

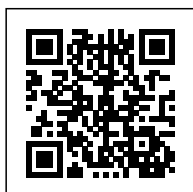


PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY
POSLANECKÁ SNĚMOVNA

VII. volební období

174/0

Vládní návrh zákona, 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



Zástupce předkladatele: ministr zdravotnictví
Doručeno poslancům: 15. dubna 2014 v 14:32

V l á d n í n á v r h

ZÁKON

ze dne.....2014,

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

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

Změna zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Čl. I

V § 3c odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění zákona č. 362/2009 Sb. a zákonného opatření Senátu č. 342/2013 Sb., se částka „5 829 Kč“ nahrazuje částkou „6 259 Kč“.

Čl. II

Přechodné ustanovení

V kalendářním měsíci, v němž tento zákon nabude účinnosti, uhradí Ministerstvo financí České republiky na zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění pojistné za měsíc srpen 2014, zvýšené o částku, kterou činí rozdíl mezi výší pojistného za měsíc červenec 2014, která byla uhrazena přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, a výší pojistného za měsíc červenec 2014, vypočtenou podle zákona č. 592/1992 Sb., ve znění tohoto zákona.

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění

Čl. III

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., a zákona č. 60/2014 Sb., se mění takto:

1. V § 40 se za odstavec 2 vkládají nové odstavce 3 a 4, které znějí:

„(3) Zdravotní pojišťovna poskytne smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb úhradu ve výši 100 Kč za každý den, ve kterém byla v období od 1. ledna do 31. prosince 2014 poskytnuta lůžková péče jejímu pojištěnci, a to za každého takového pojištěnce, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování lůžkové péče, a den, ve kterém bylo poskytování lůžkové péče ukončeno, počítá jako jeden den (dále jen „kompenzace“). Zdravotní pojišťovna kompenzaci vypočte z údajů o poskytnuté lůžkové péči vykázaných poskytovatelem do 31. března 2015 a uznaných zdravotní pojišťovnou.

(4) Kompenzace podle odstavce 3 se poskytne formou měsíčních záloh s následným vyúčtováním. Základ zálohy se vypočte jako jedna dvanáctina z úhrnu regulačních poplatků za lůžkovou péči, které byl poskytovatel povinen v roce 2013 za tuto péči vybrat a vybrání tohoto regulačního poplatku zdravotní pojišťovně vykázal. V měsíci červenci 2014 uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli sedminásobek základu zálohy, a to nejpozději do 31. července 2014. Měsíční zálohy na měsíce srpen až prosinec 2014 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí ve výši základu zálohy nejpozději k poslednímu dni každého takového kalendářního měsíce. Vyúčtování měsíčních záloh a vypočtené kompenzace zdravotní pojišťovna provede do 30. června 2015.“

Dosavadní odstavce 3 až 14 se označují jako odstavce 5 až 16.

2. V § 40 odst. 14 se slova „10 a 11“ nahrazují slovy „12 a 13“.

3. V § 40 odst. 16 se slova „odstavce 13“ nahrazují slovy „odstavce 15“.

ČÁST TŘETÍ

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Čl. IV

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění zákona č. 592/1992 Sb., zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 305/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona

č. 127/1998 Sb., zákona č. 69/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 188/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb. a zákona č. 60/2014 Sb., se mění takto:

1. V § 5 se na konci písmene f) tečka nahrazuje čárkou a doplňuje se písmeno g), které zní:

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

2. V § 7 odst. 1 písm. a) se za slova „k dalším platbám v rozsahu stanoveném“ vkládají slova „zákonem o veřejném zdravotním pojištění nebo“.

ČÁST ČTVRTÁ

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

Čl. V

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 267/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 351/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 188/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb. a zákona č. 60/2014 Sb., se mění takto:

1. V § 13 se na konci písmene f) tečka nahrazuje čárkou a doplňuje se písmeno g), které zní:

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

2. V § 17 odst. 1 se za slova „k dalším platbám v rozsahu stanoveném“ vkládají slova „zákonem o veřejném zdravotním pojištění nebo“.

ČÁST PÁTÁ

Změna zákona o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů

Čl. VI

V části šestnácté čl. XXV bodě 38 zákona č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů, se částka „5 355 Kč“ nahrazuje částkou „6 259 Kč“.

ČÁST ŠESTÁ

ÚČINNOST

Čl. VII

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. července 2014, s výjimkou části páté, která nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2015.

Důvodová zpráva k návrhu zákona, 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

Obecná část

a) Zhodnocení platného právního stavu, odůvodnění hlavních principů navrhované právní úpravy a vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy jako celku

V roce 2014 musí systém veřejného zdravotního pojištění čelit výpadkům příjmů z důvodu nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, kterým došlo ke zrušení regulačního poplatku za hospitalizaci ve výši 100 Kč. Celkový dopad na poskytovatele lůžkových zdravotních služeb se odhaduje ve výši cca 2,1 mld. Kč ročně.

Vzhledem k dlouhodobému podfinancování systému veřejného zdravotního pojištění a poskytovatelů zdravotních služeb, na které v minulosti dopadaly vnější vlivy v podobě zastropování platby za státní pojištěnce, zvýšení DPH, nekompenzování nárůstu platů zdravotnického personálu apod., je vyloučeno, aby výpadek příjmů z regulačních poplatků pokryli poskytovatelé zdravotních služeb ze svých výnosů nebo zdravotní pojišťovny ze svých rezerv.

V oblastech, kterých se vládní návrh zákona, 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, dotýká, je současný platný právní stav následující:

Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného stát (dále také jako „státní pojištěnec“), je stanoven ve výši **5 829 Kč**. Tento vyměřovací základ znamená měsíční platbu za jednoho státního pojištěnce ve výši **787 Kč**.

Kompenzace výpadku regulačních poplatků ve výši 100 Kč za den hospitalizace není v současné době nijak legislativně upravena. V systému veřejného zdravotního pojištění tak dochází po rozhodnutí Ústavního soudu o zrušení regulačního poplatku za den hospitalizace k významnému výpadku příjmů.

Navrhovaná právní úprava spočívá ve zvýšení měsíční platby za státní pojištěnce o **58 Kč** ze **787 Kč** na **845 Kč** za měsíc od 1. 7. 2014. Toto zvýšení by podle odhadů mělo do systému veřejného zdravotního pojištění během roku 2014 přinést cca 2,1 mld. Kč. Každý další rok potom cca 4,2 mld. Kč.

Navrhovaná právní úprava dále zavádí zdravotním pojišťovnám novou povinnost kompenzovat poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb včetně poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravení výpadek příjmů z hospitalizačních regulačních poplatků. Smluvnímu poskytovateli, který poskytuje pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny lůžkovou péči, poskytne tato pojišťovna jako kompenzaci za regulační poplatky, které by byly vybrány v roce 2014, pokud by nedošlo k jejich zrušení, částku 100 Kč za každý den hospitalizace svého pojištěnce u daného smluvního poskytovatele v roce 2014. Kompenzace bude vypočtena na základě skutečného vykazaného počtu dní, po které byl pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny přijat k poskytování lůžkové péče. Den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování této péče, a den, ve kterém bylo poskytování této péče ukončeno, se počítá jako jeden den.

Kompenzace bude probíhat formou měsíčních zálohových plateb, kdy pojišťovna uhradí smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb v měsíci červenci 2014 částku ve výši sedmi dvanáctin a v každém dalším měsíci roku 2014 jedné dvanáctiny z úhrnu regulačních poplatků, které byl tento poskytovatel povinen vybrat za poskytnutou lůžkovou péči v roce 2013 a vykázal vybrání takového regulačního poplatku příslušné zdravotní pojišťovně. Tato předběžná úhrada bude smluvnímu poskytovateli uhrazena nejpozději k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce. Celková výše skutečné kompenzace bude vypočtena z údajů týkajících se období 1. 1. 2014 až 31. 12. 2014, které poskytovatel vykáže zdravotní pojišťovně do 31. 3. 2015. Zálohové platby se na základě vykazané skutečnosti vypořádají do 30. 6. 2015.

Nezbytnost právní úpravy

Tato právní úprava je nezbytným krokem k naplnění Programového prohlášení vlády, které kompenzaci výpadku regulačních poplatků explicitně zmiňuje: „*Výpadek zdrojů spojených se zrušením regulačních poplatků bude systému veřejného zdravotního pojištění a následně poskytovatelům péče kompenzován ze státního rozpočtu.*“

Nutnost přijetí právní úpravy vychází především z neuspokojivé hospodářské situace poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb, která je přímým důsledkem podfinancovanosti systému veřejného zdravotního pojištění. Tuto situaci vyvolaly především níže zmíněné negativní vlivy na systém veřejného zdravotního pojištění.

Negativní vlivy na systém veřejného zdravotního pojištění od roku 2010

Od roku 2010 do listopadu minulého roku nedošlo ke změně platby za státní pojištěnce, ačkoli se dříve standardně zvyšovala. Reálná výše platby státu za státní pojištěnce se tedy meziročně v důsledku znehodnocení inflací snížila. Rozdíl mezi situací s extrapolovanou hodnotou platby za státního pojištěnce, byla-li by průměrná valorizace z minulých let přijata, a skutečnou hodnotou činí jen za roky 2011, 2012 a 2013 cca 18 miliard Kč. Zvýšení vyměřovacího základu v listopadu loňského roku bylo zásadně limitováno aktuálními možnostmi schváleného státního rozpočtu.

V rámci snahy o snížení deficitu státního rozpočtu došlo v minulých letech opakovaně ke zvýšení daně z přidané hodnoty (dále jen „DPH“). V roce 2012 byla snížená sazba DPH zvýšena z 10 % na 14 %, pro rok 2013 pak došlo k dalšímu navýšení, a to jak u snížené, tak u základní sazby o 1 procentní bod. V důsledku těchto změn vydaly zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb navíc o cca 6,6 mld. Kč v průběhu let 2012 a 2013.

Obdobný vývoj se předpokládá i v roce 2014, kdy je očekávána další ztráta prostředků v důsledku zvýšené DPH o cca 3,8 mld. Kč. Celková částka za tři roky bude činit cca 10,4 mld. Kč.

Do celkového deficitu zdravotnictví je nutné zahrnout i negativní hospodářský výsledek nemocnic na konci roku 2013 ve výši cca – 3 mld. Kč a kumulovaný objem jejich závazků po lhůtě splatnosti cca 5,17 mld. Kč (ÚZIS).

Poskytovatelé zdravotních služeb se tak museli vypořádat se zvýšenými náklady, aniž by byly tyto zvýšené náklady zohledněny v úhradách od zdravotních pojišťoven. V dané situaci již není možné, aby poskytovatelé zdravotních služeb vstřebali další výpadek příjmů způsobený zrušením regulačních poplatků za den hospitalizace.

Z výše popsaného stavu systému veřejného zdravotního pojištění a především stavu hospodaření poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb vyplývá nezbytnost co nejrychlejšího legislativního řešení, které přispěje ke střednědobé stabilizaci segmentu zdravotnictví.

Cílem předloženého návrhu tedy je zvýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění za účelem kompenzace výpadku příjmů z hospitalizačních regulačních poplatků poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb.

b) Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace podle obecných zásad (RIA)

Na základě žádosti ministra zdravotnictví ze dne 24. března 2014 byla dopisem ministra pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu a předsedou Legislativní rady vlády č. j.: 4197/2014-OVL povolena výjimka podle čl. 76 odst. 2 Legislativních pravidel vlády z povinnosti provedení hodnocení dopadů regulace (RIA) k tomuto návrhu zákona.

c) Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem České republiky

Navrhovaná právní úprava je v souladu s ústavním pořádkem České republiky.

d) Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána, její slučitelnost s právem Evropské unie

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 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.

e) Předpokládaný hospodářský a finanční dosah a případné další dopady navrhované právní úpravy

Navrhované úpravy kladou nároky na státní rozpočet ve výši cca 2,1 mld. Kč v roce 2014. Tato částka se plně promítne jako příjem systému veřejného zdravotního pojištění a bude spolu s dalším pojistným a jinými příjmy přerozdělena jednotlivým zdravotním

pojišťovnám v rámci standartního přerozdělování pomocí tzv. zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění. Jednotlivé zdravotní pojišťovny budou kompenzovat výpadek svým smluvním poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb.

V dalších letech bude mít navrhované zvýšení platby za státní pojištěnce vliv na výdaje státního rozpočtu ve výši cca 4,2 mld. Kč ročně.

f) Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Materiál nevyvolává žádné dopady na ochranu soukromí či osobních údajů.

g) Hodnocení korupčních rizik (CIA)

Nová právní úprava nijak nezvyšuje možná korupční rizika. Zvýšení platby za státní pojištěnce je parametrická změna současného systému, která nezakládá žádné nové rozhodovací pravomoci, které by mohly být předmětem korupčních ujednání. Zároveň je stanoveno, že kompenzace bude poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb poskytnuta na základě objektivních kritérií.

h) Odůvodnění návrhu, aby Poslanecká sněmovna vyslovila s návrhem zákona souhlas již v prvním čtení

Navrhuje se, aby podle § 90 odst. 2 zákona č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny, ve znění pozdějších předpisů, Poslanecká sněmovna s návrhem zákona vyslovila souhlas již v prvním čtení. Důvodem pro zvolený postup je nutnost kompenzovat poskytovatelům lůžkových zdravotních služeb výpadek regulačních poplatků nejpozději do 31. 7. 2014.

Zvláštní část důvodové zprávy

K části první:

K čl. I

Navrženým ustanovením se zvyšuje částka vyměřovacího základu pro platbu za osoby, za něž je plátcem pojistného na zdravotní pojištění stát (tzv. státní pojištěnci), z 5 829 Kč na 6 259 Kč. Tím dojde ke změně ve výši platby za tzv. státní pojištěnce o 58 Kč ze 787 Kč na 845 Kč za osobu a měsíc. Toto zvýšení je nezbytné pro zajištění finančních zdrojů pro kompenzaci výpadku příjmů z výběru hospitalizačních regulačních poplatků.

K čl. II

Za účelem kompenzace regulačních poplatků za hospitalizaci ve výši 2,1 mld. Kč je nezbytné, aby navrhovaná právní úprava nabyla účinnosti 1. 7. 2014. Jak ovšem vyplývá z ustanovení § 12 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., hradí pojistné za tzv. státní pojištěnce Ministerstvo financí do 25. dne předcházejícího kalendářního měsíce. Z toho důvodu je třeba, aby v rámci platby v sedmém měsíci byla dorovnána rovněž částka na tento měsíc (tedy platba provedená v měsíci červnu).

K části druhé

K čl. III

1. Navrženým odstavcem 3 nová úprava zakotvuje nárok poskytovatelů lůžkové péče včetně poskytování lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče na dočasnou úhradu (vztaženou k období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014) ve výši, která kompenzuje výši příjmů od pojištěnců podle dřívější právní úpravy.

Cílem této legislativní změny je v maximální možné míře kompenzovat v období od 1. Ledna 2014 do 31. prosince 2014 výpadek příjmů způsobený zrušením regulačních poplatků podle Nálezu Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (publikovaný ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb.).

Navrhovaný odstavec 4 upravuje způsob úhrady kompenzace formou měsíčních záloh s následným vyúčtováním. Platí přitom, že v měsíci červenci bude výše předběžných záloh ve výši sedmi dvanáctin objemu poplatků vybraných v roce 2013 a vykázaných zdravotní pojišťovně a v každém dalším měsíci potom ve výši jedné dvanáctiny.

2. a 3. Dále se v tomto článku návrhu provádějí legislativně technické změny upravující odkazy na příslušné odstavce dotčeného ustanovení.

K části třetí

K čl. IV

1. a 2. Navržené změny reagují na skutečnost, že zákonem stanovené výdaje Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky je nutné doplnit rovněž o výdaje na kompenzaci regulačních poplatků.

K části čtvrté

K čl. V

1. a 2. Navržené změny reagují na skutečnost, že zákonem stanovené výdaje zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je nutné doplnit rovněž o výdaje na kompenzaci regulačních poplatků.

K části páté

K čl. VI

S ohledem na skutečnost, že v době návrhu této právní úpravy je stále platná právní úprava zákona č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů (dále jen „zákon č. 458/2011 Sb.“), s předpokládaným nabytím účinnosti k 1. lednu 2015, je nezbytné novelizovat ustanovení obsažené ve zmíněném zákoně tak, aby v případě nabytí účinnosti první fáze jednoho inkasního místa nedošlo ke snížení příslušného vyměřovacího základu (budoucí „základ pojistného“) pro platbu pojistného za tzv. státní pojištění.

K části šesté

K čl. VII

Doba nabytí účinnosti je stanovena takovým způsobem, aby v průběhu šesti kalendářních měsíců roku 2014 dosáhla částka z navýšené platby za státní pojištění částky 2,1 mld. Kč.

Vzhledem k tomu, že ustanovení § 3c odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je měněno zákonem č. 458/2011 Sb., který nabývá účinnosti až 1. ledna 2015, je potřebné na tuto skutečnost reagovat odloženou účinností daného ustanovení, aby se zabránilo jeho nahrazení v tuto chvíli již neaktuální dikcí obsaženou v zákoně č. 458/2011 Sb., neboť ta s nyní navrhovanou úpravou nepočítala.

V Praze dne 9. dubna 2014

předseda vlády

Mgr. Bohuslav Sobotka v. r.

ministr zdravotnictví

MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, v. r

Úplná znění části zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, s vyznačením navrhovaných změn

* * *

§ 3c

(1) Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu³⁷⁾ plátcem pojistného stát, se stanoví ve výši ~~5 829 Kč~~ **6 259 Kč** na kalendářní měsíc.

(2) Částku vyměřovacího základu uvedenou v odstavci 1 může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.

* * *

S účinností od 1. ledna 2015 (viz níže uvedené platné znění částí zákona č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů):

* * *

§ 3c

(1) Základ pojistného u státních pojištěnců se stanoví ve výši ~~5 355 Kč~~ **6 259 Kč** na kalendářní měsíc.

(2) Částku základu pojistného uvedenou v odstavci 1 může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.

* * *

Platné znění části 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

* * *

ČÁST SEDMÁ

§ 40

Zdravotní pojišťovny

(1) Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:

- a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,⁴³⁾
- b) resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.⁴⁴⁾

(2) Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit poskytovatelům, popřípadě jiným subjektům uvedeným v § 17 odst. 7, kteří v souladu s tímto zákonem poskytlí hrazené služby pojištěncům, tyto poskytnuté služby ve lhůtách sjednaných ve smlouvě podle § 17 odst. 1. Pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem smlouva sjednána, a jsou-li zdravotní pojišťovny podle tohoto zákona povinny poskytnuté zdravotní služby uhradit, uhradí je ve stejných lhůtách jako poskytovatelům, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu podle § 17 odst. 1.

(3) Zdravotní pojišťovna poskytne smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb úhradu ve výši 100 Kč za každý den, ve kterém byla v období od 1. ledna do 31. prosince 2014 poskytnuta lůžková péče jejímu pojištěnci, a to za každého takového pojištěnce, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování lůžkové péče, a den, ve kterém bylo poskytování lůžkové péče ukončeno, počítá jako jeden den (dále jen „kompenzace“). Zdravotní pojišťovna kompenzaci vypočte z údajů o poskytnuté lůžkové péči vykázaných poskytovatelem do 31. března 2015 a uznaných zdravotní pojišťovnou.

(4) Kompenzace podle odstavce 3 se poskytne formou měsíčních záloh s následným vyúčtováním. Základ zálohy se vypočte jako jedna dvanáctina z úhrnu regulačních poplatků za lůžkovou péči, které byl poskytovatel povinen v roce 2013 za tuto péči vybrat a vybrání tohoto regulačního poplatku zdravotní pojišťovně vykázal. V měsíci červenci 2014 uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli sedminásobek základu zálohy, a to nejpozději do 31. července 2014. Měsíční zálohy na měsíce srpen až prosinec 2014 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí ve výši základu zálohy nejpozději k poslednímu dni každého takového kalendářního měsíce. Vyúčtování měsíčních záloh a vypočtené kompenzace zdravotní pojišťovna provede do 30. června 2015.

(35) Zdravotní pojišťovny rozhodují o žádostech svých pojištěnců o vydání povolení podle koordinačních nařízení. Ze žádosti musí být patrné, jaké zdravotní služby pojištěnec hodlá čerpat, místo jejich čerpání a předpokládaná doba jejich čerpání. Zdravotní pojišťovna povolení podle koordinačních nařízení vydá pouze v případě, že jsou pro jeho vydání splněny

podmínky⁵²⁾ stanovené koordinačními nařízeními. Je-li zde důvodná obava, že požadovaná zdravotní služba nemůže být pojištěnci vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu nemoci poskytnuta na území České republiky včas a hrozí-li nebezpečí z prodlení, musí zdravotní pojišťovna vydat povolení podle koordinačních nařízení bezodkladně.

(46) Zdravotní pojišťovny poskytnou pojištěnci na jeho žádost náhradu nákladů podle § 14 odst. 2 až 5 nejpozději do posledního dne následujícího měsíce po nabytí právní moci rozhodnutí podle § 53 odst. 1.

(57) Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům

a) místní dostupnost hrazených služeb. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Místní dostupnost zdravotnické záchranné služby stanoví zákon, upravující zdravotnickou záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením,

b) časovou dostupnost hrazených služeb. Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánovaných hrazených služeb stanoví vláda nařízením.

(68) Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz nebo náhradní doklad nezletilého pojištěnce nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům vydá příslušná zdravotní pojišťovna zákonnému zástupci. Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad obsahuje jméno, příjmení, popřípadě titul, platnost a číslo pojištěnce, kterým je v případě občanů České republiky rodné číslo. Zdravotní pojišťovny vedou v informačních systémech údaje o svých pojištěncích potřebné k provádění veřejného zdravotního pojištění pod číslem pojištěnce.

(79) Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad může obsahovat vedle údajů identifikujících pojištěnce písemnou formou rovněž obdobné údaje v elektronické formě. Za vydání náhradního dokladu umožňujícího nést údaje v elektronické formě má zdravotní pojišťovna nárok na úhradu nákladů na jeho pořízení. Na průkazu pojištěnce nebo na náhradním dokladu mohou být uloženy i další údaje o pojištěnci, pokud tak stanoví zákon. Další údaje mohou být uloženy na průkazu pojištěnce nebo náhradním dokladu, pokud se na tom dohodne pojištěnec s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

(810) Zdravotní pojišťovny vedou

a) seznam smluvních poskytovatelů; tento seznam, který neobsahuje údaje uvedené v písmenu b), je každá zdravotní pojišťovna povinna zveřejnit způsobem umožňujícím dálkový přístup,

b) přehled zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u jednotlivých smluvních poskytovatelů v členění lékař, zubní lékař a zdravotnický pracovník vykonávající nelékařské zdravotnické povolání podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, kteří vykazují zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních

výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „nositel výkonu“); za tímto účelem jsou poskytovatelé povinni sdělovat zdravotním pojišťovnám za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 30 dnů, seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, s uvedením jména, příjmení, titulu, rodného čísla a kategorie nositele výkonu podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami; poskytovatel tuto povinnost splní i tehdy, pokud zdravotním pojišťovnám sdělí pouze ty změny, k nimž došlo od předchozího hlášení.

~~(9~~**11**) Zdravotní pojišťovny dávají podnět živnostenskému úřadu ke zrušení živnostenského oprávnění podnikateli z důvodu neplnění závazků podnikatele platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění.

~~(10~~**12**) Zdravotní pojišťovna je uživatelem referenčních údajů vedených v základním registru obyvatel o subjektech údajů, kteří jsou jejími pojištěnci, v rozsahu

- a) příjmení,
- b) jméno, popřípadě jména,
- c) adresa místa pobytu,
- d) datum, místo a okres narození; u subjektu údajů, který se narodil v cizině, datum, místo a stát, kde se narodil,
- e) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí subjektu údajů mimo území České republiky, datum úmrtí, místo a stát, na jehož území k úmrtí došlo.

~~(11~~**13**) Zdravotní pojišťovna je uživatelem údajů vedených v registru rodných čísel o fyzických osobách, které jsou jejími pojištěnci, v rozsahu

- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení,
- b) rodné číslo,
- c) v případě změny rodného čísla původní rodné číslo,
- d) den, měsíc a rok narození.

~~(12~~**14**) Údaje, jichž je zdravotní pojišťovna uživatelem podle odstavců ~~10 a 11~~**12 a 13**, může využívat, jen jsou-li nezbytné pro výkon její působnosti. Využívání údajů ze základního registru obyvatel a z registru rodných čísel je pro zdravotní pojišťovny bezplatné.

~~(13~~**15**) Zdravotní pojišťovny shromažďují údaje týkající se správních řízení vedených ve věcech náhrady nákladů za zdravotní služby čerpané pojištěnci v jiných členských státech Evropské unie, zejména údaje o

- a) zahájených řízeních o náhradě nákladů podle § 14 odst. 2 až 4, o jejich počtu, místě jejich čerpání a o tom jak bylo v jednotlivých řízeních rozhodnuto,
- b) zahájených řízeních pro udělení předchozího souhlasu, o jejich počtu a o tom jak bylo v jednotlivých řízeních rozhodnuto,

c) částkách, které byly podle § 14 odst. 2 až 4 pojištěncům nahrazeny.

~~(1416)~~ Údaje shromažďované podle ~~odstavce 13~~ **odstavce 15** sdělují zdravotní pojišťovny v anonymizované podobě na žádost Ministerstvu zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví tyto informace poskytuje Evropské komisi v jí stanovených lhůtách.

* * *

Úplná znění částí zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, s vyznačením navrhaných 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 přidělení do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělení 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 vydávaných 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.

* * *

S účinností od 1. ledna 2015:

* * *

§ 7

(1) Pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

a) základní fond; zdrojem základního fondu jsou příjmy podle § 4 písm. a). Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělům 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 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 vydávaných 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 příjmů podle § 4 písm. a), pokut a náhrad nákladů na péči hrazenou ze zdravotního pojištění vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci¹⁰⁾, 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 Evropských společenství.

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

* * *

**Úplná znění částí 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 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.**

* * *

§ 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.

S účinností od 1. ledna 2015:

* * *

§ 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 příjmy podle § 12 odst. 1 a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem.

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

* * *

Platné znění části zákona č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů, s vyznačením navrhovaných změn

S účinností od 1. ledna 2015:

* * *

38. V § 3c odstavec 1 zní:

„(1) Základ pojistného u státních pojištěnců se stanoví ve výši ~~5 355 Kč~~
6 259 Kč na kalendářní měsíc.“

* * *