

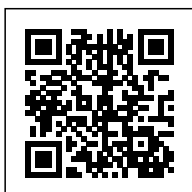


PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY
POSLANECKÁ SNĚMOVNA

VII. volební období

260/0

Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony



Zástupce předkladatele: ministr zdravotnictví
Doručeno poslancům: 3. července 2014 v 16:31

V l á d n í n á v r h

ZÁKON
ze dne.....2014,

kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění

Čl. I

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb., zákona č. 2/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 363/1999 Sb., zákona č. 18/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 155/2000 Sb., nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 167/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 459/2000 Sb., zákona č. 176/2002 Sb., zákona č. 198/2002 Sb., zákona č. 285/2002 Sb., zákona č. 309/2002 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 222/2003 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 362/2003 Sb., zákona č. 424/2003 Sb., zákona č. 425/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 85/2004 Sb., zákona č. 359/2004 Sb., zákona č. 422/2004 Sb., zákona č. 436/2004 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 123/2005 Sb., zákona č. 168/2005 Sb., zákona č. 253/2005 Sb., zákona č. 350/2005 Sb., zákona č. 361/2005 Sb., zákona č. 47/2006 Sb., zákona č. 109/2006 Sb., zákona č. 112/2006 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 165/2006 Sb., zákona č. 189/2006 Sb., zákona č. 214/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 264/2006 Sb., zákona č. 340/2006 Sb., nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 57/2007 Sb., zákona č. 181/2007 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 129/2008 Sb., zákona č. 137/2008 Sb., zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 274/2008 Sb., zákona č. 306/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 158/2009 Sb., zákona č. 227/2009 Sb., zákona č. 281/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 365/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 1/2012 Sb., zákona č. 275/2012 Sb., zákona č. 401/2012 Sb., zákona č. 403/2012 Sb., zákona č. 44/2013 Sb., nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 238/2013 Sb., zákona č. 60/2014 Sb. a zákona č. 109/2014 Sb., se mění takto:

1. V § 11 odst. 1 písm. i) se část věty za středníkem včetně středníku zrušuje.
2. V § 11 odst. 1 písm. j) se slova „o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a odst. 1 písm. d) a“ a část věty za středníkem včetně středníku zrušují.
3. V § 11 odst. 1 písm. k) se slova „regulační poplatky a“ zrušují.

4. § 16a včetně nadpisu a poznámek pod čarou č. 53 až 59 zní:

„§ 16a

Regulační poplatky

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství (dále jen „pohotovostní služba“).

(2) Regulační poplatek podle odstavce 1 se neplatí,

a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech pro děti do 3 let věku⁵³⁾, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy⁵⁴⁾ nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením⁵⁵⁾ nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc⁵⁶⁾ nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče, poručnické péče nebo péče jiné osoby podle jiného právního předpisu⁵⁷⁾,

b) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávkce, která je mu poskytována podle jiného právního předpisu¹⁰⁾, ne starším 30 dnů,

c) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu⁵⁸⁾ poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu⁵⁹⁾ méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb, nebo

d) pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař shledal, že stav pojištěnce vyžaduje hospitalizaci.

(3) Regulační poplatek je příjmem poskytovatele, který regulační poplatek vybral. Poskytovatel je povinen použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací zdravotnického zařízení, ve kterém byla pohotovostní služba podle odstavce 1 poskytnuta.

(4) Poskytovatel je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení regulačního poplatku, s uvedením čísla pojištěnce, otiskem razítka poskytovatele a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala. Poskytovatel je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnutých hrazených služeb za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

(5) Poskytovatel je povinen regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2.

⁵³⁾ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁴⁾ Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁵⁾ § 48 zákona č. 108/2006 Sb.

⁵⁶⁾ § 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁷⁾ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

⁵⁸⁾ § 48 až 50 a § 52 zákona č. 108/2006 Sb.

⁵⁹⁾ § 71 odst. 4 a § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb.“.

5. V nadpisu § 16b se slova „regulačních poplatků a“ zrušují.

6. V § 16b odst. 1 se slova „za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a“ zrušují.

7. V § 16b odst. 2 se slova „regulačních poplatků a“ zrušují, slova „§ 16a odst. 6 a 7“ se nahrazují slovy „odstavce 4“ a za slovo „poskytovateli“ se vkládají slova „lékárenské péče“.

8. V § 16b se doplňují odstavce 4 a 5, které znějí:

„(4) Poskytovatel lékařské péče je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o doplatecích, které se započítávají do limitu podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se doplatek váže, výše zaplaceného doplatku a dne vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

(5) Poskytovatel lékařské péče je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení doplatku za částečně hrazený léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, který se započítává do limitu podle odstavce 1. V dokladu poskytovatel lékařské péče uvede název částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, k němuž se doplatek váže, výši doplatku, číslo pojištěnce a opatří doklad otiskem svého razítka a podpisem osoby, která doplatek přijala.“.

9. V § 53 odst. 1 se slova „doklady o zaplacení regulačních poplatků, které se započítávají do limitu podle § 16b a“ zrušují.

Čl. II

Přechodná ustanovení

1. Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci za období přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

2. Správní řízení o hrazení částek podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb, ve znění účinném přede

dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, zahájená na návrh pojištěnce přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona se dokončí podle § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

3. V řízení o hrazení částek přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb, ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, za období přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona zahájeném ve sporných případech na návrh pojištěnce po dni nabytí účinnosti tohoto zákona, se postupuje podle § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Čl. III

V § 5 písm. e) a § 7 odst. 1 písm. a) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 69/2000 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 188/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 60/2014 Sb. a zákona č. 109/2014 Sb., se slova „regulační poplatky a“ zrušují.

Čl. IV

Přechodné ustanovení

Pojišťovna při plnění povinnosti uhradit pojištěnci částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, postupuje podle § 5 písm. e) a § 7 odst. 1 písm. a) zákona č. 551/1991 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST TŘETÍ

Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Čl. V

V § 13 písm. e) a § 17 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 60/2014 Sb. a zákona č. 109/2014 Sb, se slova „regulační poplatky a“ zrušují.

Čl. VI

Přechodné ustanovení

Zaměstnanecké pojišťovny při plnění povinnosti uhradit pojištěnci částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, postupují podle § 13 písm. e) a § 17 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST ČTVRTÁ

ÚČINNOST

Čl. VII

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2015.

DŮVODOVÁ ZPRÁVA

I. Obecná část

A. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace (RIA)

SHRNUTÍ ZÁVĚREČNÉ ZPRÁVY RIA

Název návrhu zákona:	
Zpracovatel / zástupce předkladatele: Ministerstvo zdravotnictví	Předpokládaný termín nabytí účinnosti, v případě dělené účinnosti rozvedte 1. 1. 2015
Implementace práva EU: <i>Ne</i>	
2. Cíl návrhu zákona	
Zrušení všech regulačních poplatků podle ustanovení § 16a zákona o veřejném zdravotním pojištění s výjimkou poplatku za využití lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.	
3. Agregované dopady návrhu zákona	
3.1 Dopady na státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty:	
Výpadek příjmů poskytovatelů zdravotních služeb za zrušené regulační poplatky bude kompenzován prostřednictvím navýšení platby za tzv. státní pojištěnce, k němuž dojde s účinností od 1. července 2014 zákonem č. 109/2014 Sb. Výše částky, o níž bude systém veřejného zdravotního pojištění v jednom kalendářním roce posílen oproti dosavadnímu stavu činí 4,2 mld. Kč.	
3.2 Dopady na podnikatelské subjekty:	
Dojde k výpadku části příjmů poskytovatelů zdravotních služeb, který dle dostupných statistických dat roku 2013 činí cca 3 270 mil. Kč za rušené regulační poplatky. K této částce je třeba přičíst cca 1 800 mil. Kč za dříve zrušené regulační poplatky za hospitalizaci (nález ÚS sp. zn. Pl. ÚS 36/11). Posílením příjmové částky systému veřejného zdravotního pojištění o 4,2 mld. Kč ve spojení s využitím běžných úhradových mechanismů (vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení) dojde ke kompenzaci tohoto výpadku.	
3.3 Dopady na územní samosprávné celky (obce, kraje)	

NE
3.4 Sociální dopady:
Dojde k odstranění finanční zátěže pojištěnců, kteří již nebudou nuceni hradit poplatek za ambulantní ošetření a poplatek za recept. Celková částka za tyto regulační poplatky činí cca 4,2 mld. Kč ročně.
3.5 Dopady na životní prostředí:
NE

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

1.2 Definice problému

Programové prohlášení vlády České republiky obsahuje v části týkající se zdravotnictví mimo jiné závazek ke zrušení regulačního poplatku za recept i za ošetření v ambulantní sféře s účinností od 1. 1. 2015. Na základě této skutečnosti se navrhuje změna právní úpravy v zákonech upravujících systém veřejného zdravotního pojištění.

Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, došlo k zavedení regulačních poplatků souvisejících s poskytováním hrazených zdravotních služeb. Z důvodové zprávy k tomuto zákonu vyplývá, že regulační poplatky byly zavedeny za účelem zajištění efektivnějšího čerpání zdravotní péče. Ústavní soud svým nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 vyhlášeném ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb. (dále jen „nález sp. zn. Pl. ÚS 36/11“) konstatoval rozpor právní úpravy poplatku za poskytování lůžkové péče ve výši 100 Kč s čl. 31 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“), jakož i čl. 3 odst. 1 Listiny, a právní úpravu tohoto poplatku (nikoliv pouze zákon č. 298/2011 Sb., kterým došlo ke zvýšení regulačního poplatku z 60 Kč na 100 Kč) v tomto ohledu zrušil s účinností k 31. 12. 2013. Zákonodárce (i přes možnost, kterou Ústavní soud připustil) se rozhodl již poplatek za hospitalizaci znovu do právního řádu nezavádět.

S účinností od 1. 1. 2015 by mělo, jak je výše uvedeno, dojít rovněž ke zrušení dalších regulačních poplatků s výjimkou poplatku za využití pohotovostní služby. K naplnění stanoveného cíle je potřeba novelizovat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“) v části týkající se regulačních poplatků.

Je třeba uvést, že regulační poplatky za recept i ošetření v ambulantní péči již plní svoji regulační funkci pouze omezeným způsobem a v kontextu finančních dopadů na pojištěnce, kteří je musí platit, se jedná o jejich neúměrné zatěžování.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

Právní úprava regulačních poplatků je obsažena v ustanovení § 16a zákona č. 48/1997 Sb. a zahrnuje poplatky za návštěvu u registrujícího poskytovatele primární ambulantní péče [§ 16a odst. 1 písm. a)], poplatky za návštěvu lékaře poskytovatele specializované ambulantní péče, poplatky za návštěvu u klinického logopeda a psychologa, poplatky za recept a poplatky za využití pohotovostní služby mimo běžné ordinační hodiny poskytovatele. Poplatek za hospitalizaci byl zrušen Ústavním soudem s účinností od 1. 1. 2014 nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

a) Pojištěnci

Předkládaná právní úprava bude mít vliv na pojištěnce, kteří nadále nebudou mít povinnost platit regulační poplatky za ambulantní ošetření a za recept.

b) Poskytovatelé zdravotních služeb včetně poskytovatelů lékařské péče

Zrušením regulačních poplatků dojde ke snížení příjmů poskytovatelů zdravotních služeb včetně poskytovatelů lékařské péče. Tento výpadek bude poskytovatelům kompenzován na základě zákona č. 109/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, a to prostřednictvím navýšené platby za státní pojištěnce pro rok 2015 a s tím související rozdělení těchto prostředků úhradovou vyhláškou pro rok 2015, popřípadě úpravou cenové regulace léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Celkové navýšení platby za státní pojištěnce o cca 4,2 mld. Kč za kalendářní rok oproti dosavadnímu stavu nebude sloužit pouze ke kompenzaci výpadku příjmů z regulačních poplatků rušených tímto zákonem, ale rovněž ke kompenzaci výpadku příjmů z regulačních poplatků za poskytování lůžkové péče od roku 2015 (pro rok 2014 je výše uvedeným návrhem zákona upraven zvláštní postup pro kompenzaci poplatků za poskytování lůžkové péče).

1.5 Popis cílového stavu

V oblasti regulačních poplatků bude v souladu s Programovým prohlášením vlády zachován pouze poplatek *90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství (dále jen „pohotovostní služba“)*. Z toho zároveň vyplývá, že do limitu podle ustanovení § 16b zákona č. 48/1997 Sb. se budou nadále započítávat pouze doplatky na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Výše limitu zůstane zachována.

1.6 Zhodnocení rizika

V případě nepřijetí navrhované novelizace lze identifikovat následující rizika:

- zachování neodůvodněné finanční zátěže pojištěnců, která není adekvátní ve vztahu k původně předpokládané regulační funkci těchto poplatků,
- nenaplnění závazku obsaženého v Programovém prohlášení vlády.

2. Návrh variant řešení

Předkladatel si je vědom, že variant řešení existuje v případě regulačních poplatků široké spektrum, ať již se jedná o možnost zrušit pouze některé z regulačních poplatků nebo naopak např. znovu zavést regulační poplatek za poskytování lůžkové péče. Stejně tak je možné v této

oblasti rozšiřovat či zužovat okruh výjimek, kdy se regulační poplatky nehradí. Navržené varianty řešení proto vycházejí ze skutečnosti, že některé regulační poplatky neplní svoji primární funkci, tedy neregulují spotřebu zdravotních služeb. Naopak regulační poplatek za využití pohotovostní služby nadále významným způsobem regulační funkci plní. Uvedené skutečnosti vyplývají zejména z Informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky o spotřebě zdravotnických služeb v letech 2007-2012 ze dne 13. září 2013 (dále jen „Informace“). Přestože z Informace je patrné, že významným způsobem došlo ke snížení počtu receptů, zároveň v ní autor uvádí, že tento pokles se netýká celkové spotřeby léků. Z Informace vyplývá, že: „*U ambulantních zdravotnických služeb a zdravotnických služeb poskytovatelů lůžkové péče zřejmě jen zdůraznily (pozn. regulační poplatky) trend postupného snižování z minulých let vyplývající i z jiných úsporných opatření.*“

Na základě uvedených skutečností hodnotí předkladatel v rámci RIA pouze variantu ponechání regulačních poplatků v současném stavu a variantu zrušení regulačních poplatků s výjimkou regulačního poplatku za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Lékařskou pohotovostní službou a pohotovostní službou v oboru zubní lékařství se podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpis, rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. O pohotovostní služby nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele.

Varianta 0

V rámci této varianty zůstanou zachovány veškeré regulační poplatky, jak jsou upraveny v účinném znění ustanovení § 16a zákona č. 48/1997 Sb., tedy

a) 30 Kč za

1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u lékaře poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u lékaře poskytovatele v oboru zubní lékařství,

2. návštěvu u lékaře poskytovatele specializované ambulantní péče,

3. návštěvní službu poskytnutou lékařem poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost,

b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,

c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,

d) 30 Kč za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení,

e) 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství v pracovní dny v době od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli a ve svátek, není-li tato doba pravidelnou ordinační dobou poskytovatele zajišťujícího pohotovostní službu; regulační poplatek za využití pohotovostní služby se neplatí, pokud dojde k následnému přijetí pojištěnce do lůžkové péče.

Varianta 1

Uvedená varianta předpokládá v souladu s Programovým prohlášením vlády České republiky zrušení regulačních poplatků uvedených v rámci varianty 0 pod písmeny a) až d) a zachování pouze poplatku uvedeného pod písmenem e), tedy za využití pohotovostní služby.

3. Vyhodnocení nákladů a přínosů

3.1 Identifikace nákladů a přínosů

Identifikace nákladů a přínosů byla provedena zejména na základě údajů, které má Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán v oblasti zdravotního pojištění k dispozici.

Jak vyplývá z následující tabulky, činil objem regulačních poplatků v roce 2013 cca 3 549 mil. Kč (mimo poplatek za hospitalizaci).

Tabulka 1:

poplatek	Celková částka
regulační poplatky ve výši 30 Kč	1 506 mil. Kč
regulační poplatky v lékárnách (za recept)	1 764 mil. Kč
Celkem za vyšetření a v lékárnách	3 270 mil. Kč
regulační poplatky za pohotovost	179 mil. Kč
Celkem všechny uvedené regulační poplatky	3 449 mil. Kč

Varianta 0

V případě ponechání stávající právní úpravy regulačních poplatků lze identifikovat následující přínosy

- zachování příjmu poskytovatelů zdravotních služeb z regulačních poplatků bez dopadů na státní rozpočet

Zároveň je možné identifikovat tyto náklady

- úhrnný roční finanční dopad na pojištěnce ve výši cca 3 370 mil. Kč za povinné hrazení regulačních poplatků podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. a) až d),
- zachování negativního dopadu regulačních poplatků na sociálně ohrožené skupiny obyvatelstva,
- administrativní zátěž poskytovatelů zdravotních služeb související s povinností vybírat regulační poplatky.

Varianta 1

V případě řešení problematiky regulačních poplatků prostřednictvím navržené varianty 1 lze identifikovat následující přínosy

- snížení finančních dopadů na pojištěnce v úhrnné výši cca 3 370 mil. Kč za kalendářní rok, které vyplývají z povinnosti hradit regulační poplatky ve výši 30 Kč podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. a) až d),
- snížení negativního vlivu rušených regulačních poplatků na některé sociálně ohrožené skupiny obyvatelstva České republiky,

- mírné snížení administrativní zátěže poskytovatelů zdravotních služeb související s povinnostmi vybírat regulační poplatky.

Zároveň předkladatel identifikuje následující náklady související s realizací varianty 1

- výpadek regulačních poplatků předpokládaný s účinností od 1. 1. 2015 bude kompenzován systémem veřejného zdravotního pojištění (a následně poskytovatelům) prostřednictvím zvýšení platby státu za státní pojištěnce ze státního rozpočtu;
- mírné navýšení spotřeby hrazené péče s ohledem na, i když nevýznamnou, regulační funkci rušených poplatků;
- náklady spojené s vyřazením zařízení sloužících k výběru regulačních poplatků u těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří je dosud využívali a nepředpokládají jejich zachování např. k výběru poplatku za využití lékařské pohotovostní služby¹⁾.

4. Návrh řešení

4.1 Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

Z variant uvedených v bodě 3.1 se navrhuje zvolit řešení v podobě **varianty 1**. Tato varianta je v souladu s Programovým prohlášením vlády ČR a zároveň nejvhodnějším způsobem tuto oblast reguluje. Na základě výše uvedených skutečností je zřejmé, že zachování poplatku za využití pohotovostní služby, na rozdíl od dalších regulačních poplatků, je nadále důvodné. Nulová varianta vytýčenému cíli neodpovídá.

5. Implementace a vynucování doporučeného řešení

Za implementaci a vynucování navržené regulace bude odpovědné Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění a zdravotní pojišťovny, které budou případná pochybení poskytovatelů zdravotních služeb při výběru regulačních poplatků kontrolovat prostřednictvím vyúčtování poskytnutých hrazených služeb. Nadále navíc zůstává zachována povinnost poskytovatele zdravotních služeb vydat na žádost pojištěnce doklad o zaplacení regulačního poplatku. V případě, že by postup poskytovatele zdravotních služeb byl v rozporu se zákonem č. 48/1997 Sb., je pojištěnec oprávněn na základě ustanovení § 11 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. podat stížnost podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

6. Konzultace a zdroje dat

Příprava tohoto zákona probíhala ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami jako dotčenými subjekty a k provedení RIA byla použita zejména data, která má Ministerstvo zdravotnictví k dispozici z vlastní činnosti (včetně ÚZIS) nebo mu byla poskytnuta od zdravotních pojišťoven.

¹⁾ Žádným zákonným ustanovením není stanovena povinnost používat při výběru regulačních poplatků tato zařízení, naopak většina poskytovatelů zdravotních služeb vybírá regulační poplatky běžným způsobem s využitím vlastních zaměstnanců. Zároveň nelze z pohledu předkladatele posoudit, kolik poskytovatelů využívajících tato zařízení si je ponechá pro budoucí využití, např. pro výběr poplatku za využití lékařské pohotovostní služby.

B. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem, s mezinárodními smlouvami a s právem Evropské unie

1. Soulad s ústavním pořádkem České republiky

Při zkoumání souladu navrhované změny s ústavním pořádkem bylo přihlíženo především k ústavnímu zákonu č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů a k Listině. V tomto ohledu nebyl zjištěn žádný rozpor. Navrhovaná právní úprava nijak nesnižuje nabytá práva dotčených subjektů a nejsou diskriminovány žádné specifické skupiny adresátů právních norem.

2. Soulad s mezinárodními smlouvami a s právem EU

Navrhovaná právní úprava není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána. Obsah předkládaného návrhu není předmětem žádné mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána. Návrhem zákona není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

C. Předpokládaný hospodářský a finanční dosah navrhované právní úpravy

Hospodářský a finanční dopad na jednotlivé adresáty navrhované právní úpravy je podrobně uveden v části A této důvodové zprávy. Regulační poplatky jsou příjmem poskytovatelů zdravotních služeb (poskytovatelů lékařské péče). Dopad tohoto opatření bude nicméně vůči těmto subjektům kompenzován prostřednictvím zákona č. 109/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, kterým dojde k navýšení platby pojistného za tzv. státní pojištěnce, a příjem z tohoto opatření bude v rámci úhradových mechanismů a cenových předpisů přerozdělen mezi poskytovatele zdravotních služeb (včetně poskytovatelů lůžkové péče dotčených zrušením poplatku za hospitalizaci nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/11) a poskytovatele lékařské péče tak, aby nedošlo k jejich poškození. Náklady na státní rozpočet a jejich přesné vyčíslení jsou vymezeny v důvodové zprávě předmětné novely zákona č. 592/1992 Sb. Předpokládá se přitom navýšení platby za státní pojištěnce ve výši cca 4,2 mld. Kč za kalendářní rok.

D. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Navrhovaná právní úprava se nijak nedotýká ochrany soukromí a osobních údajů fyzických osob.

E. Zhodnocení korupčních rizik navrhovaného řešení (CIA)

Navrhovaná právní úprava nemá vliv na míru korupčních rizik v oblasti poskytování zdravotních služeb.

II. Zvláštní část

Změna zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

K čl. I bodům 1 až 3 (§ 11):

V návaznosti na zrušení regulačních poplatků se provádí nezbytná změna dotčených ustanovení a zrušují se duplicitní ustanovení k úpravě obsažené v § 16a a 16b.

K čl. I bodům 4 až 8 (§ 16a a 16b):

V souladu s Programovým prohlášením vlády se navrhuje zrušit všechny regulační poplatky s výjimkou poplatku za využití pohotovostní služby ve výši 90 Kč.

Osvobození z povinnosti platit regulační poplatek zůstávají zachována s výjimkou některých osvobození, která se vázala ke zcela jiným výkonům, než je využití pohotovostní služby, a při zachování regulačního poplatku pouze za využití pohotovostní služby tak pozbývají smyslu.

Ruší se rovněž ustanovení o možnosti ukládat sankce při nevybírání regulačních poplatků, které v praxi nebyly nikdy aplikovány, a lze si jen stěží představit, že by poskytovatel pohotovostních služeb nevybíral poplatek v případech, kdy mu to zákon umožňuje.

V závislosti na změnách v ustanovení § 16a se stanoví, že do ochranného limitu se napříště budou započítávat pouze doplatky na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

K čl. I bodu 9 (§ 53):

V návaznosti na zrušení regulačních poplatků, které jsou v současnosti započítatelné do limitu podle ustanovení § 16b odst. 1, se provádí nezbytná změna dotčeného ustanovení.

K čl. II:

1. Nově se již vybrané regulační poplatky nebudou započítávat do tzv. započítatelného limitu podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb. Z důvodu zachování právní jistoty a ochrany nabytých práv pojištěnců je tedy nezbytné stanovit, že za období do nabytí účinnosti navrhované právní úpravy budou zdravotní pojišťovny svým pojištěncům i nadále hradit částky přesahující zmíněný limit jak za pojištěncem zaplacené regulační poplatky, tak i za započítatelné doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

2. Dotčená správní řízení, která nebudou ke dni nabytí účinnosti zákona dokončena, se dokončí podle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

3. Z důvodu zachování právní jistoty a ochrany nabytých práv pojištěnců se stanoví, že ve sporných případech vztahujících se k období do nabytí účinnosti navrhované právní úpravy se bude postupovat podle § 53 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, což znamená, že také v těchto případech budou zdravotní pojišťovny svým pojištěncům i nadále hradit částky přesahující dotčený limit jak za pojištěncem zaplacené regulační poplatky, tak i za započítatelné doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Změna zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

K čl. III (§ 5 a 7):

S ohledem na zrušení regulačních poplatků, které jsou v současnosti započitatelné do limitu podle ustanovení § 16b odst. 1, se provádí nezbytná navazující změna dotčeného ustanovení.

K čl. IV:

Navrhovaným ustanovením se Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky umožní, aby za období před nabytím účinnosti navrhované právní úpravy uhradila svým pojištěncům částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Změna zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

K čl. V (§ 13 a 17):

V závislosti na zrušení regulačních poplatků, které jsou v současnosti započitatelné do limitu podle ustanovení § 16b odst. 1, se provádí nezbytná navazující změna dotčeného ustanovení.

K čl. VI:

Navrhovaným ustanovením se zaměstnaneckým pojišťovnám umožní, aby za období před nabytím účinnosti navrhované právní úpravy uhradily svým pojištěncům částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

K čl. VII:

V souladu se schváleným Plánem legislativních prací vlády na rok 2014 a v souladu s Programovým prohlášením vlády je navrhováno, aby zákon nabyl účinnosti k 1. lednu 2015.

V Praze dne 2. července 2014

předseda vlády

Mgr. Bohuslav Sobotka v. r.

ministr zdravotnictví

MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, v. r

**Platné znění částí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném
zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých
souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
s vyznačením navrhovaných změn**

* * *

§ 11

(1) Pojištěnec má právo

a) na výběr zdravotní pojišťovny, nestanoví-li tento zákon jinak. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku; přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny do 30. září kalendářního roku bezprostředně předcházejícího kalendářnímu roku, v němž ke změně pojišťovny dochází. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku lze podat pouze jednu; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě. Ode dne vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace, nebo ode dne zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou, nebo ode dne, který Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny¹⁹⁾ vyhlásí ve sdělovacích prostředcích, nebo ode dne sloučení zdravotních pojišťoven, jsou pojištěnci takové zdravotní pojišťovny oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k prvnímu dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce. Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nezletilé a osoby bez způsobilosti k právním úkonům jejich zákonný zástupce. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Není-li matka pojištěnkou, stává se dnem narození dítěte pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěn otec dítěte v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to ke dni stanovenému v tomto ustanovení. Žádá-li pojištěnec nebo zákonný zástupce pojištěnce zdravotní pojišťovnu v souladu s tímto ustanovením, je zdravotní pojišťovna povinna jeho žádosti vyhovět bez průtahů. Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než je uvedeno v tomto ustanovení,

b) na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky (dále jen „poskytovatel“), který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, a na výběr zdravotnického zařízení tohoto poskytovatele; v případě registrujícího poskytovatele může toto právo uplatnit jednou za 3 měsíce,

c) na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny,

d) na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmíněk stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu,

e) na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem; to platí i v případech, kdy poskytovatel lékařské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu,

f) *(zrušeno)*

g) na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách,

h) podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním,

i) na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a; ~~poskytovatel je povinen tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,~~

j) na vystavení dokladu ~~o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a odst. 1 písm. d) a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely poskytovatelem lékařské péče; poskytovatel lékařské péče je povinen tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,~~

k) na uhrazení částky přesahující limit pro ~~regulační poplatky a doplatky~~ za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zdravotní pojišťovnou ve lhůtě podle § 16b odst. 2,

l) na náhradu nákladů, které vynaložil na neodkladnou zdravotní péči čerpanou v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takové péče, pokud by byla poskytnuta na území České republiky,

m) na náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie, pokud jde o zdravotní služby, které by byly při poskytnutí na území České republiky hrazeny ze zdravotního pojištění (dále jen „hrazené přeshraniční služby“), a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky,

n) na informace týkající se možností čerpat zdravotní služby v jiných členských státech Evropské unie.

(2) Má-li pojištěnec za to, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu s tímto zákonem, může podat stížnost podle zákona o zdravotních službách.

(3) Vojáci v činné službě s výjimkou vojáků v záloze povoláných k vojenskému cvičení a žáci vojenských škol, kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, jsou pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Vojáci a žáci vojenských škol jsou pojištěni Vojenské zdravotní pojišťovny do posledního dne kalendářního měsíce, v němž ukončili studium na vojenské škole. Od prvního dne následujícího kalendářního měsíce jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny, jejímiž pojištěnci byli před přechodem do Vojenské zdravotní pojišťovny. K tomu účelu je Vojenská zdravotní pojišťovna povinna sdělovat jedenkrát měsíčně Ústřední pojišťovně Všeobecné zdravotní pojišťovny¹⁸⁾ jména, příjmení, trvalé pobyty a rodná čísla pojištěnců, kteří zahájili nebo ukončili studium na vojenské škole. Pro změnu zdravotní pojišťovny pojištěncem podle předchozího odstavce se do lhůty 12 měsíců nezapočítává doba pojištění u Vojenské zdravotní pojišťovny. Za vojáky v činné službě,^{22a)} s výjimkou vojáků v záloze povoláných k vojenskému cvičení, a za žáky vojenských škol,^{22b)} kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, uhradí Ministerstvo obrany prostřednictvím Vojenské zdravotní pojišťovny

a) rozdíl mezi výší úhrady hrazených služeb poskytnutých poskytovatelem stanoveným zvláštním právním předpisem upravujícím služební poměr vojáků z povolání, které jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění podle tohoto zákona, a výší úhrady poskytnuté Vojenskou zdravotní pojišťovnou; to neplatí pro úhradu stomatologických výrobků,

b) preventivní péči poskytnutou nad rámec hrazených služeb podle § 29 v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva obrany.

(4) V případě fúze sloučením Vojenské zdravotní pojišťovny s jinou zdravotní pojišťovnou podle zvláštního právního předpisu²⁸⁾, při které Vojenská zdravotní pojišťovna zaniká, přecházejí práva a povinnosti stanovené tímto zákonem Vojenské zdravotní pojišťovně, jakož i povinnosti stanovené Ministerstvu obrany a dalším osobám k Vojenské zdravotní pojišťovně, na nástupnickou zdravotní pojišťovnu. Informaci o fúzi sloučením Vojenské zdravotní pojišťovny s jinou zdravotní pojišťovnou, při které Vojenská zdravotní pojišťovna zanikla, zveřejní Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(5) U osob, kterým jsou poskytovány služby v oblasti zaměstnanosti^{22c)} a dále u osob, u nichž má být provedeno vyšetření lékařem ke zjištění, zda je lze umístit do policejní cely nebo je nutno je z ní propustit, a osob ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody je výběr poskytovatele, zdravotnického zařízení a zdravotnické dopravní služby omezen podle zvláštních předpisů.

* * *

§ 16a

Regulační poplatky

—— (1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazených služeb hradit poskytovateli, který hrazené služby poskytl, regulační poplatek ve výši

a) 30 Kč za

1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření^{27a)} (dále jen "návštěva") u lékaře poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u lékaře poskytovatele v oboru zubní lékařství,
2. návštěvu u lékaře poskytovatele specializované ambulantní péče,
3. návštěvní službu poskytnutou lékařem poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost,

b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,

c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,

d) 30 Kč za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení,

e) 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství (dále jen „pohotovostní služba“) v pracovní dny v době od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli a ve svátek, není-li tato doba pravidelnou ordinační dobou poskytovatele zajišťujícího pohotovostní službu; regulační poplatek za využití pohotovostní služby se neplatí, pokud dojde k následnému přijetí pojištěnce do lůžkové péče.

f) *(zrušeno)*

Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.

—— (2) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se neplatí

a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech^{27d)}, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy^{27e)} nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením^{27h)} nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc²⁷ⁱ⁾ nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,

b) při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem^{27j)} bez jeho souhlasu do lůžkové péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud^{27k)} nebo při výkonu zabezpečovací detence,

~~e) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu^{27f)};~~

~~d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávece, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu^{27g)}; ne starším 30 dnů;~~

~~e) při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona^{27h)};~~

~~f) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu^{27m)} poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu²⁷ⁿ⁾ méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.~~

—— (3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),

b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d),

e) hemodialýzu,

d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření^{27a)};

e) vyšetření lékařem poskytovatele transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně,

f) děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.

(4) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

—— (5) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí poskytovateli v souvislosti s poskytováním hrazených služeb. Poskytovatel je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení regulačního poplatku, s uvedením čísla pojištěnce, výše regulačního poplatku, otiskem razítka poskytovatele a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o poskytovatele lékařské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.

~~—— (6) Poskytovatel je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnutých hrazených služeb za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.~~

~~—— (7) Poskytovatel lékařské péče je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1 písm. d), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek popřípadě doplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.~~

~~—— (8) Poskytovatel je povinen regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 a 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.~~

~~—— (9) Poskytovatel nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazených služeb, které podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhají. Při zjištění opakovaného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.~~

~~—— (10) Opakované udělení pokuty poskytovateli podle odstavců 8 a 9 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 2.~~

§ 16a

Regulační poplatky

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství (dále jen „pohotovostní služba“).

(2) Regulační poplatek podle odstavce 1 se neplatí,

a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech pro děti do 3 let věku⁵³⁾, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy⁵⁴⁾ nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením⁵⁵⁾ nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc⁵⁶⁾ nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče, poručnické péče nebo péče jiné osoby podle jiného právního předpisu⁵⁷⁾,

b) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle jiného právního předpisu¹⁰⁾, ne starším 30 dnů,

c) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu⁵⁸⁾ poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu⁵⁹⁾ méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb, nebo

d) pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař shledal, že stav pojištěnce vyžaduje hospitalizaci.

(3) Regulační poplatek je příjmem poskytovatele, který regulační poplatek vybral. Poskytovatel je povinen použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací zdravotnického zařízení, ve kterém byla pohotovostní služba podle odstavce 1 poskytnuta.

(4) Poskytovatel je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení regulačního poplatku, s uvedením čísla pojištěnce, otiskem razítka poskytovatele a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala. Poskytovatel je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnutých hrazených služeb za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

(5) Poskytovatel je povinen regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2.

§ 16b

Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

(1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem ~~za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a~~ za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši 2 500 Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(2) Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet ~~regulačních poplatků a~~ doplatků započítatelných do limitu, oznámených poskytovateli **lékárenské péče** zdravotní pojišťovně podle **odstavce 4 § 16a odst. 6 a 7**, limit podle odstavce 1, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit podle odstavce 1 již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu ~~regulačních poplatků a~~ doplatků započítatelných do limitu za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených poskytovateli **lékárenské péče** zdravotní pojišťovně podle **odstavce 4 § 16a odst. 6 a 7**, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku podle věty první nebo druhé, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhla 50 Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

(3) Při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle odstavce 2. Částku podle odstavce 2 uhradí pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Zdravotní pojišťovna uvedená ve větě druhé oznámí zdravotním pojišťovnám, u kterých byl pojištěnec v kalendářním roce pojištěn, celkovou částku, o kterou byl limit tohoto pojištěnce překročen, jakož i poměrnou částku vypočtenou podle doby pojištění

připadající na pojišťovnu, které je částka oznamována. Zdravotní pojišťovny jsou povinny částku na ně připadající uhradit zdravotní pojišťovně uvedené ve větě druhé do 30 dnů ode dne doručení oznámení o výši této částky.

(4) Poskytovatel lékařské péče je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o doplatecích, které se započítávají do limitu podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se doplatek váže, výše zaplaceného doplatku a dne vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

(5) Poskytovatel lékařské péče je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení doplatku za částečně hrazený léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, který se započítává do limitu podle odstavce 1. V dokladu poskytovatel lékařské péče uvede název částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, k němuž se doplatek váže, výši doplatku, číslo pojištěnce a opatří doklad otiskem svého razítka a podpisem osoby, která doplatek přijala.

* * *

§ 53

Rozhodování

(1) Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se udělení předchozího souhlasu podle § 14b, vydání povolení podle koordinačních nařízení, náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4, přírážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení,⁴⁷⁾ nestanoví-li tento zákon jinak. Ve správním řízení zahajovaném na návrh pojištěnce se rozhoduje též ve sporných případech o hrazení částek podle § 16b; k návrhu pojištěnce přiloží ~~doklady o zaplacení regulačních poplatků, které se započítávají do limitu podle § 16b~~ a doklady o zaplacení doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b, ze kterých vyplývá, že limit podle § 16b byl překročen. Zdravotní pojišťovny rozhodují ve věcech přírážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného a penále platebními výměry. Odvolání proti platebnímu výměru nemá odkladný účinek.

(2) Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předepsat k úhradě též výkazem nedoplatků. Výkaz nedoplatků musí obsahovat

a) označení plátce pojistného, jemuž se nedoplatky vykazují,

b) výši nedoplatků podle stavu účtu plátce pojistného k určitému dni vycházející z údajů vykázaných plátcem pojistného nebo z kontrol provedených zdravotní pojišťovnou, z

pravděpodobné výše pojistného, byla-li stanovena, a z penále vypočteného k tomuto dni,

c) den, ke kterému byla výše nedoplatků zjištěna,

d) čísla účtů příslušné zdravotní pojišťovny, na která musí být nedoplatky uhrazeny,

e) poučení o vykonatelnosti,

f) poučení o námitkách,

g) označení zdravotní pojišťovny, která výkaz nedoplatků vydala, a datum vydání. Výkaz nedoplatků musí být opatřen úředním razítkem a podepsán s uvedením jména, příjmení a funkce oprávněné osoby.

(3) Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem jeho doručení. Výkaz nedoplatků se doručuje stejným způsobem jako platební výměr.

(4) Proti výkazu nedoplatků lze zdravotní pojišťovně, která výkaz nedoplatků vydala, podat do 8 dnů od doručení písemné námitky, pokud plátce pojistného nesouhlasí s existencí dluhu na pojistném a penále nebo s jeho výší. Důvod podání námitek je plátce pojistného povinen v námitkách uvést.

(5) Na základě námitek zdravotní pojišťovna do 30 dnů od jejich doručení vydá rozhodnutí, kterým výkaz nedoplatků buď potvrdí, byla-li výše nedoplatků stanovena správně, nebo zruší. Pokud zdravotní pojišťovna nerozhodne o námitkách ve lhůtě výše uvedené, pozbývá výkaz nedoplatků platnost.

(6) Zdravotní pojišťovna může výkaz nedoplatků zrušit z vlastního podnětu.

(7) Na řízení o vydání výkazu nedoplatků se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

(8) Vykonatelná rozhodnutí ve věcech uvedených v odstavci 1 a vykonatelné výkazy nedoplatků jsou titulem pro soudní^{47a)} nebo správní⁴⁷⁾ výkon rozhodnutí.

(9) Správní výkon rozhodnutí ve věcech uvedených v odstavci 1 provádí zdravotní pojišťovna, která platební výměr vydala v prvním stupni řízení; to platí obdobně pro výkazy nedoplatků.

(10) O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle odstavce 1 rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, jednoho zástupce Ministerstva zdravotnictví, jednoho zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, jednoho zástupce Ministerstva financí, tří zástupců, které určí ze svých členů Správní rada zdravotní pojišťovny, a tří zástupců, které určí ze svých členů Dozorčí rada zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více než dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční

většiny přítomných členů. K prvnímu jednání svolá členy rozhodčího orgánu ředitel zdravotní pojišťovny. Na tomto prvním jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí jednání rozhodčího orgánu.

(11) Za výkon funkce může být členu rozhodčího orgánu poskytnuta odměna, o které rozhoduje Správní rada zdravotní pojišťovny.

(12) Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvním stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu.

(13) Pravomocná rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle odstavce 1 jsou přezkoumatelná soudem podle zvláštních předpisů.

* * *

⁵³⁾ **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.**

⁵⁴⁾ **Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.**

⁵⁵⁾ **§ 48 zákona č. 108/2006 Sb.**

⁵⁶⁾ **§ 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.**

⁵⁷⁾ **Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.**

⁵⁸⁾ **§ 48 až 50 a § 52 zákona č. 108/2006 Sb.**

⁵⁹⁾ **§ 71 odst. 4 a § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb.**

* * *

Platné znění částí zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, s vyznačením navrhovaných změn

* * *

§ 5

Výdaje Pojišťovny zahrnují:

a) platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) podle smluv uzavřených s osobami oprávněnými poskytovat zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách (dále jen „poskytovatel“),

- b) platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny,
- c) náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině a náhrady nákladů za zdravotní služby čerpané pojištěncem v jiném členském státě Evropské unie podle § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění^{1a)},
- d) náklady na činnost Pojišťovny podle § 2 odst. 1, kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),
- e) úhrady částek, přesahujících limit pro ~~regulační poplatky~~ a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)},
- f) úhrady za zdravotní služby a náhrady nákladů vynaložené pojištěncem na zdravotní služby čerpané v členských státech Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo ve Švýcarské konfederaci podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení a podle mezinárodních smluv v oblasti sociálního zabezpečení,
- g) úhrady částek poskytnutých podle § 40 odst. 3 a 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění poskytovatelům hrazených služeb.

* * *

§ 7

(1) Pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

- a) základní fond; zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě hrazených služeb, k přidělování do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělování dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění nebo prováděcím právním předpisem, podle odstavce 3 a k úhradám částek přesahujících limit pro ~~regulační poplatky~~ a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)},
- b) rezervní fond; výše rezervního fondu činí 1,5 průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. Pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou, cenných papírů

vydáváných obcemi, veřejně obchodovatelných dluhopisů vydaných obchodními společnostmi a přijatých k obchodování na regulovaném trhu¹⁰⁾, veřejně obchodovatelných akcií a podílových listů přijatých k obchodování na burze cenných papírů a pokladničních poukázek České národní banky; tyto cenné papíry a pokladniční poukázky České národní banky zůstávají součástí rezervního fondu. Rezervní fond používá Pojišťovna ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo Pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout v průběhu kalendářního roku pod minimální výši. Nejde-li o případ uvedený v předchozí větě, je Pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené výši,

c) provozní fond,

d) sociální fond,

e) fond majetku,

f) fond reprodukce majetku.

(2) Pojišťovna může vytvářet fond prevence. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, jsou-li poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Zdrojem fondu jsou finanční prostředky z podílu na výsledku hospodaření po zdanění stanoveného statutárními orgány Pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění Pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem Pojišťovny, a finanční prostředky podle § 6 odst. 7.

(3) Ministerstvo financí po projednání s Ministerstvem zdravotnictví stanoví právním předpisem podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů uvedených v odstavci 1, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost podle § 5 písm. d) krytých ze zdrojů základního fondu, a to z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod, které smí Pojišťovna použít k tvorbě provozního fondu za každé účetní období včetně postupu propočtu tohoto limitu.

(4) Zůstatky fondu sociálního, případně jiného fondu vytvořeného v rámci povoleného limitu maximální výše nákladů na činnost a maximální výše výdajů na pořízení hmotného a nehmotného majetku čerpaného v souladu s rozhodnutím Správní rady ve prospěch zaměstnanců Pojišťovny se převádí k 1. lednu 1999 jako mimořádný

příděl sociálního fondu. Pokud Pojišťovna vytvářela v rámci tohoto limitu provozní fond, převádí se jeho zůstatek do následujícího období. Finanční zůstatky ostatních účelových fondů se převádí k 1. lednu 1999 jako mimořádný příděl rezervního fondu. Pokud má Pojišťovna rezervní fond naplněn, převede zůstatky účelových fondů do základního fondu. Převod ostatních zůstatků účelových fondů provede Pojišťovna v souladu s podmínkami uvedenými ve vyhlášce Ministerstva financí s využitím převodových můstků nové účtové osnovy.

(5) Finanční prostředky Pojišťovny musí být uloženy v bance požívající výhody jednotné licence podle práva Evropské unie Evropských společenství.

(6) Pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele⁵⁾ a podnikat⁶⁾ s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.

* * *

Platné znění části zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, s vyznačením navrhovaných změn

* * *

§ 13

Výdaje zaměstnanecké pojišťovny

Výdaji zaměstnanecké pojišťovny jsou

- a) platby za hrazené služby podle smluv uzavřených s poskytovateli,
- b) platby jiným zdravotním pojišťovnám anebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny,
- c) náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině a náhrady nákladů za zdravotní služby čerpané pojištěncem v jiném členském státě Evropské unie podle § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění²³⁾,
- d) náklady na činnost zaměstnanecké pojišťovny podle § 8, kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),
- e) úhrady částek, přesahujících limit pro ~~regulační poplatky~~ a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného

zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)},

f) úhrady za zdravotní služby a náhrady nákladů vynaložené pojištěncem na zdravotní služby čerpané v členských státech Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo ve Švýcarské konfederaci podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení a podle mezinárodních smluv v oblasti sociálního zabezpečení,

g) úhrady částek poskytnutých podle § 40 odst. 3 a 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění poskytovatelům hrazených služeb.

* * *

§ 17

Základní fond zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny

(1) Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě poskytnutých hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost zaměstnanecké pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění nebo prováděcím právním předpisem a k úhradám částek, přesahujících limit pro ~~regulační poplatky a doplatky~~ za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhradám podílů na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)}. Zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem.

(2) Schodky vzniklé při hospodaření s tímto fondem jsou kryty finančními prostředky rezervního fondu.

* * *