

Od roku 1993 je součástí naší Ústavy Listina základních práv a svobod, v jejímž 31. článku se praví: „Občané mají na základě veřejného pojištění právo na



bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Problémem je, že současná podoba zákona o veřejném zdravotním pojištění tyto podmínky definuje velmi nerovnoměrně.

U léčiv je proces jejich vstupu do úhrady z veřejného zdravotního pojištění popsán podrobně, včetně způsobu nastavení výše úhrady a určení instituce, která je touto agendou pověřena. Naopak u zdravotních výkonů, až na některé specifické výkony a vyjmenování výkonů nehrazených, je rozsah hrazené péče vymezen bezbřezě jako vše, co zlepšuje či zachovává zdravotní stav pojištěnce, nebo zmírňuje jeho utrpení. Reálná regulace se pak odehrává na podzákoně úrovni pomocí Seznamu výkonů, Úhradové vyhlášky a číselníků VZP.

Přes lamentace legislativních puristů tak již 24. rokem rozdělujeme významnou část prostředků zdravotního pojištění ústavně nekonformním způsobem. Když to fungovalo, tak se tím trápit nemusíme, ale problémy narůstají.

Absence zákonného rámce pro údržbu Seznamu výkonů vede k jeho nereformovatelnosti a zaostávání za vývojem medicíny. Bludný cyklus úhradových vyhlášek umožňuje svědovi a neodpovědnost, překáží odpovědné smluvní politice a dlouhodobým investicím. Nedostatečné vymezení rozsahu hrazené péče zákonem tvoří překážku legálního vstupu soukromých peněz do zdravotnictví a brání účinné ochraně pojištěnců v kontaktu se zdravotními službami.

Nepopsání procesu zavedení DRG zákonem vedlo k tomu, že po 20 letech jeho zavádění stále přeshlapujeme na startu. Asi je těch hříchů ještě více, ale i ty uvedené jsou důvodem ke změně. Je nasnadě, že potřebujeme v zákoně popsat způsob, jak budou zdravotní výkony do úhrady ze zdravotního pojištění vstupovat, jak se bude jejich obsah aktualizovat a jak mohou být z úhrady vyřazovány. Měla by být jasná role a nasazení HTA, kde se přimlouvám za jeho využívání v situacích, kdy je vstup nové technologie spojen se zvýšením nákladů nad stanovený limit. Konečně by měla být ustanovena instituce, která se bude věnovat vývoji a údržbě úhradových mechanismů, pracovně jí řekněme třeba Institut zdravotního pojištění.

Napsat nový zákon nebude snadné, ale z celého procesu změny to je ta lehčí část. Daleko obtížnější bude jej vítězně protáhnout legislativním procesem a následně aplikovat do každodenní praxe. Štěstěna přeje připravěným.

*Příjemné počtení přeje  
MUDr. Pavel Vepřek*

## Jak stanovit rozsah bezplatné péče zákonem?



Ondřej Dostál



Milan Cabrnach



Ladislav Friedrich

úhel pohledu

## volné fórum



Ladislav Švec

Alena Dernerová



Tomáš Doležal

Jana Kotlářová

právní  
okénko

**Elektronická evidence tržeb  
– shrnutí právní úpravy**

## úhel pohledu

**JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.**  
**právník, Platforma zdravotních pojišťenců, z. ú.**

### Jak (ne)stanovit rozsah bezplatné péče?

Předpokladem správně fungujícího zdravotnictví je ekonomicky racionální, právně závazné stanovení rozsahu hrazené péče (v debatách se používají pojmy „nároku“ či „úhradového standardu“). V tomto článku i na semináři iniciativy Zdravotnictví 2.0 se pokusím obhájit teze, že je zcela v souladu s Listinou základních práv a svobod vymezit „standard a nadstandard“; že tento rozsah péče hrazené je jednoznačně určen zákonem již dnes pro každý myslitelný výkon, lék či pomůcku; že je však toto zákonné vymezení v praxi ignorováno a z ekonomického hlediska je nárok stanoven zcela odlišně; že je tento stav protiprávní a škodlivý pro většinu občanů a zdravotníků; a že náprava je možná.

#### Přípouští čl. 31 Listiny placenou péčí nebo spoluúčasti pacientů?

Ústavní soud si tuto otázku výslovně položil v roce 2013 ve věci „Vyhláškové nadstandardy“ (Pl. ÚS 36/11) a výslovně konstatoval, že ano. Slovy soudu v bodě 43 nálezu, „samotné rozdělení zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění na variantu základní, z veřejného pojištění plně hrazenou, a variantu ekonomicky náročnější je v souladu s naším ústavním pořádkem.“ Již dříve, ve věci „Paragraf Fischerové“ (Pl. ÚS 14/02) zaujal soud názor, že „formalistické lpění na bezplatnosti lékařství pro jednotlivce v rozšiřujícím pojetí by mohlo spíše vést ke snížení úrovně bezplatné lékařské péče hrazené z veřejného pojištění v pravém slova smyslu pro všechny členy společnosti.“ Právně není co řešit, zákonodárcem může úhradový standard a nadstandard vymezit.

#### Je úhradový standard stanoven platným zákonem?

Samozřejmě ano. Každý konkrétní výkon, lék

či zdravotní pomůcku u konkrétního pacienta je možno poměřit s pravidly uvedenými v § 13 a násl. zákona č. 48/1997 Sb. a získáme odpověď, zda jde o položku hrazenou plně, částečně či vůbec. Že jsou zákonná pravidla formulována velmi obecně, to nevádí. Právo jako obor má přesná pravidla pro interpretaci a aplikaci obecných pravidel na konkrétní případy.



*Ondřej Dostál*

Z dlouhé linie nálezů

Ústavního soudu víme, že stanovit výši a podmínky úhrady je možno jen dle pravidel stanovených přímo v zákoně. Parlament má sice širokou pravomoc rozsah hrazené péče rozšiřovat, zužovat či měnit. Tutéž pravomoc ale nemá Ministerstvo zdravotnictví, a to ani vyhláškou (Pl. ÚS 35/95 „Zdravotní řád“, Pl. ÚS 36/11 „Vyhláškové nadstandardy“, Pl. ÚS 43/13 „Lázeňská vyhláška“) ani skrze odborné komise (Pl. ÚS 36/05 „Kategorizační komise“). Zdravotní pojišťovna má nulovou pravomoc rozhodovat, co bude či nebude hrazeno (srv. judikaturu NSS ČR o právní nicotnosti číselníků), rozsah

**Cestou opakovaného podnětu ke zrušení úhradové vyhlášky by se mohlo podařit prosadit pravidlo, že ze zákona hrazená péče musí být skutečně nasmlouvána, poskytnuta a uhrazena.**

hrazené péče taktéž nelze nijak ovlivnit smlouvou mezi pojišťovnou a výrobcem léčiv či pomůcek, ani stanoviskem patientské či odborné komise.

Pokud by měl být platný zákon č. 48/1997 Sb. dodržován vždy a všude, byl by benevolentní neúměrně k příjmům systému. Hrazeným standardem tak může být extrémně drahá operace na nejmodernějších přístrojích, protože projde testem § 13 odst. 1, nikde v zákoně není z úhrady vyloučena; to, že Seznam výkonů takovou polož-

ku nezná, je irelevantní, protože vyhláškou omezit nárok nelze. Pokud se vynalezne pro beznohé bionická noha za dvacet milionů, funkčně plně nahrazující skutečnou, přispěje na ni pojišťovna každému patnácti miliony, protože dle § 15 odst. 12 se pomůcky neuvedené v příloze zákona hradí ze 75 %; unikátní položka z povahy věci nemá „ekonomicky méně náročnou variantu“ a soud patrně neuzná za adekvátní levnější řešení berle nebo vozík. Pokud se vynalezne lék proti smrti za miliardu, bude v lůžkové péči dle § 15 odst. 5 hrazen každému a vždy, v ambulanci péči také projde testem § 16, neboť ani jedno z uvedených zákonných ustanovení neobsahuje korektiv nákladové efektivity.

Nelze se zlobit na pojištěnce, že ekonomicky neúnosné benefity garantované zákonem požadují a soudně vymáhají. Společenská smlouva vyjádřená zákonem zní: já vám povinně platím pojistné; vy mi za to povinně zajišťujete hrazenou péči v rozsahu zákona. Pokud to ekonomicky nefunguje, může pravidla hry změnit zas jen zákonodárce.

## Úhradový reflux

Náš systém zdravotnictví počítá s tím, že rozsah nároku stanoví parlament. Rolí zdravotních pojišťoven je tento nárok co nejlevněji na trhu nasmlouvat a jeho čerpání v plném rozsahu proplatit. Realita je ovšem odlišná. Pojišťovny financují poskytovatele péče prostřednictvím přidělených rozpočtů – tu lépe, tu hůře. Skutečný rozsah nároku, to, čeho se konkrétní nemocný opravdu dobere, je určen možnostmi a rozpočtem konkrétního zařízení, do kterého se dostane. Regulátor tento stav jen pasivně aprobuje v každoročně vydávané úhradové vyhlášce. Zákonný nárok je pro praxi irelevantní, s výjimkou mizivé části pojištěnců, kteří si jej dokážou vynutit. Ti ostatní akceptují, že většina moderní péče je „de facto nadstandard“, za který se buď otevřeně platí, nebo se získává skrze sociální kapitál, nebo ho běžný člověk nečerpá. Pro tento stav, kdy každodenní realita určuje, co se stává právem, existuje v teorii pojem „normativní síla skutečnosti“. Jde o nešvar, o popření právního státu, o státoprávní reflux, kdy moc neproudí od lidu k zákonodárci a od zákonodárce ve formě dodržovaných zákonů do praxe, ale kdy praxe sama vytváří soubor zvykových pravidel, se kterými se musí každý smířit.

## Cesta ke změně

Prvním krokem k nápravě je uvědomit si, že je

potřebná. Plaku na nutnost racionálního vymezení hrazené péče v zákoně stojí v cestě systém úhradových limitací, které umožňují přenést tíži rozporu mezi ekonomickými možnostmi systému a přislíbeným rozsahem nároku na poskytovatele, potažmo na zdravotníky a „většinové“ pojištěnce.

Zdrojem úhradových limitací jsou úhradové vyhlášky a úhradové dodatky, které již byly opakovaně předmětem kritiky Ústavního soudu (např. Pl. ÚS 36/11). Cestou opakovaného podnětu ke zrušení úhradové vyhlášky by se mohlo podařit prosadit pravidlo, že ze zákona hrazená péče musí být skutečně nasmlouvána, poskytnuta a uhrazena. To by samo o sobě žádnou reformu nepřineslo, naopak nutnost skutečně zajistit stávající nárok každému by podstatně zvýšila náklady zdravotních pojišťoven. Část nákladů by šlo pokrýt odstraněním plýtvání, spojeného s rozpočtovým financováním neefektivní sítě poskytovatelů. Přesto by byl zákonodárce přinucen vybočit ze své stávající zóny komfortu a představit občanům řešení, co a proč hrazeno nadále bude a co bude muset být vyhrazeno do sféry spoluúčasti. V předvolebním roce je pro takovou iniciativu ten nejvhodnější čas.

---

---

**MUDr. Milan Cabrnok, MBA**  
**spoluautor Seznamu výkonů**

## Nárok: stanovení rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Nárok je pojmenování rozsahu zdravotních služeb, jejichž poskytnutí v odůvodněném případě pojištěnci, účastníkovi veřejného zdravotního pojištění, pokryje zdravotní pojišťovna.

Pojištěnec má bezpochyby právo vědět, na jakou péči má nárok, tedy jaká péče mu bude (a nebude) z jeho zdravotního pojištění hrazena.

Neexistuje žádná smlouva mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem. Účast ve veřejném zdravotním pojištění není dobrovolná, občan je k účasti nucen státem prostřednictvím zákona. Stát současně rozhoduje o výši pojistného, o rozsahu služeb z pojistného hrazených i o cenách a způsobech, jakými pojišťovna tyto služby zdra-

votnickým zařízením hradí. Je to tedy zcela logicky právě stát, po kom pojištěnec plným právem žádá informaci o svém Nároku.

Odborná i laická veřejnost je řadu let opakovaně konfrontována s otázkou, zda máme či nemáme dost peněz na zajištění zdravotní péče, zda máme či nemáme dost lékařů, sester, nemocnic a podobně. Současně není zřejmé, na jaký rozsah zdravotní péče máme tyto peníze, lékaře či nemocnice počítat. Při současně vágně stanoveném rozsahu – pacient má nárok na vše (až na vyjmenované výjimky, jako například akupunktura či kosmetické výkony) – a současné organizaci zdravotní péče (svobodná volba lékaře, nulová zainteresovanost pacienta, chybějící regulace multiplicitní péče,...) je jasné, že nemáme a nebudeme mít dost peněz a lékařů nikdy.

Proč máme definovat Nárok? Ze tří základních důvodů. Prvním je zvýšení právní jistoty občana, kterého stát nutí být pojištěncem. Pojištěnec má bezpochyby právo vědět, co jeho pojištění kryje, na co má nárok, s čím může počítat, čeho se může domáhat, co může kontrolovat. Pojištěnec má ze zákona právo podílet se na kontrole hospodaření zdravotní pojišťovny.

Druhým důvodem je vytvoření legálního přístupu ke zdravotním službám, které občanovi jeho zdravotní pojišťovna nekryje, které z pojištění hrazeny nejsou. Když opustíme iluzi, že je hrazeno vše, logicky vznikne zájem dobrat se lepší, kvalitnější, často nákladnější zdravotní péče. Dnešní situace, kdy se pacient, který žádá péči nad rámec úhrady, musí vzdát svého práva na péči hrazenou, je nespravedlivá, neetická, nepochopitelná, neobhajitelná a neudržitelná. Když definujeme, co hrazeno je, otevíráme cestu legálně získat i to, co hrazeno není.

Třetím důvodem pro definování rozsahu a obsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je potřeba ohraničit rozpočet, definovat prostředky, které jsou na zaplacení hrazené zdravotní péče potřeba. Definování Nároku pochopitelně není ani jediným, ani dostatečným předpokladem pro určení potřebného rozpočtu veřejného zdravotního pojištění, ale je předpokladem nezbytným.

Pokud definujeme Nárok a plánujeme otevřít cestu, jak se legálně dobrat k péči mimo tento Nárok, navrhujeme vážnou, důležitou a potřebnou změnu. Hlavním principem této změny je mimo jiné zachování stávajícího rozsahu hrazené zdravotní péče. V souvislosti s definováním Nároku nenavrhujeme a neplánujeme omezení

rozsahu a obsahu zdravotní péče dnes z veřejného zdravotního pojištění hrazené. Nelze pochopitelně vyloučit, že další vývoj nepřinutí naši společnost k jiným krokům, které by rozsah hrazené péče či přístup k ní omezily, ale to s Nárokem n e s o u v í s í a není předmětem tohoto sdělení.

Pokud definujeme Nárok a umožníme jeho alternativu, musíme zajistit dostupnost Nároku pro každého pojištěnce. Toho dosáhneme tak, že zavážeme všechna zdravotnická zařízení, která mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, k tomu, že budou vždy nabízet v rozsahu smlouvy zdravotní péči hrazenou z pojištění. Nesmí se nikdy stát, aby nemocnice pojištěnce nutila k doplatku na lepší katetr jen proto, že ten „plně hrazený“ právě nemají na skladě – v takovém případě musí nemocnice poskytnout pojištěnci i ten nejdražší katetr „na pokladnu“, tedy bez doplatku.

Úhrada zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění vychází od roku 1997, tedy posledních dvacet let, z výkonů uvedených v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. V ambulantní péči a v komplementu funguje platba za výkon. V primární péči používáme kombinovanou kapitačně výkonovou platbu, kde kapitační paušál vychází z výkonů v kapitaci zahrnutých a další výkony jsou hrazeny mimo kapitaci. Historické rozpočty nemocnic jsou postaveny na výkonech vykázaných v referenčním období a na výkonech vykázaných v aktuálním roce. Platba za případovou směs, case mix, stojí na vykazovaných výkonech a diagnózách. Zdravotní péče, kterou zdravotní pojišťovny platí, je popsána ve výkonech.

Máme velkou výhodu v tom, že přesně víme, co je v jednotlivých výkonech obsaženo, tedy známe velmi přesně obsah uhrazené péče. Vzhledem k tomu, že známe v gigantických časových řadách



*Milan Cabrnach*

i frekvence vykázaných výkonů, známe i rozsah uhrazené péče.

Co vlastně víme o obsahu jednotlivých výkonů? Známe jednotlivé položky registračního listu výkonu. Registrační list je formulář, který vyplňuje ten, kdo žádá o zařazení výkonu do seznamu. Každý registrační list výkonu je přiřazen autorské odbornosti, tedy za jeho odborný obsah nese odpovědnost konkrétní odborná společnost, nejčastěji sdružená do České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Registrační list výkonu obsahuje kalkulační položky a popisné položky. Kalkulační položky jsou použity pro kalkulaci bodové hodnoty výkonu, popisné položky je doplňují. Kalkulace bodové hodnoty výkonu je vypočtena podle kalkulačního vzorce, který byl dohodnut mezi pacienty, poskytovateli, pojišťovkami a státem v roce 1995.

Kalkulační vzorec zahrnuje osobní náklady nositele výkonu, spotřebované materiály a léky, přístroje použité při výkonu a režii.

Osobní náklady nositele výkonu se počítají podle času nositele výkonu, tedy jaký čas nositel výkonu k výkonu potřebuje, a podle minutových osobních nákladů. V registračním listu je uvedena nejnižší možná kvalifikace nositele výkonu, v katalogu nositelů jsou potom jednotlivé kategorie nositelů a jejich osobní náklady, přepočtené na minuty práce.

Spotřebované materiály a léky jsou uvedeny v registračním listu v určitém počtu. V katalogu materiálů a katalogu léků je potom uvedena cena jednotlivých materiálů a léků. Kalkulace je prostým součinem množství a ceny. Důležité je využívat u všech výkonů stejný katalog materiálů a léků.

Přístroje využívané během výkonu jsou kalkulovány na základě pořizovací ceny přístroje, nákladů na jeho údržbu a na základě jeho životnosti na čas výkonu. Pro spravedlivou kalkulaci výkonů různých odborností je opět klíčový sjednocený katalog přístrojů.

Režie se k výkonu přiřazuje jako minutová režie pracoviště na základě celkového času výkonu. V režii jsou zahrnuty všechny náklady, které nejsou kalkulovány do výkonu v přímých položkách. Pro potřeby úhrady je režie a její stanovení zásadní, ale pro naše dnešní potřeby definice Nároku již tolik ne.

O jednotlivém výkonu tedy víme, kdo jej poskytuje a jaká má být jeho kvalifikace, jak dlouho se má výkonu věnovat (nositel výkonu), jaké léky a jaké materiály jsou ve výkonu zahrnuty, které přístroje se při výkonu používají a jak dlouho výkon trvá. Další informace nám dávají popisné položky registračního listu. Popisují, čím výkon začíná, jak probíhá, co je jeho obsahem a čím výkon končí. Máme tedy velice podrobné informace o každém výkonu a na nich můžeme postavit podrobnou a jasnou definici Nároku.

Seznam výkonů je velmi dynamickým prostředím. Obsahuje docela jistě mnoho chyb. Některé byly zaneseny již při jeho vzniku, jiné se přidaly během ne vždy zcela korektních novelizací. Chyby jsou vážným problémem, ale nemohou nám zabránit seznam výkonů pro stanovení nároku využívat. Nejenže i podle těchto chyb dvacet let pojišťovny hradí zdravotní péči, ale především mohou být tyto chyby opraveny.

Zdravotní péče se rychle vyvíjí, tak jak se vyvíjí medicína a poznání. Přicházejí nové metody, nové technologie, postupy, nástroje, léky. Na tento vývoj musí reagovat i seznam výkonů. Je logické, že vznikají nové výkony, mění se výkony stávající, některé možná ze seznamu vypadnou.

Jak oprava chyb, tak zohlednění vývoje musí mít svá pravidla. Pro udržitelné využívání seznamu výkonu pro stanovení Nároku i pro účely úhrady zdravotní péče je potřeba seznam výkonů aktualizovat. Jako vyhláška ministra zdravotnictví může být seznam výkonů kdykoli změněn rozhodnutím ministra. Pro úspěšné fungování by měl ministr zdravotnictví stanovit jasná pravidla a termíny pro novelizaci seznamu výkonů: kdo může podat návrh, kdo návrh vyhodnotí, kdo jej bude připomínkovat. Navrhované změny by měly být projednány v dohodovacím řízení s účastí pacientů, odborných společností, poskytovatelů, zdravotních pojišťoven a státu. Bylo by velice užitečné, aby byly pro jednotlivé kroky stanoveny jasné termíny, včetně termínu zveřejnění a účinnosti změn, nejlépe s pravidelným a závazným ročním cyklem.

Stanovení Nároku je nezbytným, potřebným a užitečným krokem v rozvoji českého zdravotnictví a veřejného zdravotního pojištění. Stano-

**Pojištěnec má bezpochyby právo vědět, co jeho pojištění kryje, na co má nárok, s čím může počítat, čeho se může domáhat, co může kontrolovat. Pojištěnec má ze zákona právo podílet se na kontrole hospodaření zdravotní pojišťovny.**

vením Nároku dáme pojištěncům vyšší jistotu a šanci lépe se domáhat svých práv, lépe se starat o své zdraví. Stanovením Nároku otevřeme korektní a transparentní cestu, jak se dobrat péče z pojištění nehrazené – vždyť je každému dávno jasné, že zdravotní pojištění nemůže pokrýt vše, a je neetické a nemorální nutit občany i lékaře k obcházení nevyhovujících zákonů nebo k podplácení. V seznamu výkonů, který používáme již dvacet let, máme díky jeho struktuře dostatek informací, díky kterým můžeme Nárok velmi dobře popsat. Korektní pravidelnou novelizací seznamu výkonů zajistíme českému zdravotnictví důvěryhodný nástroj nejen k popsání Nároku, ale i k transparentní a spravedlivé úhradě zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění.

---

**Ing. Ladislav Friedrich, CSc.**  
prezident, Svaz zaměstnaneckých pojišťoven ČR

## Jak stanovit rozsah bezplatné péče zákonem?

Svaz zdravotních pojišťoven ČR vstupuje do roku 2017 s návrhy úprav systému veřejného zdravotního pojištění, které doporučujeme politickým stranám a vládě vzniklé po volbách v letošním roce. Systém veřejného zdravotního pojištění totiž za uplynulých 25 let procházel často populistickými operativními úpravami a řada původně správně zamýšlených principů se postupně vytrácela ve prospěch centralizace hlavních rozhodovacích procesů na vládu a Ministerstvo zdravotnictví. Namátkou vzpomeňme zavedení a rušení poplatků, neúspěšný pokus o úpravy a restrukturalizaci sítě poskytovatelů zdravotních služeb, některé dotační investice a nákupy přístrojové techniky a každoroční diskuse o výši příspěvku státu a následné úhradové vyhláše. V porovnání s okolními srovnatelnými státy přesto prokázal náš systém poměrně dobrou funkčnost a obecnou efektivitu. Při sledování makroekonomických ukazatelů je však vidět, že kritické prvky postupně narůstají. Od roku 2014 postupně rostou mezitřídni nárůsty nákladů, a to při minimální inflaci. Rychle se mění struktura nákladů. Vzrůstá podíl vysoce nákladné péče a nákladů na lůžkovou péči, přičemž tyto náklady jsou u jednotlivých poskytovatelů i regionálně značně ne-

vyvážené. Plošně uplatňovaná cenová a regulační opatření často způsobují neodůvodněné rozdíly v cenách i do-  
s t u p n o s t i .  
Veřejné zdravotní pojištění nyní spotřebovává při dosud minimální inflaci roční nárůsty zdrojů okolo 5 %, tj. 10 až 15 mld. Kč, a přesto opakovaně vznikají krizové situace. Postupný nárůst inflace, možné zpomalení



*Ladislav Friedrich*

tempa růstu mezd a další faktory nám z dnešních nárůstů spotřeby odčerpají možná až 2–3 mld. Kč jen ve prospěch nutné valorizace. Již pro příští volební období by proto měly být uskutečněny úpravy stávajícího systému, tak, aby tempo růstu výdajů kleslo. Situace si změny vynutí. Je jen otázkou, kdy se tak stane a jak budeme mít úpravy promyšlené a připravené.

SZP ČR navrhuje, aby se tyto nutné systémové úpravy soustředily do několika věcně propojených oblastí. Celkově jde o to:

- využít konkurenci poskytovatelů zdravotních služeb s cílem zvýšit efektivitu léčebných procesů a nastavení objektivně správných cen;
- využít konkurenci zdravotních pojišťoven k hledání nákladových rezerv včetně diferencované sazby části pojistného a pro občany atraktivních volitelných programů;
- využít schopnosti a ochoty pojištěnců přizpůsobit své chování racionálním omezením výměnou za jiné benefity a schopnosti části populace připlácet si za zvýšenou kvalitu a rozsah zdravotní péče.

Je přitom zřejmé, že podmínkou, aby bylo možno zvýšit konkurenci a prostor pro iniciativu všech účastníků systému, je zvýšit i transparentnost nároku pojištěnce na bezplatně poskytované služby a celého procesu, v němž se průběžně tento rozsah musí upravovat.

Rozsah nároku z veřejného zdravotního pojištění je přitom stanoven zákonem velmi komplikovaně a co do přesnosti a funkčnosti určitě

ne vyváženě. Relativně přesně je dán např. vznik nároku na úhradu léčivých přípravků, kde zákon jasně definuje proces, jak se která cena a úhrada stanoví. U lázeňské péče je nárok klienta definován přímo zákonem s podrobnou definicí. U nároku na asistovanou reprodukci je již zákon jen obecný a konkrétní obsah není příliš stanoven a pak nalézáme hlavně jen obecnou definici nároku s odkazem na seznam zdravotních výkonů a částí taxativně vyjmenovaných nenárokových služeb. Právě tímto způsobem je však rozsah skoro celého pojištění převážně specifikován. Jakákoliv zpřesňující definice nároku provedená v seznamu zdravotních výkonů však má již z pohledu ústavního práva jen charakter vyhlášky. Poslední pojistkou pro nárok klienta je pak známý paragraf 16, který sice umožňuje uhradit pojištěnci i jinak nehrazenou péči, ale ověřit, do jaké míry zdravotní stav a příslušná (obvykle velmi nákladná) léčba splňuje velmi obecná zákonná kritéria, je často velmi obtížné i pro lékařské specialisty.

Solidární veřejné zdravotní pojištění zajišťuje zákonem vymezený rozsah bezúplatně poskytované zdravotní péče. S vývojem medicíny se samozřejmě tento stanovený rozsah musí postupně upravovat. Účinné a efektivní léčebné postupy je nutno do garantované péče přidávat a již neefektivní by měly být odstraňovány. Pro nově zařazovanou léčbu by mělo platit, že bude při stanovených indikačních omezeních skutečně dostupná pro všechny, kteří na ni budou mít nárok, a že průkazný léčebný efekt bude pro pacienty dosažen za takovou cenu, aby neohrozil financování ostatní zdravotní péče. Už z povahy těchto podmínek vyplývá, že část zdravotnických služeb je a bude mimo zákonem stanovený rozsah, a to buď dočasně, nebo trvale. Pokud si takovou zdravotní péči bude pacient přát, měl by mít právo si ji se zaručenou kvalitou a v návaznosti na léčbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění koupit a zaplatit.

**Systém veřejného zdravotního pojištění totiž za uplynulých 25 let procházel často populistickými operativními úpravami a řada původně správně zamýšlených principů se postupně vytrácela ve prospěch centralizace hlavních rozhodovacích procesů na vládu a ministerstvo zdravotnictví.**

Kromě například estetické plastické chirurgie se to týká i příplatků za kvalitnější materiály nebo alternativní operační výkony a techniky. Je v zájmu zdravotnictví v ČR, aby se objem placených služeb postupně zvyšoval. Je celospolečensky žádoucí, aby ti, kdo mají dostatečné finanční prostředky, je vynakládali ve prospěch domácího zdravotnictví. Zvýšená kvalita a finanční stabilita se pak nepochybně zpětně odrazí i na úrovni služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Stávající zákaz kofinancování a nedostatečná funkce sociální ochrany vede k tomu, že se v řadě případů zákon obchází nebo přímo podvádí a ČR je ve srovnání s ostatními evropskými státy hluboce pod obvyklou mírou přímých plateb občanů. Je tedy nutné zpřesnění definice nároků pojištěnce v zákoně a vytvoření prostoru pro legální možnost příplacení na nadstandard. Aktuálně se nabízí rozšiřování výčtu výkonů, které dle zákona nejsou hrazeny v systému veřejného zdravotního pojištění (současná příloha č. 1 dle § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.), a uzákonění procesu pro vstup léčebné metody do procesu posuzování a vlastní posouzení účelnosti a efektivity. Zároveň by mělo dojít i ke změně procesu, kterým se průběžně připravuje návrh úpravy zákonného rozsahu veřejného zdravotního pojištění. Tuto úlohu by měla plnit procesně nezávislá státní instituce s využitím principů HTA. Tím se nejen zajistí transparentní prostředí pro poskytování bezplatné péče, ale i korektní prostředí pro poskytování péče placené. Ve stabilizovaném a předvídatelném systému se pak bude moci uplatnit i nabídka na poskytování připojištění. Je přitom zřejmé, že už věcná návaznost na bezplatnou léčbu vede k tomu, aby nabídku připojištění a část s tím spojených činností mohly zajišťovat zdravotní pojišťovny. Vlastní pojistné produkty však musejí připravovat a pro klienty garantovat samostatně smluvní (komerční) pojišťovny pracující v režimu zákona o pojišťovnictví.

1. *Nedostatečné vymezení rozsahu bezplatné péče zákonem je předmětem letité diskuse, pokládáte to za problém vyžadující řešení?*
2. *Jak by měl být zákon stanovující rozsah bezplatné zdravotní péče postaven a co by měl obsahovat?*
3. *Jaký postup bychom měli zvolit k hladké transformaci současné praxe do ústavně konformního řešení?*



*JUDr. Ladislav Švec  
ředitel, Kancelář zdravotního  
pojištění, z. s.*

#### *odpovědi Ladislava Švece:*

1. Vymezení role a odpovědnosti jednotlivých aktérů je základem každého systému. Financování zdravotních služeb není výjimkou. Současný právní a faktický stav je ale spíše rozdělením neodpovědnosti. Jasně vymezení nároku pojištěnce vůči zdravotní pojišťovně je vedle revize role státní exekutivy jedním ze základních kamenů nápravy i předpokladem dalšího rozvoje systému. Každopádně bez standardu nemůže existovat nadstandard, bez pojištění při pojištění, bez vymezení závazku veřejné instituce vůči občanu není, co po ní v rámci veřejnoprávní kontroly vyžadovat, kontrolovat atd. atd.

Na základě dlouholeté zkušenosti z komunikace s ostatními evropskými systémy považují pluralitní veřejné zdravotní pojištění při všech jeho slabinách za nejefektivnější a nejstabilnější řešení. Chceme-li pokračovat v jeho rozvoji, musíme se proto otázkou vážně zabývat. Nemělo by ale zůstat pouze u vymezení nároků pojištěnce vůči ZP. Souvisejícím logickým krokem musí být omezení ingerence politické státní exekutivy do jejich smluvního zajištění, potažmo do příjmové stránky systému.

2. Mělo by jít o kombinaci pozitivního a negativního vymezení nároku. Nejenom ve smyslu určení, co má být hrazeno, ale i kým, kde, dokdy a jak často může být tato hrazená dávka poskytnuta. Měl by být upraven i proces pravidelné revize vymezení nároku. Nebál bych se ani detailnějšího zákonného pozitivního vymezení služeb, které v podobě podzákonné normy i dnes de facto pro stejný účel používáme. V každém případě jde o politicky i věcně nejnáročnější úkol, který před některou z dalších generací legislativců stojí. Nepochybně nepůjde o proces, který by přinášel plusové body, spíše naopak umožní komukoliv najít si svůj důvod pro kritiku. Ať totiž vymežíme nárok jakkoliv (i kdybychom pouze zakotvili současný status quo), bude

toto vymezení zároveň omezením. A to se politicky prodává docela špatně.

3. Problémem není ani tak řízení procesu přípravy legislativně konformního řešení, i když je zřejmé, že na něm bude muset být odpracováno hrozně moc práce. Základním problémem je neexistence dostatečně silného podnětu k podstoupení této trnitě cesty. Obávám se, že výklad Ústavního soudu nebude pro tento účel stačit. Nevyhovuje nakonec současný stav až příliš velké části aktérů? Ad absurdum, k hladké transformaci do ústavně konformního řešení, bychom tudíž především potřebovali buď mimořádně odvážnou a systémově uvažující politickou reprezentaci, nebo zásadnější problémy s financováním a organizací současného systému, které nás donutí ke změně. To lze svým způsobem považovat za dobrou zprávu. Ta špatná je, že dříve či později takový krizový okamžik nastane. Čím později na něj budeme připraveni, tím horší bude mít dopady.

#### *odpovědi Aleny Dernerové:*

1. Dá se říci, že v ČR je v podstatě veškerá péče hrazena ze zákona. Pacient má nárok na vše. Výjimkou jsou některé plastické operace, stomatologické výkony, část lázeňské péče a doplácení některých léčiv. V ČR je procento HDP jdoucí do zdravotnictví



dokonce nižší než na Slovensku, nemluvě o Německu a ostatních evropských zemích. Zdravotnictví je v chronické finanční krizi. Vše se nedá financovat jen ze zdravotní daně. V současné době je nutné začít hovořit o možnosti komerčního připojištění, které by mělo spadat do kompetence zdravotních pojišťoven. Vždyť již nyní existuje nerovnost v přístupu ke zdravotní péči. Ti, kdo mají známé, často nazývaní VIP pacienti či kuliši, jak říkal náš nynější pan ministr, najdou vždy cestu, jak se vyhnout čekací době a mít privilegium výběru lékaře.



*MUDr. Alena Dernerová  
dětská neuroložka, Most*

2. Již v 90. letech byly pokusy definovat standard a nadstandard zdravotní péče, ale nikdy se to nepodařilo, proto vyjdeme z toho, že v nynější době je vše standardem. Pak komerční připojištěním by vedlo k nadstandardu – kratší čekací době na vyšetření a operace, či lepším ortopedickým, očním a dalším implantátům. Nadstandardní by byla i některá zobrazovací preventivní vyšetření.

3. Vlády se začínají intenzivně zabývat zdravotnictvím, až

když je situace opravdu alarmující. Transformaci by mohli rozehýbat samotní pacienti, kteří narážejí na plně čekárny a neúměrně dlouhé objednací doby. Také demografický vývoj lékařů i středního zdravotnického personálu již dnes není dobrý.

K transformaci je zapotřebí souhlasu vládnoucích stran, ale i opozice bez populismu. Právě proto nebude jakákoliv transformace zdravotnictví hladká.



*MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.  
ředitel, iHETA o.p.s.*

*odpovědi Tomáše Doležala:*

1. Rozhodně ano, nelze se dále tvářit, že veškerá zdravotní péče bude bez omezení a takzvaně zadarmo bez vlivu na dostupnost a kvalitu. Tento systém se nedá ufinancovat, již nyní je péče omezována velmi netransparentním způsobem, a jen co se česká ekonomika dostane do nepříznivé fáze hospodářského cyklu, nebude možné vyrovnávat deficity zvyšováním plateb za státní pojištěnce. Základní balík a nárok pacienta musí být přesně definován, aby bylo možné rozvinout komerční připojištění na nadstandardní služby.

Dále je třeba dostat šedou ekonomiku, netransparentní platby za nadstandardní služby, do rozpočtu zdravotních pojišťoven.

2. Je mýtem, že Ústava neumožňuje omezení rozsahu zdravotní péče, jen to musí být provedeno zákonným způsobem. Takový systém již osm let funguje v oblasti léčivých přípravků, z nichž nejsou ani zdaleka všechny hrazeny, a některé jsou hrazeny jen do určité výše a pacient si rozdíl mezi cenou na trhu a úhradou od zdravotní pojišťovny doplácí. Státní ústav ve správním řízení se značnou mírou transparency posuzuje, zda jsou léčiva účinná, bezpečná, mají přínos pro pacienta a jsou ekonomicky akceptovatelná. Podobné principy je nutné zavést i do ostatních zdravotních služeb, tedy úhrady výkonů, komplexnějších léčebných postupů, zdravotnických prostředků a preventivních programů včetně očkování.

3. Aby nedošlo k zemětřešení, bude nutné současný rozsah na nějakou dobu zafixovat jako nárokový v rámci tzv. bezplatné péče (i když nic není v českém zdravotnictví zadarmo), tedy bez doplatků a spoluúčasti. Pro nové metody, přístroje, prostředky již ale bude nutné nastavit hodnotící kritéria ve smyslu hodnocení nákladů a přínosů na jednoho pacienta a cílovou populaci pacientů. Zároveň bude nutné zavést pravidelné přehodnocování již hrazených technologií, protože vývoj v medicíně je velmi dynamický a některé léčebné postupy ztrácejí na efektivitě a nákladové efektivitě. Tomuto procesu se říká „disinvestment“ a opět by se na něj mělo pohlížet z hlediska racionality investice (co nás tyto postupy stojí a co přinášejí pro pacienta a společnost).

**Mgr. Jana Kotlářová,**  
advokátka, Bradáč Advokáti

**právní  
okénko**

## **Elektronická evidence tržeb – shrnutí právní úpravy**

*Dne 1. 9. 2016 vstoupila v účinnost první ustanovení zákona č. 112/2016 Sb., o evidenci tržeb, 1. 12. 2016 potom vstoupil tento zákon v účinnost v celé šíři. Od začátku prosince loňského roku tedy začaly dopadat povinnosti dle tohoto zákona na první skupinu podnikatelů, a sice podnikatele provozující ubytovací či stravovací služby.*

Ohledně elektronické evidence tržeb (zkráceně EET) toho bylo za loňský rok napsáno mnoho, zejména však šlo o pozitivní či negativní reakce spočívající buď v optimistických prognózách, o kolik více bude na daních z příjmu vybráno, nebo negativních prognózách odpůrců, kolik podnikatelů bude nuceno v důsledku povinnosti EET skončit s podnikáním a kolik z nich tato povinnost přivede do finančních obtíží.

Pojďme si tedy nyní, kdy emotivní reportáže o venkovských hospůdkách zavírajících kvůli EET pomalu ustávají, rekapitulovat, koho se zákon o evidenci tržeb týká, jaké povinnosti přináší a jaké mohou být následky jejich porušení.

Jak již bylo řečeno, v současné době se povinnost evidence tržeb vztahuje pouze na ubytovací a stravovací služby, přesněji na ty, které jsou uvedeny v klasifikaci NACE (klasifikace ekonomických činností) pod kódy 55 a 56. Jedná se tedy o ubytovací služby na kratší dobu, nebo i na delší, avšak časově omezenou dobu, poskytované buď samostatně, nebo i v kombinaci se stravováním a jinými rekreačními službami. Nejedná se však o nájmy bytů na delší období, tedy alespoň jeden měsíc. Pokud jde o stravování, jedná se o činnosti spojené s kompletním stravováním, nezávisle na tom, zda jde o zařízení s obsluhou, bez obsluhy, s možností posezení či nikoliv. Nespádají sem však prodeje potravin, které nejsou určeny k okamžité spotřebě a které nejsou z vlastní výroby.

Další milník v rozšíření působnosti zákona na další osoby nastane již 1. března tohoto roku, kdy povinnost k evidenci tržeb vznikne nově pro tržby plynoucí z velkoobchodu a maloobchodu, konkrétně z činností uvedených v klasifikaci NACE pod kódy 45.1, 45.3, 45.4, 46 a 47. Z kódu 45 jsou

vyjmenovány jen body 1, 3 a 4, neboť z celkového kódu sdružujícího obchod s motorovými vozidly, jejich díly a jejich opravou a údržbou je vyjmuta činnost spočívající v opravě a údržbě motorových vozidel kromě motocyklů. Té se EET prozatím týkat nebude. Oprava a údržba motocyklů však již bude do EET zařazena. Kód 46 potom zahrnuje velkoobchod všeho druhu, včetně zprostředkování, a kód 47 maloobchod všeho druhu.

Již tato etapa působnosti EET se tedy dotkne i zdravotnictví, kdy do této etapy budou spadat lékární či jakýkoli další prodej zdravotnického zboží, včetně doplňkového prodeje zboží přímo v ordinacích. Tento prodej je totiž rovněž zařazen pod kódem 47, zejména půjde o kódy 47.73 maloobchod s farmaceutickými výrobky a 47.74 maloobchod se zdravotnickými a ortopedickými výrobky.

Další rozšíření působnosti bude poté následovat dne 1. 3. 2018. Od tohoto data bude povinnost evidence tržeb dopadat na všechny ekonomické činnosti s výjimkou činností kódů NACE 17, 20.4, 22, 23, 25, 31–33, 43, 95, 96. Toto rozšíření působnosti bude nejrozsáhlejší a v oblasti zdravotnictví se bude týkat i veškerých zdravotnických služeb a výroby farmaceutických výrobků a přípravků.

Mimo tyto oblasti dopadne povinnost evidence tržeb zejména i na veškerou rostlinnou a živočišnou výrobu, veškerou těžbu, výrobu potravin a nápojů, výrobu ropných produktů, výrobu některých chemických látek, zejména hnojiv, plastů, pesticidů, barev a laků, výrobu kovů, výrobu elektrických zařízení, výrobu motorových vozidel, výrobu a rozvod elektřiny, zásobování vodou a likvidaci odpadů, části stavebnictví, zejména výstavby budov, opravu motorových vozidel, dopravu a skladování, informační a komuni-

kační činnosti, peněžnictví a pojišťovnictví, nájem nemovitostí, vědu, výzkum a vývoj, právnické a účetní služby, služby veterinářů, služby fotografů a návrhářů, leasingové služby, cestovní kanceláře, bezpečnostní služby, krajinářské služby, administrativní činnosti, vzdělávání, kulturní a zábavní služby, činnosti spolků, stran a organizací, činnosti domácností jako zaměstnavatelů a činnosti exteriorních orgánů a institucí.

Jak je z výše uvedeného výčtu patrné, další a poslední rozšíření působnosti ode dne 1. 6. 2018 již dopadne pouze na menší část činností, a to na výrobu textilií, oděvu a obuvi, zpracování dřeva a výrobu dřevěných výrobků kromě nábytku, výrobu papíru a výrobků z papíru, výrobu mýdel a detergentů, výrobu pryžových a plastových výrobků, výrobu kovových konstrukcí, kromě strojů, výrobu nábytku, opravu a instalaci strojů, specializované stavební činnosti (instalace, demoliční činnosti, průzkumné a přípravné činnosti a dokončovací činnosti např. sklenářské, truhlářské, malířské apod.), opravu počítačů a výrobků pro domácnost, a osobní služby (praní a čištění, kadeřnické, kosmetické a obdobné služby, pohřební služby a další osobní služby).

Povinnost evidence tržeb bude tedy postupně mít téměř každý poplatník daně z příjmů fyzických nebo právnických osob, který přijme tržbu v hotovosti, platbou kartou, šekem, směnkou, prostředkem obdobným těmto prostředkům (zejména stravenkou či jiným poukazem) nebo započtením složené jistoty či kauce, pokud tato tržba bude zároveň zakládat jeho rozhodný příjem, tedy příjem z podnikání, který je předmětem daně z příjmů neplacených srážkou. U některých podnikání si tedy lze představit, že podnikatel bude přijímat tržby pouze bezhotovostním převodem z účtu zákazníka na účet podnikatele, čímž se povinnosti evidence tržeb vyhne.

Pokud je výše uvedeno, že povinnost evidence tržeb dopadne postupně na téměř každého poplatníka daně z příjmů, je nutno k tomu dodat, že

z evidence tržeb jsou paušálně vyloučeny tržby státu, územního samosprávného celku, příspěvkové organizace, České národní banky, držitele poštovní licence, banky, včetně zahraniční banky, spořitelního a úvěrního družstva, pojišťovny a zajišťovny, investiční společnosti a investičního fondu, obchodníka s cennými papíry, centrálního depozitáře, penzijní společnosti, penzijního fondu, z podnikání v energetických odvětvích na základě licence udělené podle energetického zákona, z podnikání na základě povolení krajského úřadu

podle zákona o vodovodech a kanalizacích, tržby uskutečněné do přidělení daňového identifikačního čísla a během 10 dní následujících po jeho přidělení, z poštovních služeb a zboží a služeb poskytovaných v přímé souvislosti s nimi, ze vztahu souvisejícího s pracovní právním nebo obdobným vztahem, ze stravování a ubytování žákům a studentům poskytovaného školou, vysokou školou nebo školským zařízením, z jízdného nebo související platby hrazených v dopravních prostředcích při pravidelné hromadné přepravě osob, tržby na palubě letadel, z osobní železniční přepravy,

z drobné vedlejší podnikatelské činnosti veřejně prospěšných poplatníků, z prodeje zboží či služeb prostřednictvím prodejního automatu a z provozování veřejných toalet.

A jaké má tedy subjekt evidence tržeb konkrétní povinnosti? V první řadě je povinen si zažádat o autentizační údaje, a to buď osobně na finančním úřadě, nebo prostřednictvím své datové schránky. Elektronicky si subjekt o údaje požádá vyplněním formuláře na daňovém portálu ministerstva financí [adisspr.mfcr.cz](http://adisspr.mfcr.cz) a odesláním tohoto formuláře prostřednictvím datové schránky. Subjekt je rovněž povinen nahlásit údaje o svých provozovnách.

Při uskutečnění evidované tržby je potom subjekt povinen zaslat prostřednictvím daňového portálu údaje o evidované tržbě správci daně a zároveň vystavit účtenku tomu, od koho tržba plyne. V datové zprávě zasílané správci daně mu-

**Povinnost evidence tržeb bude tedy postupně mít téměř každý poplatník daně z příjmů fyzických nebo právnických osob, který přijme tržbu v hotovosti, platbou kartou, šekem, směnkou, prostředkem obdobným těmto prostředkům (zejména stravenkou či jiným poukazem) nebo započtením složené jistoty či kauce, pokud tato tržba bude zároveň zakládat jeho rozhodný příjem, tedy příjem z podnikání, který je předmětem daně z příjmů neplacených srážkou.**

sejí být v základním rozsahu následující údaje: daňové identifikační číslo poplatníka, označení provozovny, ve které je tržba uskutečněna, označení pokladního zařízení, na kterém je tržba evidována, pořadové číslo účtenky, datum a čas přijetí tržby nebo vystavení účtenky, pokud je vystavena dříve, celková částka tržby, bezpečnostní kód poplatníka, podpisový kód poplatníka a údaj, zda je tržba evidována v běžném nebo zjednodušeném režimu. Na účtence se potom musí objevit fiskální identifikační kód, daňové číslo, označení provozovny, označení pokladního zařízení, pořadové číslo účtenky, datum a čas, bezpečnostní kód a údaj, zda je tržba evidována v běžném nebo zjednodušeném režimu. Zákazníci tak mají možnost si ověřit správnost účtenky a skutečnost, že byla jejich platba jako tržba obchodníka evidována, na daňovém portálu v kategorii služby EET, ověření účtenky. Po zahájení první etapy EET měl zákazník dokonce možnost prostřednictvím portálu daňové správy nahlásit, že účtenka mu nebyla vydána, tato možnost však již byla k dnešnímu dni zrušena.

V běžných případech je datová zpráva o evidované tržbě zasílána ihned a v případě technického výpadku do 48 hodin, výjimkou je však evidence tržeb ve zjednodušeném režimu, při které postačí datovou zprávu zaslat do 5 dnů od uskutečnění tržby. Ve zjednodušeném režimu se evidují tržby z prodeje zboží a služeb na palubě dopravních prostředků při hromadné dopravě.

Subjekt je dále povinen uveřejnit v provozovně informační oznámení následujícího znění: „Podle zákona o evidenci tržeb je prodávající povinen vystavit kupujícímu účtenku. Zároveň je povinen zaevidovat přijatou tržbu u správce daně online; v případě technického výpadku pak nejpozději do 48 hodin.“

Zákazník nicméně nemá povinnost si účtenku převzít, a oproti některým návrhům při schvalová-

ní zákona tedy zákazník nemůže být za nepřevzetí účtenky jakkoli postížen.

Plnění povinností vyplývajících ze zákona o evidenci tržeb bude kontrolovat Finanční správa České republiky a Celní správa České republiky. Nejčastějším způsobem kontroly přitom bude provedení kontrolního nákupu. V případě, že podnikatel nezašle datovou zprávu o evidenci tržeb, nevystaví účtenku nebo závažným způsobem ztíží či zmaří evidenci tržeb, může mu být uložena pokuta až do výše 500 000 Kč. V případě, že neumístí předepsané informační prohlášení ve své provozovně, případně nebude zacházet s autentizačními údaji nebo certifikátem pro evidenci tržeb tak, aby nemohlo dojít k jejich zneužití, může dostat pokutu až 50 000 Kč. Bude-li zjištěno zvláště závažné porušení povinnosti zasílat údaje o evidenci tržeb nebo vydávat účtenky, může být nařízeno i okamžité uzavření provozovny nebo pozastavení výkonu činnosti.

Na závěr je třeba upozornit na možnost fyzických podnikajících osob uplatnit ve zdaňovacím období, ve kterém poprvé zaevidovali tržbu dle zákona o evidenci tržeb, slevu na dani ve výši 5 000 Kč, nejvýše však částku ve výši kladného rozdílu mezi 15 % dílčího základu daně ze samostatné činnosti a základní slevy na poplatníka. Tato sleva byla zakotvena do zákona č. 586/1992 Sb., o dani z příjmu, ve znění pozdějších předpisů, z důvodu potřeby kompenzace nákladů spojených se zavedením povinnosti evidence tržeb. Slevu je však možno uplatnit bez prokazování nákladů spojených se spuštěním EET, a tedy bez ohledu na to, zda měl poplatník skutečně výdaje alespoň v této výši. Pro právnické osoby žádná sleva na dani zakotvena nebyla.

Tolik tedy základní shrnutí stávající právní úpravy týkající se evidence tržeb, která se již brzy stane běžnou součástí našeho každodenního života.