



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 187

Rozeslána dne 30. prosince 2005

Cena Kč 23,50

O B S A H:

- 547. Zákon o státním dluhopisovém programu na úhradu závazku ze státní záruky za konsolidaci a stabilizaci bankovního sektoru a finančních dopadů z dělení majetku České a Slovenské Federativní Republiky mezi Českou republiku a Slovenskou republiku ve prospěch České národní banky
 - 548. Nařízení vlády o stanovení některých podmínek provádění opatření společné organizace trhů v odvětví cukru
 - 549. Nařízení vlády o stanovení kategorií obcí výkonu služby vojáků z povolání a koeficientů pro výpočet přídatku na bydlení
 - 550. Vyhláška, kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006
 - 551. Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o uložení kolektivních smluv vyššího stupně
-

547**ZÁKON**

ze dne 1. prosince 2005

**o státním dluhopisovém programu na úhradu závazku ze státní záruky za konsolidaci
a stabilizaci bankovního sektoru a finančních dopadů z dělení majetku
České a Slovenské Federativní Republiky mezi Českou republiku a Slovenskou republiku
ve prospěch České národní banky**

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

§ 1

Státní dluhopisový program na úhradu závazku ze státní záruky za konsolidaci a stabilizaci bankovního sektoru a finančních dopadů z dělení majetku České a Slovenské Federativní Republiky mezi Českou republiku a Slovenskou republiku ve prospěch České národní banky

(1) Účelem státního dluhopisového programu je úhrada závazku ze státní záruky poskytnuté za konsolidaci a stabilizaci bankovního sektoru a finančních dopadů z dělení majetku České a Slovenské Federativní Republiky mezi Českou republiku a Slovenskou republiku ve prospěch České národní banky.

(2) Maximální rozsah státního dluhopisového programu je 22 000 000 000 Kč.

(3) Veškeré závazky vyplývající z tohoto státního dluhopisového programu budou splaceny nejpozději uplynutím 40 let ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

(4) O prostředky získané emisí státních dluhopisů podle tohoto zákona lze překročit celkové výdaje státního rozpočtu schválené zákonem o státním rozpočtu v rozpočtovém roce, ve kterém budou takto získané finanční prostředky použity. O toto překročení se v příslušném rozpočtovém roce mění saldo státního rozpočtu a financující položky.

§ 2**Účinnost**

Tento zákon nabývá účinnosti dnem jeho vyhlášení.

Zaorálek v. r.**Klaus v. r.****Paroubek v. r.**

548

NAŘÍZENÍ VLÁDY

ze dne 21. prosince 2005

o stanovení některých podmínek provádění opatření společné organizace trhů v odvětví cukru

Vláda nařizuje podle § 11d odst. 9 zákona č. 256/2000 Sb., o Státním zemědělském intervenčním fondu a o změně některých dalších zákonů (zákon o Státním zemědělském intervenčním fondu), ve znění zákona č. 128/2003 Sb. a zákona č. 441/2005 Sb., a podle § 2b odst. 2 zákona č. 252/1997 Sb., o zemědělství, ve znění zákona č. 128/2003 Sb. a zákona č. 441/2005 Sb.:

§ 1

Předmět úpravy

Toto nařízení¹⁾ upravuje v návaznosti na přímo použitelné předpisy Evropských společenství²⁾ (dále jen „předpis Evropských společenství“) některé podmínky provádění opatření společné organizace trhů v odvětví cukru.

§ 2

Základní pojmy

V tomto nařízení se rozumí

- a) cukrovarem zařízení určené k výrobě cukru, které se nachází na území České republiky,
- b) cukrovou řepou produkt zemědělské výroby³⁾ určený k výrobě cukru v cukrovaru a vypěstovaný na území České republiky.

§ 3

Produkční kvóty

Výrobce cukru, který je držitelem individuální produkční kvóty cukru A (dále jen „kvóta A“) a individuální produkční kvóty cukru B (dále jen „kvóta B“) podle dosavadního právního předpisu⁴⁾ (dále jen „držitel kvóty“), je pro hospodářský rok 2005/2006 držitelem kvóty A a kvóty B snížené podle předpisu Evropských společenství⁵⁾ o množství cukru, které představuje podíl tohoto držitele kvóty na celkovém snížení zaručeného množství v rámci kvót A a B připadajícího na Českou republiku⁵⁾.

¹⁾ Je vydáno k provedení a v mezích zákona, jehož obsah umožňuje provést úpravu v návaznosti na přímo použitelný předpis Evropských společenství nařízením vlády.

²⁾ Nařízení Rady (ES) č. 1260/2001 ze dne 19. června 2001 o společné organizaci trhů v odvětví cukru, v platném znění. Nařízení Komise (EHS) č. 1043/1967 ze dne 22. prosince 1967 o prováděcích pravidlech pro stanovení základních kvót v odvětví cukru, v platném znění.

Rozhodnutí Rady (EHS) č. 583/1974 ze dne 20. listopadu 1974 o sledování pohybu cukru.

Nařízení Komise (EHS) č. 1516/1974 ze dne 18. června 1974 o dohledu členských států nad smlouvami uzavřenými mezi výrobci cukru a producenty cukrové řepy.

Nařízení Komise (EHS) č. 2670/1981 ze dne 14. září 1981, kterým se stanoví prováděcí pravidla pro výrobu cukru nad rámec kvóty, v platném znění.

Nařízení Komise (EHS) č. 65/1982 ze dne 13. ledna 1982, kterým se stanoví prováděcí pravidla pro převod cukru do následujícího hospodářského roku, v platném znění.

Nařízení Komise (ES) č. 779/1996 ze dne 29. dubna 1996, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení Rady (EHS) č. 1785/1981, pokud jde o sdělení v odvětví cukru, v platném znění.

Nařízení Komise (ES) č. 1261/2001 ze dne 27. června 2001, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení Rady (ES) č. 1260/2001, pokud jde o smlouvy o dodávkách cukrové řepy a o cenové přírážky a srážky použitelné pro cukrovou řepu.

Nařízení Komise (ES) č. 1262/2001 ze dne 27. června 2001, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení Rady (ES) č. 1260/2001, pokud jde o nákup a prodej cukru intervenčními agenturami, v platném znění.

Nařízení Komise (ES) č. 1265/2001 ze dne 27. června 2001, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení Rady (ES) č. 1260/2001, pokud jde o poskytování výrobní náhrady pro některé výrobky z odvětví cukru používané v chemickém průmyslu.

Nařízení Komise (ES) č. 314/2002 ze dne 20. února 2002, kterým se stanoví prováděcí pravidla pro režim kvót v odvětví cukru, v platném znění.

Nařízení Komise (ES) č. 1609/2005 ze dne 30. září 2005, kterým se pro hospodářský rok 2005/2006 snižuje v odvětví cukru zaručené množství v rámci produkčních kvót a předpokládané maximální požadavky na zásobování rafinérií v rámci preferenčních dovozů.

³⁾ § 2e odst. 3 zákona č. 252/1997 Sb., o zemědělství, ve znění zákona č. 85/2004 Sb.

⁴⁾ § 3 nařízení vlády č. 364/2004 Sb., o stanovení některých podmínek provádění opatření společné organizace trhů v odvětví cukru.

⁵⁾ Čl. 1 nařízení Komise (ES) č. 1609/2005.

§ 4

Změna kvóty A a kvóty B

Dojde-li podle předpisu Evropských společenství ke změně kvóty A a kvóty B stanovené pro Českou republiku, Státní zemědělský intervenční fond⁶⁾ (dále jen „Fond“) do 15 dnů po nabytí účinnosti předpisu Evropských společenství písemně oznámí držiteli kvóty výši kvóty A a kvóty B pro příslušný hospodářský rok, v členění podle jednotlivých cukrovarů držitele kvóty.

§ 5

Oznámení o převodu části vyrobeného cukru do následujícího hospodářského roku

Oznámení o převodu části vyrobeného cukru do následujícího hospodářského roku, provedeném za podmínek stanovených předpisu Evropských společenství⁷⁾, podává držitel kvóty Fondu na formuláři vydaném Fondem.

§ 6

Žádost o započtení cukru vyrobeného v rámci smluvního vztahu

Žádost o započtení cukru⁸⁾ vyrobeného v rámci smluvního vztahu mezi objednatelem vyrábějícím cukr a zpracovatelem vyrábějícím cukr podávají objednatel a zpracovatel společně Fondu spolu s úředně ověřenou kopií příslušné smlouvy, a to do 15 dnů ode dne uzavření smlouvy. Žádost se podává Fondu na formuláři vydaném Fondem. Fond posoudí, zda byly splněny podmínky stanovené předpisem Evropských společenství⁸⁾ a rozhodne podle předpisu Evropských společenství⁸⁾, zda výrobu cukru uskutečněnou zpracovatelem považuje za výrobu cukru objednatele.

§ 7

Převod kvóty v důsledku změny vlastnických nebo uživatelských vztahů

(1) Držitel kvóty oznámí Fondu každou skutečnost uvedenou v předpisu Evropských společenství⁹⁾, na jejímž základě došlo ke změně jeho vlastnických nebo uživatelských vztahů, a to na formuláři vydaném Fondem. Lhůta pro písemné oznámení příslušných

skutečností držitelem kvóty Fondu činí 15 dnů ode dne, kdy tato skutečnost nastala.

(2) Fond do 15 dnů ode dne doručení oznámení o změně vlastnických nebo uživatelských vztahů písemně potvrdí držiteli kvóty, že mu skutečnosti uvedené v odstavci 1 byly oznámeny.

(3) Fond převede kvótu A nebo kvótu B, nebo část kvóty A, nebo část kvóty B způsobem stanoveným v předpisu Evropských společenství¹⁰⁾. Fond současně nabyvateli kvóty A nebo kvóty B, nebo části kvóty A, nebo části kvóty B, popřípadě poskytovateli kvóty A nebo kvóty B, nebo části kvóty A, nebo části kvóty B, jestliže poskytovatel zůstal držitelem kvóty, oznámí upravenou výši jejich kvóty A a kvóty B.

§ 8

Uzavření cukrovaru

(1) Držitel kvóty písemně oznámí Fondu ukončení činnosti spočívající ve výrobě cukru¹¹⁾ v jím provozovaném cukrovaru (dále jen „uzavřený cukrovar“), a to do 15 dnů ode dne ukončení výroby cukru.

(2) Část kvóty A nebo kvóty B připadající na uzavřený cukrovar se ponechá držiteli kvóty, pokud ve lhůtě podle odstavce 1 prokáže Fondu, že dodávky cukrové řepy od prodejců, kteří dodávali cukrovou řepu do uzavřeného cukrovaru, smluvně převedl na jiný cukrovar, jehož je jediným a výlučným provozovatelem.

(3) Jestliže se část kvóty A nebo kvóty B neponechá držiteli způsobem uvedeným v odstavci 2, Fond kvótu A nebo kvótu B, nebo část kvóty A, nebo část kvóty B držitele uvedeného v odstavci 1 přidělí výrobcí cukru, který převzal závazky vůči prodejcům cukrové řepy dodávajícím cukrovou řepu do uzavřeného cukrovaru, v rozsahu, v jakém tyto závazky odpovídají kvótě A nebo kvótě B, nebo části kvóty A, nebo části kvóty B. Fond tomuto výrobcí cukru současně oznámí upravenou výši jemu přidělené kvóty A a kvóty B. Výrobce cukru doloží převzetí závazků uvedených v tomto odstavci v písemném oznámení podaném Fondu, v němž současně příslušným dokladem nebo znaleckým posudkem doloží, že je schopen s ohledem na výrobní kapacitu svých cukrovarů vyrobit množství

⁶⁾ Zákon č. 256/2000 Sb., o Státním zemědělském intervenčním fondu a o změně některých zákonů (zákon o Státním zemědělském intervenčním fondu), ve znění zákona č. 128/2003 Sb., zákona č. 41/2004 Sb., zákona č. 85/2004 Sb., zákona č. 237/2004 Sb., zákona č. 482/2004 Sb. a zákona č. 441/2005 Sb.

⁷⁾ Čl. 14 nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.

Nařízení Komise (EHS) č. 65/1982, v platném znění.

⁸⁾ Čl. 5 odst. 3 a 4 nařízení Komise (ES) č. 314/2002.

⁹⁾ Bod V přílohy IV nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.

¹⁰⁾ Příloha IV nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.

¹¹⁾ Bod II odst. 3 přílohy IV nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.

cukru, které odpovídá kvótě nebo části kvóty uzavřeného cukrovaru.

§ 9

Minimální cena cukrové řepy

Minimální cena cukrové řepy A a minimální cena cukrové řepy B stanovené předpisy Evropských společenství¹²⁾ se považují za úředně stanovené ceny¹³⁾.

§ 10

Výrobní náhrada

(1) Fond poskytuje výrobní náhradu podle předpisu Evropských společenství¹⁴⁾ zpracovateli základních produktů a meziproduktů (dále jen „zpracovatel“), který je registrován Fondem. Žádost o vydání rozhodnutí o registraci podává zpracovatel Fondu na formuláři vydaném Fondem.

(2) Fond na žádost zaregistruje rovněž výrobce meziproduktu; žádost o vydání rozhodnutí o registraci podává výrobce meziproduktu Fondu na formuláři vydaném Fondem. Fond po provedení registrace vydá výrobcovi meziproduktu na jeho žádost potvrzení, že meziprodukt byl vyroben na území České republiky přímo a výhradně ze základního produktu; žádost o vydání potvrzení podává výrobce meziproduktu Fondu na formuláři vydaném Fondem.

(3) Žádost o osvědčení o výrobní náhradě podává zpracovatel Fondu na formuláři vydaném Fondem.

(4) Zpracovatel podává Fondu předběžné hlášení o předpokládaných dodávkách základních produktů a meziproduktů nejpozději 2 pracovní dny před uskutečněním dodávky. Zpracovatel může podat předběžné hlášení nejdříve současně s žádostí o osvědčení o výrobní náhradě.

(5) Zpracovatel podává Fondu hlášení o uskutečněných dodávkách základních produktů a meziproduktů do 2 týdnů po poslední dodávce oznámené v předběžném hlášení.

(6) Zpracovatel podává Fondu hlášení o ukončení zpracování základních produktů a meziproduktů, a to nejpozději do 12 měsíců po ukončení platnosti osvědčení o výrobní náhradě.

(7) Hlášení podle odstavců 4 až 6 podává zpracovatel Fondu na formuláři vydaných Fondem.

§ 11

Předběžné informace o výrobě cukru

(1) Držitel kvóty oznámí Fondu do 31. ledna příslušného hospodářského roku¹⁵⁾ předběžné informace o své dosavadní roční výrobě cukru¹⁶⁾ za probíhající hospodářský rok na formuláři vydaném Fondem.

(2) Fond do 15. února příslušného hospodářského roku ověří informace¹⁷⁾ uvedené v oznámení podle odstavce 1 a tyto informace potvrdí nebo je upraví na základě vlastního zjištění tak, aby odpovídaly dosavadní roční výrobě cukru A a cukru B dotyčného držitele kvóty za příslušný hospodářský rok.

§ 12

Konečné informace o výrobě cukru

(1) Držitel kvóty oznámí Fondu do 31. července příslušného kalendářního roku konečné informace o své roční výrobě cukru¹⁶⁾ za uplynulý hospodářský rok na formuláři vydaném Fondem.

(2) Fond do 31. srpna příslušného kalendářního roku ověří informace¹⁷⁾ uvedené v oznámení podle odstavce 1 a tyto informace potvrdí nebo je na základě vlastního zjištění upraví tak, aby odpovídaly konečné roční výrobě cukru A a cukru B dotyčného držitele kvóty za příslušný hospodářský rok.

§ 13

Poskytování dalších informací

(1) Držitel kvóty poskytuje Fondu vedle informací uvedených v § 11 odst. 1 a § 12 odst. 1 informace o

a) množství cukrové řepy A, množství cukrové řepy B a množství cukrové řepy určené k výrobě cukru C, na které uzavřel smlouvy o dodávkách cukrové řepy v příslušném hospodářském roce; informace se podává do 31. března příslušného hospodářského roku, v němž smlouvy o dodávkách cukrové řepy uzavřel,

b) dohodnutém pevném obsahu cukru v cukrové řepě podle písmene a); informace se podává do 31. března příslušného hospodářského roku,

¹²⁾ Čl. 4 a čl. 5 nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.
Nařízení Komise (ES) č. 1261/2001.

¹³⁾ § 5 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách.

¹⁴⁾ Nařízení Komise (ES) č. 1265/2001.

¹⁵⁾ Čl. 1 odst. 2 písm. m) nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.

¹⁶⁾ Čl. 5 nařízení Komise (ES) č. 314/2002.

¹⁷⁾ § 12a zákona č. 256/2000 Sb., ve znění zákona č. 128/2003 Sb.

v němž smlouvy o dodávkách cukrové řepy uzavřel,

- c) odhadované výtěžnosti cukru z cukrové řepy podle písmene a); informace se podává do 31. března příslušného hospodářského roku, v němž smlouvy o dodávkách cukrové řepy uzavřel,
- d) sklizňových plochách a zpracovaném množství cukrové řepy podle písmene a) v příslušném hospodářském roce; informace se podává do 31. ledna příslušného hospodářského roku,
- e) odhadu údajů podle písmene d) pro následující hospodářský rok; informace se podává do 1. května příslušného hospodářského roku,
- f) zahájení a ukončení zpracování cukrové řepy v cukrovaru; informace se podává do 10 dnů po dni ukončení zpracování cukrové řepy v cukrovaru,
- g) inventurní zásobě cukru ke dni 31. ledna a ke dni 30. června příslušného hospodářského roku; informace se podává do 10 dnů po uplynutí uvedeného data.

(2) Výrobce cukru, který není držitelem kvóty, poskytuje Fondu informace o

- a) množství jím vyrobeného cukru C, které vyvezl během předcházejícího měsíce příslušného hospodářského roku; informace se podává do konce následujícího měsíce příslušného hospodářského roku,
- b) inventurní zásobě cukru ke dni 31. ledna a ke dni 30. června příslušného hospodářského roku; informace se podává do 10 dnů po uplynutí uvedeného data,
- c) změně svých provozních poměrů do 10 dnů ode dne, kdy taková změna vstoupila v platnost.

(3) Fond je oprávněn si vyžádat pro kontrolní

účely od držitele kvóty originální znění platné smlouvy nebo její úředně ověřenou kopii, kterou tento držitel kvóty v příslušném hospodářském roce uzavřel s prodejcem cukrové řepy.

(4) Jestliže dojde k uzavření mezioborové dohody podle předpisu Evropských společenství¹⁸⁾, poskytne každá smluvní strana této dohody její úředně ověřenou kopii Fondu a Ministerstvu zemědělství.

(5) Jestliže Fond na základě dohledu prováděného podle předpisu Evropských společenství¹⁹⁾ zjistí, že předložená smlouva podle odstavců 3 a 4 uzavřená mezi pěstitelem cukrové řepy a výrobcem cukru není v souladu s ustanoveními předpisu Evropských společenství²⁰⁾, neprodleně vyzve obě smluvní strany k nápravě zjištěných nedostatků.

(6) Informace podle odstavců 1 a 2 a podle předpisů Evropských společenství²¹⁾ se poskytují Fondu na formulářích vydaných Fondem.

(7) Fond poskytuje informace získané podle odstavců 1 a 2 a informace získané podle § 11 odst. 1 a § 12 odst. 1 Ministerstvu zemědělství.

§ 14

Zrušovací ustanovení

Nařízení vlády č. 364/2004 Sb., o stanovení některých podmínek provádění opatření společné organizace trhů v odvětví cukru, se zrušuje.

§ 15

Účinnost

Toto nařízení nabývá účinnosti dnem 31. prosince 2005.

Předseda vlády:

Ing. Paroubek v. r.

Ministr zemědělství:

Ing. Mládek, CSc. v. r.

¹⁸⁾ Bod I odst. 3 přílohy III nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.

¹⁹⁾ Nařízení Komise (EHS) č. 1516/1974.

²⁰⁾ Příloha III nařízení Rady (ES) č. 1260/2001.

²¹⁾ Čl. 4b odst. 1 a čl. 4c odst. 1 nařízení Komise (ES) č. 314/2002.

549

NAŘÍZENÍ VLÁDY

ze dne 21. prosince 2005

o stanovení kategorií obcí výkonu služby vojáků z povolání
a koeficientů pro výpočet přídatku na bydlení

Vláda nařizuje podle § 61 odst. 9 zákona č. 221/1999 Sb., o vojácích z povolání, ve znění zákona č. 254/2002 Sb.:

§ 1

Pro výpočet přídatku na bydlení se stanovují tyto kategorie obcí výkonu služby vojáka z povolání:

- a) I. kategorie – hlavní město Praha,
- b) II. kategorie – ostatní obce.

§ 2

Pro období od 1. ledna 2006 do 30. června 2006 se stanovují tyto koeficienty pro výpočet přídatku na bydlení:

- a) 1,34násobek minimální mzdy¹⁾ pro obec I. kategorie,
- b) 1,33násobek minimální mzdy pro obec II. kategorie.

§ 3

Od 1. července 2006 se stanovují tyto koeficienty pro výpočet přídatku na bydlení:

- a) 1,28násobek minimální mzdy pro obec I. kategorie,
- b) 1,26násobek minimální mzdy pro obec II. kategorie.

§ 4

Nařízení vlády č. 678/2004 Sb., o stanovení kategorií obcí výkonu služby vojáků z povolání a koeficientů pro výpočet přídatku na bydlení, se zrušuje.

§ 5

Toto nařízení nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2006.

Předseda vlády:

Ing. Paroubek v. r.

Ministr obrany:

JUDr. Kühnl v. r.

¹⁾ § 111 odst. 3 zákoníku práce.

Nařízení vlády č. 303/1995 Sb., o minimální mzdě, ve znění pozdějších předpisů.

550

VYHLÁŠKA

ze dne 21. prosince 2005,

**kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění,
včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006**

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 11 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 459/2000 Sb., (dále jen „zákon“):

§ 1

Tato vyhláška stanoví v případech, kdy výsledkem dohodovacího řízení podle § 17 odst. 8 zákona není dohoda, nebo kde dohoda odporuje veřejnému zájmu,

a) výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení

1. poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami¹⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
2. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících hemodialyzační péči,
3. poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost,
4. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči,
5. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801 až 807, 809 a 812 až 823 podle seznamu výkonů,
6. domácí zdravotní péče poskytované ambulantními zdravotnickými zařízeními,
7. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 902 a 918 podle seznamu výkonů,
8. poskytované v rámci zdravotnické záchranné služby, dopravy a lékařské služby první pomoci

b) výši úhrad při poskytování neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.

§ 2

(1) Zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů (dále jen „zařízení ústavní péče“), se hradí paušální sazbou.

(2) Pokud zařízení ústavní péče poskytne zdravotní péči malému počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, odstavec 1 se nepoužije a poskytnutá zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů. Cena bodu stanovená pro 1. pololetí 2001 zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006²⁾. Malým počtem pojištěnců se rozumí 100 a méně pojištěnců.

(3) Postup výpočtu paušální sazby podle odstavce 1 a regulační omezení se stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(4) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu ve výši stanovené v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 3

(1) Výše úhrady zdravotní péče v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů se pro 1. pololetí 2006 stanoví paušální sazbou.

(2) Postup výpočtu paušální sazby podle odstavce 1 a regulační omezení se stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu ve výši 103 % z jedné šestiny úhrady poskytnuté v referenčním období.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 493/2005 Sb.

²⁾ Čl. II zákona č. 459/2000 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1 bod B 1 nařízení vlády č. 487/2000 Sb., kterým se stanoví hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2001.

§ 4

(1) Hemodialyzační péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³⁾.

(3) Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení k nárůstu počtu pojištěnců, vyžadujících neodkladnou dialyzační léčbu, oproti referenčnímu období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, je zdravotní pojišťovna oprávněna, po projednání se zdravotnickým zařízením, nárůst počtu pojištěnců zohlednit v úhradě.

(4) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu

a) ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané, zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo

b) ve výši nejméně jedné šestiny celkového objemu úhrady v referenčním období,

přičemž způsob předběžné úhrady podle písmene a) nebo písmene b) bude zachován v celém pololetí.

(5) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

(6) Regulační omezení se stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 5

(1) Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost se v 1. pololetí 2006 hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením

a) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou,

b) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace, nebo

c) podle seznamu výkonů.

(2) Výše kapitačně výkonové platby podle od-

stavce 1 písm. a) se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců násobeného základní sazbou smluvně dohodnutou se zdravotnickým zařízením pro 2. pololetí 2005 navýšenou o 3 %.

(3) Výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 1 písm. a) a b) se hradí podle seznamu výkonů, přičemž cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³⁾.

(4) Výše kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace podle odstavce 1 písm. b), včetně úhrady za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce, se vypočte podle odstavců 2 a 3.

(5) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 písm. c) sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³⁾.

(6) Způsob dorovnání kapitace podle odstavce 1 písm. b) a regulační omezení úhrady podle odstavce 1 písm. a), b) a c) se stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

(7) Celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 3, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 6

(1) Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků, s omezením maximální úhradou na unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v hodnoceném pololetí daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti.

(2) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném pololetí alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření

³⁾ § 17 odst. 11 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec daným zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát.

(3) Referenčním obdobím je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku.

(4) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³).

(5) Výše úhrady podle odstavce 1, včetně regulačních omezení, se stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

(6) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu

a) ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané, zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo

b) ve výši nejméně jedné šestiny 100 % objemu úhrady v referenčním období,

přičemž způsob měsíční úhrady podle písmene a) nebo písmene b) bude zachován v celém pololetí.

§ 7

(1) Zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 222, 801 až 807, 809 a 812 až 823 podle seznamu výkonů se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením

a) paušální sazbou, nebo

b) podle seznamu výkonů.

(2) U zdravotnických zařízení, kde v důsledku výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, kdy zdravotnické zařízení poskytl v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, péči statisticky nevýznamnému počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, není možno objektivně stanovit pro jednotlivé zdravotní pojišťovny paušální sazbu podle odstavce 1 písm. a), se poskytnutá zdravotní péče hradí podle seznamu výkonů. Cena bodu pro odbornost 809 a pro odbornosti 222, 801 až 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³). Statisticky nevýznamným počtem pojištěnců se rozumí méně než 75 unikátních ošetřených pojištěnců.

(3) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 písm. b) sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³).

(4) Postup stanovení paušální sazby podle odstavce 1 písm. a), výše úhrady podle odstavce 1

písm. a) a b) a regulační omezení se stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 8

(1) Domácí zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními (dále jen „domácí péče“) se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků, podle typu provozu zdravotnického zařízení:

a) do limitu času nositele výkonu 8 hodin na kalendářní den, je-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu, nebo

b) do limitu času nositele výkonu 8 hodin na pracovní den, není-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2003 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³).

(3) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 9

(1) Zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 902 a 918 podle seznamu výkonů se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2003 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³).

(3) Zdravotní pojišťovny mohou smluvním zdravotnickým zařízením stanovit pro příslušné čtvrtletí měsíční úhradu ve výši 100 % objemu úhrady referenčního období, kterým je odděleně odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.

(4) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 10

(1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotnické záchranné služby v odbornosti 709 podle seznamu výkonů se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³⁾.

§ 11

(1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci dopravy se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³⁾.

(3) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 12

(1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006³⁾.

§ 13

(1) Úhrada neodkladné zdravotní péče, není-li uzavřena smlouva mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, se provádí za poskytnuté zdravotní výkony takto:

- a) stomatologická ambulantní péče se hradí podle sazeb platných pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři v 1. pololetí 2006,
- b) ostatní zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů a zdravotní pojišťovna může na základě zákona⁴⁾ uplatnit regulační omezení obdobně jako u smluvních zdravotnických zařízení.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 písm. b) stanovená pro 1. pololetí 2001 zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006⁴⁾.

§ 14

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2006.

Ministr:

MUDr. Rath v. r.

⁴⁾ § 40 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

**Postup výpočtu paušální sazby a regulační omezení
podle § 2 odstavce 3**

A) Postup výpočtu paušální sazby

Paušální sazba se stanoví podle vzorce:

$$PS = \{ [(CÚ_{ref} - ÚZÚLM_{ref}) + 0,98 \times ÚZÚLM_{ref}] \times 1,03 \} \times K_s \times K_{pv} \\ + MNP + PCN$$

kde:

PS paušální sazba pro příslušné kalendářní pololetí

CÚ_{ref} celková úhrada náležející zařízení ústavní péče za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Do této úhrady se zahrne péče, která byla zdravotnickým zařízením v referenčním období poskytnuta, vykázána nejpozději s vyúčtováním za měsíc listopad 2005 a zdravotní pojišťovnou uznána.

Do celkové úhrady v referenčním období se započítává:

- úhrada za zdravotní výkony, které byly v referenčním období hrazeny výkonově, s výjimkou mamografického screeningu,
- úhrada za nové kapacity, v případě, že byly pro referenční období sjednány.

Do celkové úhrady v referenčním období se nezapočítává:

- úhrada zdravotní péče, která je hrazena jinak, nebo kterou již zdravotnické zařízení neposkytuje,
- dopad finančního vypořádání regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků uplatněný za referenční období.

ÚZÚLM_{ref} objem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období (viz bod B) 1. a 6.)

Ks koeficient stabilizace

$$Ks = 1 + ((ZZF - ZM) / VD) \times 0,3$$

$$ZM = (VD / 180) \times 10$$

kde:

ZZF údaj uvedený v řádku B.IV výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.9.2005

VD údaj uvedený v řádku A.III.1 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2005

ZM finanční rezerva příslušné zdravotní pojišťovny

Koeficient stabilizace (Ks) bude uplatněn pouze tehdy, pokud bude $ZZF > ZM$.

Kpv koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

MNP nárůst objemu vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané mimořádně nákladné zdravotní péče poskytnuté v 1. pololetí 2006 oproti referenčnímu období. Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se pro účely této vyhlášky rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěnci, jejíž objem přesáhne částku 1 000 000 Kč. Do objemu zdravotní péče se započítávají zvláště účtované léčivé přípravky, zvláště účtovaný materiál a bodová hodnota zdravotních výkonů podle seznamu výkonů vynásobená cenou bodu stanovenou pro 1. pololetí 2001.²⁾

PCN podíl připadající na konkrétní zdravotnické zařízení za zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou v referenčním období

Měsíční úhrada se stanoví podle vzorce:

$$MÚ = \{[(CÚ_{ref} - ÚZÚLM_{ref}) + 0,98 \times ÚZÚLM_{ref}] \times 1,03 \times Ks + PCN\} / 6$$

kde:

MÚ měsíční úhrada

Výši měsíční úhrady zdravotní pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení do 15. 1. 2006. Vyúčtování měsíčních úhrad za 1. pololetí 2006 zdravotní pojišťovna předá zdravotnickému zařízení do 30.11.2006.

B) Regulační omezení

1. Úhrada ve výši stanovené v bodu A) náleží zdravotnickému zařízení poskytne-li alespoň 100 % objemu zdravotní péče v 1. pololetí 2006 vykázané zdravotnickým zařízením a uznané zdravotní pojišťovnou ve srovnání s referenčním obdobím, vyjádřené počtem bodů podle seznamu výkonů. Jiné doklady, například o spotřebě zvlášť účtovaných léčivých přípravků nebo zvlášť účtovaného materiálu, nebudou zdravotním pojišťovnám vykázány a nebudou podkladem pro vyúčtování.
2. Do počtu bodů za referenční období se nezapočítávají body za zdravotní péči, která již není v 1. pololetí 2006 poskytována.
3. Do počtu bodů za 1. pololetí 2006 se nezapočítávají body za zdravotní péči vykázanou a uznanou v rámci nové kapacity, pokud byla pro 1. pololetí 2006 smluvně dohodnuta.
4. V případě nižšího objemu vykázané a uznané zdravotní péče než je uvedeno v bodě 1, se výše úhrady podle bodu A) sníží o stejné procento, o jaké je nižší objem zdravotní péče vyjádřené počtem bodů podle seznamu výkonů.
5. Nové kapacity smluvně dohodnuté v 1. pololetí 2006 se hradí paušální platbou nejvýše do částky odpovídající 30 % celorepublikové průměrné pololetní platby zařízením stejného typu v referenčním období. Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíčně jednu šestinu částky vypočtené podle věty první.
6. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %. Celkový objem úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období se navýší o částku odpovídající předepsaným a zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení navíc poskytnutým léčivým přípravkům v referenčním období.
7. Pokud celková úhrada za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení, v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 822 a 823 podle seznamu výkonů, v 1. pololetí 2006 převýší 100 % úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100 % úhrady za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije stanovená cena bodu.

Postup výpočtu paušální sazby a regulační omezení podle § 3 odstavce 2

A) Postup výpočtu paušální sazby

Paušální sazba se stanoví ve výši 103 % paušální sazby za ošetrovací den náležející zdravotnickému zařízení v 1. pololetí 2005 podle vyhlášky č. 50/2005 Sb., vynásobené koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

B) Regulační omezení

1. Úhrada podle bodu A) se poskytne za ošetrovací dny, vykázané na lůžkách, jejichž počet v 1. pololetí 2006 nepřekročí počet lůžek vykázaných příslušné zdravotní pojišťovně v referenčním období.
2. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.

Regulační omezení podle § 4 odstavce 6

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 98 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.
2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 100 % průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za vyžádanou péči v referenčním období nad 100 %. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije

cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 550/2005 Sb.

Způsob dorovnání kapítace a regulační omezení podle § 5 odstavce 6

A) Způsob dorovnání kapítace:

1. Dorovnání kapítace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
2. Jednicovým registrovaným pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.
3. Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře.

B) Regulační omezení

1. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převyší 98 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.
2. Referenčním obdobím pro účely regulace je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.
3. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převyší 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, je zdravotní pojišťovna oprávněna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné polovině z překročení nad 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce. Tento regulační mechanismus se netýká péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci

řádného zástupu a nebude uplatněn v případě úhrady zdravotní péče podle § 5 odstavce 1 písm. c).

4. Pokud průměrná úhrada v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 100 % průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.
5. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho ošetřeného neregistrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší o více než o 10 % průměrnou úhradu v referenčním období a zároveň o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823), může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné čtvrtině z uvedeného překročení.

Příloha č. 5 k vyhlášce č. 550/2005 Sb.

Výše úhrady podle § 6 odstavce 5

A) Výše úhrady

1. Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení se určí po ukončení hodnoceného pololetí jako součet maximálních úhrad pro dané zdravotnické zařízení za všechny odbornosti smluvně dohodnuté tímto zdravotnickým zařízením s příslušnou zdravotní pojišťovnou.
2. Maximální úhrada za odbornost se určí takto:

$$\text{MUo} = \text{POPzpo} \times [\text{PBPo} \times \text{CB} + (\text{PUZUMo} + \text{PUZULPo}) \times 0,98] \times 1,03$$

kde:

MUo	maximální úhrada za příslušnou odbornost
POPzpo	počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném pololetí
PBPo	průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti daným zdravotnickým zařízením v referenčním období
CB	cena bodu podle § 6 odstavce 4

- PUZUMo** průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období
- PUZULPo** průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období
3. Maximální úhrada podle odstavce 1 a 2 se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.
 4. Údaje o průměrných počtech bodů a průměrných úhradách za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce podle odborností dosažené zdravotnickým zařízením v referenčním období a počty unikátních pojištěnců ošetřených v daných odbornostech v referenčním období oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do 31.01.2006.
 5. Omezení maximální úhradou podle odstavce 1 se nepoužije v případě, že v ambulantním zdravotnickém zařízení byl v referenčním nebo hodnoceném období ošetřen v některé odbornosti statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny popřípadě, že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti neposkytovalo. Za statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se pro tyto účely považuje méně než 100 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v referenčním nebo hodnoceném pololetí v rámci jedné odbornosti, při smluvně dohodnutém úvazku lékaře, popřípadě hodnotě poměrného kapacitního čísla větší nebo rovno 1,00. Při smluvně dohodnutém úvazku lékaře menším než 1,00, popřípadě pokud je smluvně dohodnutá hodnota poměrného kapacitního čísla nižší než 1,00, se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočte příslušnou hodnotou úvazku, popřípadě hodnotou poměrného kapacitního čísla nižšího než 1,00.

B) Regulační omezení

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.
2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 100 % průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním období použije cena

bodů platná v referenčním období a v hodnoceném období cena bodů sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. 550/2005 Sb.

**Postup stanovení paušální sazby, výše úhrady a regulační omezení
podle § 7 odstavce 4**

A) Postup stanovení paušální sazby

1. Čtvrtletní paušální sazba se stanoví podle vzorce:

$$PS = [(CÚ_{ref} - ÚZÚLM_{ref}) + 0,98 \times ÚZÚLM_{ref}] \times Kpv$$

kde:

PS paušální sazba pro příslušné čtvrtletí

$CÚ_{ref}$ celková úhrada zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací

$ÚZÚLM_{ref}$ objem úhrady veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou

Kpv koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

2. U zdravotnických zařízení, která zajišťují péči v odbornosti 809 i v laboratorních odbornostech, se stanoví zvlášť paušální sazba pro odbornost 809 a zvlášť pro ostatní odbornosti.

B) Regulační omezení

1. Po vyhodnocení celkového objemu poskytnuté péče v hodnoceném čtvrtletí bude jednotlivými zdravotními pojišťovnami provedena úprava paušální sazby podle následujících pravidel:

- a) pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů odpovídající rozpětí 97 až 103 % referenčního počtu bodů, výše paušální sazby se nemění
 - b) pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů nižší než 97 % referenčního počtu bodů, upraví se výše paušální sazby vynásobením koeficientem změny výkonnosti. Tento koeficient je dán podílem vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a referenčního počtu bodů. Pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů vyšší než je 103 % referenčního počtu bodů, výše paušální sazby se nemění.
2. Referenčním počtem bodů se pro tyto účely rozumí počet vykázaných, uznaných a proplacených bodů v referenčním období.
 3. Zdravotní pojišťovny oznámí zdravotnickým zařízením výši porovnávacího objemu úhrady a referenčního počtu bodů do 31. 1. 2006.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. 550/2005 Sb.

**Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny
v souvislosti s migrací pojištěnců
podle § 4 odstavce 5, § 5 odstavce 7, § 8 odstavce 3, § 9 odstavce 4, § 11 odstavce 3,
přílohy č. 1 bodu A), přílohy č. 2 bodu A), přílohy č. 5 bodu A 3) a přílohy č. 6
bodu A) 1**

Koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců se vypočte následujícím způsobem:

$$K_{pv} = (P / VD) - 0,03$$

kde:

P součet údajů uvedených v řádcích B.II.1 a B.II.2 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2006

VD údaj uvedený v řádku A.III.1 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2006

Koeficient K_{pv} bude uplatněn pouze pokud pro příslušnou zdravotní pojišťovnu bude v hodnoceném období platit, že poměr P/VD je větší než 1,03.

551**SDĚLENÍ****Ministerstva práce a sociálních věcí**

ze dne 9. prosince 2005

o uložení kolektivních smluv vyššího stupně

Ministerstvo práce a sociálních věcí sděluje, že v souladu s § 9 odst. 1 zákona č. 2/1991 Sb., o kolektivním vyjednávání, v platném znění, byly u něj uloženy v období od 1. 11. 2005 do 30. 11. 2005 tyto kolektivní smlouvy vyššího stupně:

1. Kolektivní smlouva vyššího stupně (ze dne 11. října 2005 na období od 1. ledna 2006 do 31. prosince 2008) uzavřená mezi

Odborovým svazem pracovníků dopravy, silničního hospodářství a autoopravárenství Čech a Moravy – Sekce MHD + VSD

a

Svazem dopravy ČR – Sekce MHD.

2. Kolektivní smlouva vyššího stupně (ze dne 16. listopadu 2005 na období od 1. ledna 2006 do 31. prosince 2008) uzavřená mezi

Odborovým svazem dopravy

a

Svazem dopravy ČR – Sekce silniční dopravy.

Ministr:

Ing. Škromach v. r.



ISSN 1211-1244

Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, Nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 287, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, fax: 519 321 417, e-mail: sbirky@moraviapress.cz. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel.: 00421 2 44 45 46 28, fax: 00421 2 44 45 46 27. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2006 činí 3000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné – 516 205 176, 519 305 176, 516 205 174, 519 205 174, objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 207, 519 305 207, objednávky-knihkupci – 516 205 161, 519 305 161, faxové objednávky – 519 321 417, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej** – **Benešov:** Oldřich HAAGER, Masarykovo nám. 231; **Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14; **Břeclav:** Prodejna tiskovin, 17. listopadu 410, tel.: 519 322 132, fax: 519 370 036; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3, tel.: 387 432 244; **Hradec Králové:** TECHNOR, Wonkova 432; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Příbíkova, J. Švermy 14; **Kladno:** eL VaN, Ke Stadionu 1953; **Klatovy:** Krameriovo knihkupectví, nám. Míru 169; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Litoměřice:** Jaroslav Tvrdík, Lidická 69, tel.: 416 732 135, fax: 416 734 875; **Most:** Knihkupectví „U Knihomila“, Ing. Romana Kopková, Moskevská 1999; **Olomouc:** ANAG, spol. s r. o., Denisova č. 2, Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3, Knihkupectví SEVT, a. s., Ostružnická 10; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14, Profesio, Hollarova 14, SEVT, a. s., Nádražní 29; **Otrokovice:** Ing. Kučeřík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** LEJHANEK, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** TYPOS, a. s. Úslavská 2, EDICUM, Vojanova 45, Technické normy, Lábkova pav. č. 5, Vydavatelství a naklad. Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 1:** Dům učebnic a knih Černá Labuť, Na Poříčí 25, FIŠER-KLEMENTINUM, Karlova 1, LINDE Praha, a. s., Opletalova 35, NEO-LUXOR s. r. o., Václavské nám. 41; **Praha 2:** ANAG, spol. s r. o., nám. Míru 9 (Národní dům), SEVT a. s., Slezská 126/6; **Praha 4:** SEVT, a. s., Jiřihlavská 405; **Praha 5:** SEVT, a. s., E. Peškové 14; **Praha 6:** PPP – Staňková Isabela, Puškinovo nám. 17; **Praha 7:** MONITOR CZ, s. r. o., V háji 6, tel.: 272 735 797; **Praha 8:** JASIPA, Zenklova 60, Specializovaná prodejna Sbírky zákonů, Sokolovská 35, tel.: 224 813 548; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362, po-pá 7-12 hod., tel.: 286 888 382, e-mail: tiskovy.servis@abonent.cz; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190; **Přerov:** Odborné knihkupectví, Bartoňova 9, Jana Honková – YAHÓ – i – centrum, Komenského 38; **Sokolov:** KAMA, Kalousek Milan, K. H. Borovského 22, tel.: 352 303 402; **Šumperk:** Knihkupectví D & G, Hlavní tř. 23; **Tábor:** Milada Šimonová – EMU, Budějovická 928; **Teplice:** Knihkupectví L & N, Masarykova 15; **Trutnov:** Galerie ALFA, Bulharská 58; **Ústí nad Labem:** Severočeská distribuční, s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029, Kartoon, s. r. o., Solvayova 1597/3, Vazby a doplňování Sbírek zákonů včetně dopravy zdarma, tel.+fax: 475 501 773, www.kartoon.cz, e-mail: kartoon@kartoon.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Žatec:** Prodejna U Pivovaru, Žižkovo nám. 76, Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaevídování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklamacce:** informace na tel. číslech 516 205 207, 519 305 207. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odstěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.