkonů.

4. Pojištěnec má nárok na poskytování potřebných léků a léčebných pomůcek podle těchto pravidel:

a) předpisovány býti mohou všechny oficielní a neoficielní léky ve způsobu a množství, jaké lékařská věda uznává k léčení za vhodné a postačitelé;

b) předpisovány býti mohou lékárnické přípravky (speciality), které jsou úředně k všeobecnému prodeji připuštěny a které k docílení léčebného úspěchu jsou nutné, nemohouce s úspěchem nahrazeny býti předpisem léků oficielních. K opakování specialí, jejichž cena v nejmenším balení přesahuje částku 30 Kč, je nutno svolení okresního sboru;

c) pouze se schválením okresního sboru mohou býti předpisovány: výživné přípravky,

léčivá vína všeho druhu, více než 3 normální láhve, celkem pro jeden případ onemocnění,

léčivých mýdel více než 3 kusy nejmenší velikosti, celkem pro jeden případ onemocnění,

léčebné pomůcky všeho druhu (na př. mísy ke kálení, podušky, pásy, kathetry o pod.);

d) předpis lihových nápojů (víno, malaga, šampaň, koňak atd.) je dovolen pouze v případech zcela naléhavých a lékařem zvláště odůvodněných, nikdy však jako všeobecný prostředek sílicí;

e) vůbec nesmí býti předpisovány toaletní a kosmetické přípravky všeho druhu (zubní pasty, vody, prášky, pomády, toaletní krémy a pudry, vody na vlasy, kartáčky na zuby atd.).

Léčebný fond si vyhrazuje právo upozorniti lékaře na předpisování zbytečně nákladných léků.

Předpisy léků budou psány pokud možno na blanketech Léčebného fondu, které na požádání zašle lékaři místně příslušný okresní sbor. Pokud lékař těchto blanketů nemá, musí na receptu čitelně uvést, že jde na účet Léčebného fondu, jakož i plné jméno člena a jeho bydliště, též jméno jeho zaměstnavatele (úřadu).

5. Vyžaduje-li toho ráz nebo průběh nemoci, anebo nemá-li doma nemocný potřebného ošetření, anebo nedbá-li lékařských nařízení, má býti odkázán do nejbližší veřejné nemocnice, nebo jiného vhodného bližšího léčebného ústavu. Poukázku ku přijetí do nemocnice vydá na poukaz léčícího lékaře okresní sbor.

6. Osobě, již povoleno bylo odborné léčení, a jež musí za tím účelem dojížděti do místa mimo své bydliště, nahradí se nezbytné dopravné, a potřeboval-li nemocný průvodce, i dopravné jeho. Totéž platí o dopravě nemocného do nemocnice a zpět.

7. Léčí-li se pojištěnec v nemocnici, anebo v některém léčebném ústavě bez svolení okresního sboru Léčebného fondu, má nárok na příspěvek, který sestává z částky, rovnající se léčebnému podle poslední platové třídy nejbližší veřejné nemocnice za celou dobu, kterou ošetřovaný v ústavě ztrávil. Nebudou mu však hrazeny jakékoliv jiné výdaje s ošetřováním spojené.

II.

Povinnosti pojištěncovy.

1. Při dožadování se lékařské pomoci jest pojištěnec (rodinný příslušník) povinen přispěti ze svého u praktického lékaře částkou 2 Kč za ordinaci a 4 Kč za návštěvu, u odborného lékaře jednou tolik. Částky tyto se zapravují v poštovních známkách; smí se však používati jen známek celokorunových. Používati známek haléřových není přípustno. Znamky se přilepují na poukázce na místě k tomu cíli určeném a musí býti přepsány při každé ordinaci nebo návštěvě udáním dne ordinace nebo návštěvy.

2. Vyžadují-li se přesporní návštěvy přes 2 km od bydliště nemocného vzdálené, je pojištěnec povinen dodati lékaři povoz nebo mu uhraditi cestovní náklady paušální sazbou 3 Kč za každý ujetý km tam a zpět. Na úhradu cestovních nákladů přispěje Léčebný fond částkou nejvýše 1 Kč za každý km tam a zpět, měřeno však od bytu nejbližšího lékaře. Kromě povozu může lékař požadovati od pojištěnce odškodné za ztrátu času, nejvýše však 2 Kč za každý ujetý km. Na úhradu těchto nákladů zaplatí Léčebný fond pojištěnci 2 Kč za každý km, měřeno však od bytu nejbližšího lékaře; vyžadují-li toho místní poměry, může býti tato sazba zvýšena až na částku Kč 2.50. Úprava náhrady za jízdy a ztrátu času při návštěvách k více pacientům současně bude provedena zvláštní dohodou. Byla-li návštěva konána v neděli, nebo ve svátek, nebo památný den zákonem stanovený, zaplatí Léčebný fond o 50 proc. více, byla-li návštěva konána v noci, zaplatí se o 100 proc. více než jak uvedeno v předchozím, při čemž se však lékaři zavazují omeziti návštěvy takové na míru nejmenší.

3. Poškodí-li pojištěnec Léčebný fond přetvařováním se nebo jiným způsobem, jest povinen škodu nahraditi ve výši, určené ústředním sborem.

III.

Pravidla pro nemocné.

1. Dožaduje-li se pojištěnec lékařské pomoci, koupí si u příslušného okresního sboru Léčebného fondu nebo v místě jím určeném poukázku k praktickému lékaři. Potvrzení poukázky musí si opatřiti pojištěnec jsoucí v aktivní službě nebo jeho příslušník rodinný od zaměstnavatele — přednosty úřadu služebního místa — nebo od okresního sboru, v jehož obvodě v době onemocnění se zdržuje.

Pensista (jeho rodinný příslušník) opatří si potvrzení buď od úřadu, pensijní požitky vyplácejícího (příspěvek strhujícího) nebo přímo u příslušného okresního sboru. Okresní sbor může určit úřad, který potvrzení za něho bude vydávati. Zaměstnavatel — okresní sbor — nebo úřad jím určený jest oprávněn požadovati předložení dokladů, osvědčujících nárok, zejména na léčení rodinných příslušníků (občanská legitimace, křestní, domovský, konskripční list, jmenovací, pensijní dekrety a pod.). Nemůže-li si pojištěnec (rodinný příslušník) poukázku zavčas opatřiti, prokáže se podobným dokladem lékaři sám, jest však povinen dodatečně poukázku i s příslušnými známkami lékaři dodati; neučiní-li tak, jest lékař oprávněn požadovati od něho zaplacení honoráře podle sazeb pro soukromé pacienty.

2. Poukázka platí pro jednu a tutéž nemoc jedné a téže osoby, nejvýše však na dobu 3 měsíců ode dne prvního lékařského výkonu; trvá-li nemoc déle, musí býti předložena nová poukázka. Během jedné a téže nemoci není dovoleno lékaře měniti, leč s výslovným souhlasem okresního sboru.

3. Chce-li pojištěnec vyhledati odborného lékaře za účelem stanovení diagnosy, vyžádá si poukázku k odbornému lékaři od svého příslušného okresního sboru, anebo mu ji může vydati též jeho léčící praktický lékař. Tato poukázka od praktického lékaře potřebuje však ku své platnosti ještě potvrzení okresního sboru. Kdyby léčící praktický lékař odpřel vydati poukaz k odbornému lékaři, má pojištěnec právo dožadovati se vydání poukázky přímo u okresního sboru. S poukázkou k odbornému lékaři naloží pak pojištěnec jak uvedeno v odstavci předešlém ohledně poukázky k praktickému lékaři.

4. Lékař budiž vyhledáván vždy ve svých hodinách ordinačních, a návštěvy, o něž jest žádán, buďtež mu rovněž hlášeny, pokud možno v hodinách ordinačních, nejpozději však do třetí hodiny odpolední.

5. Vyžaduje-li se lékařský výkon mimo hodiny ordinační, nebo návštěva neohlášená ve stanovenou dobu, může lékař požadovati od pojištěnce (příslušníka rodinného) doplatek Kč 3.50 za ordinaci a Kč 7.— za návštěvu; leč že by se jednalo o případy mimořádné, okamžité pomoci vyžadující, při kterých tyto doplatky uhrazuje Léčebný fond. — V době od 7. hodiny večerní do 7. hodiny ranní, dále v neděli, svátky a památné dny zákonem stanovené platí se dvojnásobná sazba. Za noční návštěvu nepovažuje se návštěva, vykonaná po 7. hodině večerní, bylo-li o ni požádáno do 6. hodiny odpolední.

6. Dožaduje-li se pojištěnec příspěvku na lázeňské neb klimatické léčení anebo ozdravení, může mu ústřední sbor Léčebného fondu vyhověti jen tehdy, když léčící lékař potvrdí v uzavřené obálce, že bezprostředně předcházela nějaká prudká choroba, anebo že běží o trvalou chorobu konstitucionální.

7. Lékařské ošetření má býti poskytováno dostatečnou měrou a

směřovati k uzdravení co možná nejrychlejšímu. Má-li býti léčení ambulantní či domácí, rozhoduje léčící lékař. Nárok na léčení domácí má pouze, kdo jest upoután na lůžko, anebo komu lékař nedovolí opustiti příbytek.

8. Na lékaři nebudtež požadovány výkony, kterých tento neuznává za nutné.

9. Lékař není povinen převzít ošetření nemocného, k němuž má jiný smluvní lékař blíže.

IV.

Všeobecné.

1. Hlášení nemocí okresnímu sboru Léčebného fondu bude omezeno na nemoce, vyžadující více než 5 ordinací nebo návštěv. V těchto případech bude ošetřující lékař povinen ihned po 5. ordinaci nebo návštěvě oznámiti příslušnému okresnímu sboru jméno pacienta, jeho bydliště, jméno jeho zaměstnavatele, diagnosu a datum prvního vyšetření (u rodinných příslušníků kromě jména onemocnělého příslušníka, také jméno dotýčného pojištěnce).

2. Laická kontrola zpravidla nebude prováděna. — Kontrola lékařská může býti prováděna úředním lékařem nebo jiným lékařem, důvěrníkem (ať již místním nebo odjinud delegovaným).

3. Nemocný člen i jeho rodinný příslušník bude povinen se podrobiti této kontrole (prohlídce, specifickému vyšetření atd.). — Uzná-li revidující lékař způsob léčení, prováděný ať praktickým nebo odborným lékařem za velmi zdlouhavý, neúčelný a nákladný, může v dohodě s ošetřujícím lékařem sjednati na místě nápravu. Nesouhlasí-li pojištěnec s příslušným opatřením, oznámí revidující lékař případ okresnímu sboru, který toto oznámení neprodleně s příslušným návrhem zašle ústřednímu sboru k rozhodnutí. Rozhodne-li ústřední sbor v neprospěch pojištěnce, nepřísluší mu náhrada za toto neúčelné léčení, a bude mu uhrazeno z prokazatelných výloh pouze tolik, kolik vyžádalo by si podle úsudku lékaře revidujícího léčení účelné nebo méně nákladné. Ode dne doručení rozhodnutí ústředního sboru, nepřísluší nemocnému, který neuposlechne rady revidujícího lékaře, vůbec žádná náhrada.

Vládní nařízení ze dne 16. července 1926, č. 146, kterým se vydává volební řád do orgánů Léčebného fondu veřejných zaměstnanců a do rozhodčích soudů.

Vláda republiky Československé nařizuje podle § 16 a § 17, odst. 3., pokud se týče § 41, odst. 3., zákona ze dne 15. října 1925, č. 221 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců:

HLAVA I.

Volba členů okresního sboru.

§ 1. — ⁽¹⁾ Pro obvod každého okresního úřadu zřizuje se okresní sbor Léčebného fondu. Obvodem okresního sboru v hlavním městě Praze a v zemském hlavním městě Brně jest obvod stanovený zákony ze dne 6. února 1920, č. 114, resp. ze dne 16. dubna 1919, č. 213 Sb. z. a n.

⁽²⁾ Okresní sbor Léčebného fondu je pětičlenný. V čele stojí přednosta okresního úřadu nebo jeho zástupce; ostatní 4 členy a jejich náhradníky volí pojištěnci. Okresní lékař zúčastní se schůzí okresního sboru s hlasem poradním.