



592/1992 Sb. Zákon

České národní rady
ze dne 20. listopadu 1992

O pojistném na veřejné zdravotní pojištění

SHRNUTÍ ZÁKONA OD DOSTUPNÉHO ADVOKÁTA



JUDr. Ondřej Preuss, Ph.D.
Garant obsahu

Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění stanovuje, kdo a jak platí zdravotní pojištění. Zákon č. 592/1992 Sb., známý jako **zákon o pojistném na zdravotní pojištění**, určuje **výši odvodů, platební povinnosti a termíny**. Týká se zaměstnanců, OSVČ, státu i dalších plátců pojistného.

Zaměstnavatelé odvádějí pojistné za zaměstnance, OSVČ si výši platby určují podle zisku, a stát platí pojistné za tzv. státní pojištěnce – např. důchodce, děti nebo studenty. **Částka se počítá procentem z vyměřovacího základu** a odvádí se zdravotním pojišťovnám.

V běžném životě zákon ovlivňuje každého, kdo potřebuje zdravotní péči. Pokud nemáte správně uhrazené pojistné, **může vám vzniknout dluh a omezení přístupu k neodkladné péči**. Zákon také řeší přehledy OSVČ a kontroly u zaměstnavatelů.

Zákon zajišťuje stabilní financování zdravotního systému, díky čemuž máme přístup k péči bez přímých plateb u lékaře. Správně placené pojistné znamená jistotu v nemoci i prevenci.

Vyhlášeno dne 21. prosince 1992, datum poslední novelizace 1. července 2025

Česká národní rada se usnesla na tomto zákoně:

ODDÍL I

§ 1

Předmět zákona

Tento zákon upravuje výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění (dále jen „pojistné“), penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení centrálního registru pojištěnců, přerozdělování pojistného a zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.

ČÁST PRVNÍ

Pojistné

§ 2

Výše pojistného

(1) Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období.

(2) Výši pojistného je jeho plátce povinen si sám vypočítat. Pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru.

Vyměřovací základ

§ 3

(1) Vyměřovacím základem zaměstnance²⁾ je úhrn příjmů ze závislé činnosti, s výjimkou náhrad výdajů poskytovaných procentem z platové základny představitelům státní moci a některých státních orgánů a soudcům,⁵⁵⁾ které jsou nebo by byly, pokud by podléhaly zdanění v České republice, předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů³⁾ a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Zúčtovaným příjmem se pro účely věty první rozumí plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci nebo předáno v jeho prospěch, popřípadě připsáno k jeho dobru anebo spočívá v jiné formě plnění prováděné zaměstnavatelem za zaměstnance.

(2) Vyměřovací základ zaměstnance podle odstavce 1 se snižuje o

- a) náhradu škody podle zákoníku práce a právních předpisů upravujících služební poměry,
- b) odstupné a další odstupné, odchodné a odbytné, na která vznikl nárok podle zvláštních právních předpisů, a odměna při skončení funkčního období, na kterou vznikl nárok podle zvláštních právních předpisů,
- c) věnostní přídavek horníků⁵⁾,
- d) plnění, které bylo poskytnuto požiteli starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně po uplynutí jednoho roku ode dne skončení zaměstnání,
- e) jednorázovou sociální výpomoc poskytnutou zaměstnanci k překlenutí jeho mimořádně obtížných poměrů vzniklých v důsledku živelní pohromy, požáru, ekologické nebo průmyslové havárie nebo jiné mimořádně závažné

události.

(3) Pro stanovení vyměřovacího základu zaměstnance, kterému byly zúčtovány příjmy po skončení zaměstnání, se použijí odstavce 1 a 2 obdobně.

(4) Pojistné za zaměstnance se stanoví z vyměřovacího základu podle odstavců 1 až 3, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu, není-li dále stanoveno jinak.

(5) Je-li zaměstnanci vyplácen příjem v cizí měně, přepočte se na českou měnu způsobem stanoveným zákonem upravujícím daně z příjmů. Zaměstnavatel je povinen vést ve svých záznamech pro stanovení a odvod pojistného kurz, který použil.

(6) Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda.

(7) Je-li zaměstnancem zaměstnavatele zaměstnávajícího více než 50 % osob se zdravotním postižením ^{11a)} z celkového průměrného přepočteného počtu svých zaměstnanců ^{11b)} osoba, které byl přiznán invalidní důchod ^{11c)}, je u ní vyměřovacím základem částka přesahující částku, která je vyměřovacím základem u osoby, za kterou je plátcem pojistného stát.

(8) Minimální vyměřovací základ neplatí pro osobu:

a) s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, která je držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P podle zvláštního právního předpisu ¹²⁾;

b) která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje další podmínky pro jeho přiznání;

c) která celodenně osobně a řádně pečuje alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku. Podmínka celodenní péče se považuje za splněnou, je-li dítě předškolního věku umístěno v jeslích (mateřské škole), popřípadě v obdobném zařízení na dobu, která nepřevyšuje čtyři hodiny denně, a jde-li o dítě plnící povinnou školní docházku, po dobu návštěvy školy, s výjimkou umístění v zařízení s týdenním či celoročním pobytem. Za takovou osobu se považuje vždy pouze jedna osoba, a to buď otec nebo matka dítěte, nebo osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů; ¹⁴⁾

d) která současně vedle zaměstnání vykonává samostatnou výdělečnou činnost a odvádí zálohy na pojistné vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu stanoveného pro osoby samostatně výdělečně činné,

e) za kterou je plátcem pojistného stát (§ 3c),

f) která je pouze příjemcem odměny pěstouna,

pokud tyto skutečnosti trvají po celé rozhodné období. Vyměřovacím základem u těchto zaměstnanců je jejich skutečný příjem.

(9) Minimální vyměřovací základ zaměstnance se snižuje na poměrnou část odpovídající počtu kalendářních dnů, pokud

^{a)} zaměstnání netrvalo po celé rozhodné období

a) zaměstnanec nedával po celé rozhodné období,

b) zaměstnanci bylo poskytnuto pracovní volno pro důležité osobní překážky v práci,¹⁵⁾

c) zaměstnanec se stal v průběhu rozhodného období osobou, za kterou platí pojistné i stát,¹³⁾ nebo osobou uvedenou v odstavci 8 písm. a) až c).

(10) Pokud je vyměřovací základ zaměstnance nižší než minimální vyměřovací základ, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů. Má-li zaměstnanec více zaměstnavatelů, je povinen doplatit pojistné podle předchozí věty prostřednictvím toho zaměstnavatele, kterého si zvolí, a to vždy současně s odvodem pojistného v následujícím kalendářním měsíci. Pokud je vyměřovací základ nižší z důvodů překážek na straně organizace,¹⁶⁾ je tento rozdíl povinen doplatit zaměstnavatel.

(11) Pro účely pojistného na veřejné zdravotní pojištění se mzdové nároky zaměstnanců vyplacené Úřadem práce České republiky – krajskou pobočkou nebo pobočkou pro hlavní město Prahu (dále jen „krajská pobočka Úřadu práce“) podle zákona o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů považují za příjmy zúčtované zaměstnavatelem zaměstnanci, a to v rozsahu, ve kterém je zaměstnavatel zaměstnancům nezúčtoval. Tyto příjmy jsou vyměřovacím základem zaměstnanců pro daný kalendářní měsíc, případně jeho poměrnou částí, pokud zaměstnavatel vyplatil zaměstnancům mzdu pouze za část měsíce.

(12) Vyměřovacím základem pracovníka v pracovním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů^{16a)} je úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s tímto pracovním vztahem, a to ve výši, ve které jsou nebo by byly předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů³⁾, s výjimkou příjmů, které tomuto pracovníku nahrazují výdaje jím za zaměstnavatele vynaložené v souvislosti s tímto pracovním vztahem nebo škodou vzniklou v souvislosti s tímto pracovním vztahem, a příjmů uvedených v odstavci 2. Ustanovení o minimálním vyměřovacím základu podle odstavce 6 se použije obdobně.

(13) Do vyměřovacího základu zaměstnance, kterému podle zákoníku práce nepřísluší náhrada mzdy nebo platu za dovolenou v rozsahu, ve kterém mu tato náhrada přísluší podle právních předpisů členského státu Evropské unie, do něhož byl zaměstnanec vyslán⁵⁶⁾, se zahrnuje náhrada mzdy nebo platu za dovolenou ve výši, v jaké by příslušela tato náhrada za dovolenou podle zákoníku práce, i když nebyla zaměstnavatelem zúčtována; je-li náhrada mzdy nebo platu za dovolenou příslušející podle právních předpisů členského státu vyšší než tato náhrada, která by příslušela podle zákoníku práce, zahrnuje se do vyměřovacího základu zaměstnance též rozdíl mezi těmito náhradami, a to v tom kalendářním měsíci, v němž byla výše tohoto rozdílu zjištěna.

(14) Plnění podle odstavce 1 věty druhé, které bylo zaměstnavatelem zaměstnanci připsáno k dobru v případě nabytí podílu v obchodní korporaci, která je jeho zaměstnavatelem nebo která je ve vztahu k tomuto zaměstnavateli mateřskou nebo dceřinou společností nebo kapitálově spojenou osobou podle zákona o daních z příjmů, nebo opce na nabytí tohoto podílu, se považuje za zúčtovaný příjem v tom kalendářním měsíci, v němž se považuje za zúčtovaný příjem podle § 6 odst. 14 a 17 zákona o daních z příjmů; byl-li zaměstnavatelem tento příjem snížen podle § 6 odst. 15 zákona o daních z příjmů, považuje se za zúčtovaný příjem tento snížený příjem.

§ 3a

(1) Vyměřovacím základem osoby samostatně výdělečně činné je 50 % daňového základu; daňovým základem se

pro účely tohoto zákona rozumí dílčí základ daně z příjmů ze samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů, které jsou nebo by byly, pokud by podléhaly zdanění v České republice, předmětem daně z příjmů fyzických osob.

(2) Osoba samostatně výdělečně činná je povinna odvést pojistné z vyměřovacího základu podle odstavce 1. Je-li vyměřovací základ podle odstavce 1 nižší než minimální vyměřovací základ, je osoba samostatně výdělečně činná povinna odvést pojistné z minimálního vyměřovacího základu, není-li dále stanoveno jinak. Minimálním vyměřovacím základem se rozumí dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy; za průměrnou mzdu se pro účely tohoto zákona považuje částka, která se vypočte jako součin všeobecného vyměřovacího základu pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a přepočítacího koeficientu pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu^{16b)} s tím, že vypočtená částka se zaokrouhluje na celé koruny nahoru.

(3) Minimální vyměřovací základ neplatí pro osobu

- a) uvedenou v § 3 odst. 8 písm. a) až c),
- b) která současně vedle samostatné výdělečné činnosti je zaměstnancem a odvádí pojistné z tohoto zaměstnání vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu stanoveného pro zaměstnance,
- c) za kterou je plátcem pojistného stát (§ 3c),

pokud tyto skutečnosti trvají po celé rozhodné období. Vyměřovacím základem u těchto osob je 50 % daňového základu.

(4) Minimální vyměřovací základ osoby samostatně výdělečně činné se sníží na poměrnou část odpovídající počtu kalendářních měsíců, pokud osoba samostatně výdělečně činná

- a) nevykonávala samostatnou výdělečnou činnost po celé rozhodné období,
- b) měla nárok na výplatu nemocenského nebo peněžité pomoci v mateřství jako osoba samostatně výdělečně činná,
- c) se stala osobou uvedenou v odstavci 3,

pokud tyto skutečnosti trvaly po celý kalendářní měsíc.

(5) Vyměřovacím základem osoby samostatně výdělečně činné, jejíž daň z příjmů je rovna paušální dani pro zvolené pásmo paušálního režimu, je pro

- a) první pásmo paušálního režimu minimální vyměřovací základ podle odstavce 2,
- b) druhé pásmo paušálního režimu částka 319 200 Kč a
- c) třetí pásmo paušálního režimu částka 470 400 Kč.

(6) Vyměřovacím základem osoby samostatně výdělečně činné, jejíž daň z příjmů je rovna jiné paušální dani než pro zvolené pásmo paušálního režimu, je vyměřovací základ pro pásmo paušálního režimu určující výši paušální

daně.

(7) Vyměřovací základ osoby samostatně výdělečně činné, jejíž daň z příjmů je rovna paušální dani, se sníží na poměrnou část odpovídající počtu kalendářních měsíců, po které byla osoba samostatně výdělečně činná poplatníkem v paušálním režimu. Pro vyměřovací základ osoby samostatně výdělečně činné, jejíž daň z příjmů je rovna paušální dani, a osoby samostatně výdělečně činné, která byla alespoň po část rozhodného období poplatníkem v paušálním režimu a jejíž daň z příjmů není rovna paušální dani, se nepoužijí odstavce 3 a 4.

§ 3b

Vyměřovacím základem u osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát (§ 3c) (dále jen „osoba bez zdanitelných příjmů“) je minimální mzda.

§ 3c

(1) Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu ³⁷⁾ plátcem pojistného stát, se stanoví ve výši 14 074 Kč na kalendářní měsíc.

(2) Vyměřovací základ se od 1. ledna kalendářního roku vždy zvyšuje o součet růstu cen a jedné poloviny růstu reálné mzdy podle odstavců 3 až 5 a zaokrouhuje se na celé koruny nahoru. Výši takto zvýšeného vyměřovacího základu stanoví vláda nařízením do 30. září kalendářního roku, který o jeden rok předchází kalendářnímu roku, na něhož se vyměřovací základ určuje, a to poprvé k 1. lednu 2024.

(3) Růst cen se stanoví jako procentní přírůstek indexu spotřebitelských cen v červnu kalendářního roku, který o jeden rok předchází kalendářnímu roku, do něhož spadá termín zvýšení vyměřovacího základu oproti tomuto indexu v červnu kalendářního roku, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, do něhož spadá termín zvýšení vyměřovacího základu s tím, že tento růst se stanoví se zaokrouhlením na jedno platné desetinné místo a podíl pro jeho stanovení činí vždy nejméně 1. Výpočet růstu cen se provádí z originálních bazických úhrnných indexů spotřebitelských cen (životních nákladů) za domácnosti celkem zjištěných Českým statistickým úřadem.

(4) Období pro zjišťování růstu reálné mzdy se stanoví tak, že prvním rokem tohoto období je kalendářní rok následující po posledním kalendářním roce období pro zjišťování růstu reálné mzdy použitého při předchozím zvýšení vyměřovacího základu, při kterém bylo přihlédnuto k růstu reálné mzdy, a posledním rokem tohoto období je kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, do něhož spadá termín zvýšení vyměřovacího základu. Pokud je ve stanoveném období podíl pro stanovení růstu reálné mzdy podle odstavce 5 nižší než 1, přihlédne se k růstu reálné mzdy až při tom zvýšení vyměřovacího základu, při kterém je tento podíl vyšší než 1.

(5) Růst reálné mzdy se stanoví v procentech po zaokrouhlení na jedno platné desetinné místo podle podílu, v jehož čitateli je podíl všeobecného vyměřovacího základu za poslední kalendářní rok období pro zjišťování růstu reálné mzdy a všeobecného vyměřovacího základu za kalendářní rok, který bezprostředně předchází prvnímu kalendářnímu roku tohoto období, a ve jmenovateli je podíl průměrného ročního indexu spotřebitelských cen za domácnosti celkem vypočteného z originálních bazických indexů spotřebitelských cen zjištěných Českým statistickým úřadem za poslední kalendářní rok tohoto období a uvedeného průměrného ročního indexu za

kalendářní rok, který bezprostředně předchází prvnímu kalendářnímu roku tohoto období.

§ 3d

Vyměřovacím základem u osoby, která je po celý kalendářní měsíc pojištěncem podle § 2 odst. 1 písm. b) bodu 9 nebo 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění³⁷⁾, je minimální mzda.

§ 4

Rozhodné období

(1) Rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ, je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí, pokud se dále nestanoví jinak.

(2) U osoby samostatně výdělečně činné je rozhodným obdobím kalendářní rok, za který se pojistné platí.

(3) U osoby uvedené v § 3d je rozhodným obdobím období ode dne jejího narození do konce kalendářního měsíce, v němž tato osoba dovršila 60 dnů věku.

Odvod pojistného za zaměstnance

§ 5

(1) Zaměstnavatel odvádí část pojistného, které je povinen hradit za své zaměstnance. Současně odvádí i část pojistného, které je povinen hradit zaměstnanec, srážkou z jeho mzdy nebo platu, a to i bez souhlasu zaměstnance.

(2) Pojistné podle odstavce 1 se platí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce.

(3) Pojistné se odvádí na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky nebo jiné zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění (dále jen „příslušná zdravotní pojišťovna“), u níž je pojištěnec pojištěn.²⁰⁾

§ 6

Právní nástupce zaměstnavatele ručí za pojistné, které měl platit předchůdce. Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna na žádost právního nástupce vykázat evidovanou výši dlužného pojistného.

§ 7

Odvod pojistného za osoby samostatně výdělečně činné

(1) Osoby samostatně výdělečně činné platí pojistné formou záloh na pojistné a doplatku pojistného, pokud se dále nestanoví jinak. Kde se v dalších ustanoveních hovoří o pojistném, rozumí se tím též zálohy na pojistné a doplatek pojistného.

(2) Osoba samostatně výdělečně činná platí zálohy na pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Záloha na pojistné je splatná od prvního dne kalendářního měsíce, na který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce. Zálohy na pojistné se neplatí za kalendářní měsíce, v nichž byla osoba samostatně výdělečně činná uznána po celý kalendářní měsíc neschopnou práce, nebo jí byla nařízena karanténa podle zvláštních právních předpisů.

§ 7a

Odvod pojistného poplatníka v paušálním režimu

Při placení záloh na pojistné osoby samostatně výdělečně činné, která je poplatníkem v paušálním režimu, a pojistného osoby samostatně výdělečně činné, jejíž daň z příjmů je rovna paušální dani, se postupuje podle zákona upravujícího daně z příjmů.

§ 8

(1) Osoba zahajující samostatnou výdělečnou činnost hradí v prvním kalendářním roce této činnosti měsíční zálohy na pojistné vypočtené z minimálního vyměřovacího základu, pokud si sama nestanoví zálohu vyšší. Pokud za osobu zahajující samostatnou výdělečnou činnost je plátcem pojistného i stát, není tato osoba povinna v prvním kalendářním roce této činnosti platit zálohy na pojistné; pojistné zaplatí formou doplatku podle odstavce 4.

(2) Ve druhém roce a v následujících letech výkonu samostatné výdělečné činnosti se výše zálohy na pojistné stanoví procentní sazbou uvedenou v § 2 z měsíčního vyměřovacího základu. Měsíční vyměřovací základ činí průměr, který z vyměřovacího základu určeného podle § 3a pro stanovení pojistného ze samostatné výdělečné činnosti za předcházející kalendářní rok připadá na jeden kalendářní měsíc s tím, že se přihlíží jen k těm kalendářním měsícům, v nichž byla samostatná výdělečná činnost vykonávána alespoň po část tohoto měsíce. Takto vypočtené zálohy se poprvé zaplatí za kalendářní měsíc, ve kterém byl nebo měl být podán přehled podle § 24 odst. 2, a naposledy za kalendářní měsíc předcházející kalendářnímu měsíci, ve kterém byl nebo měl být takový přehled předložen v dalším kalendářním roce.

(3) Osoba samostatně výdělečně činná, která je současně zaměstnancem a samostatná výdělečná činnost není hlavním zdrojem jejích příjmů, není povinna platit zálohy na pojistné; pojistné zaplatí nejpozději do 8 dnů po dni, ve kterém byl, popřípadě měl být podán přehled podle § 24 odst. 2 za kalendářní rok, za který se pojistné platí.

(4) Zdravotní pojišťovna na žádost osoby samostatně výdělečně činné poměrně sníží výši zálohy na pojistné, a to v případě, že příjem této osoby ze samostatné výdělečné činnosti je po odpočtu výdajů vynaložených na dosažení, zajištění a udržení příjmu, který připadá v průměru na 1 kalendářní měsíc v období od 1. ledna kalendářního roku do konce kalendářního měsíce předcházejícího podání žádosti, nejméně však v období 3 po sobě jdoucích kalendářních měsíců, nejméně o jednu třetinu nižší než příjem připadající v průměru na 1 kalendářní měsíc v předcházejícím roce, v němž alespoň po část měsíce byla vykonávána samostatná výdělečná činnost. Snížení lze provést na dobu nejdéle do konce kalendářního měsíce, který předchází kalendářnímu měsíci, v němž byl nebo měl být podán přehled podle § 24 odst. 2.

(5) Doplátek rozdílu mezi zálohami a skutečnou výší pojistného vypočteného podle § 3a je splatný vždy nejpozději do 8 dnů po dni, ve kterém byl, popřípadě měl být podán přehled podle § 24 odst. 2 za kalendářní rok, za který se pojistné platí.

(6) Je-li úhrn záloh na pojistné zaplacených za rozhodné období vyšší než pojistné stanovené podle § 2 odst. 1, jedná se o přeplatek pojistného (§ 14).

(7) Na částky převedené orgány Finanční správy České republiky ze společného osobního daňového účtu osoby samostatně výdělečně činné, jejíž daň z příjmů nebyla rovna paušální dani a která má povinnost nebo možnost podat přehled o daňovém základu, se hledí jako na zálohy zaplacené příslušné zdravotní pojišťovně.

§ 8a

Záloha na pojistné poplatníka v paušálním režimu

Záloha na pojistné osoby samostatně výdělečně činné, která je poplatníkem v paušálním režimu, se pro zvolené pásmo paušálního režimu stanoví procentní sazbou uvedenou v § 2 z jedné dvanáctiny vyměřovacího základu stanoveného v § 3a odst. 5 pro dané zvolené pásmo paušálního režimu.

Odvod pojistného za osoby bez zdanitelných příjmů

§ 10

Osoba bez zdanitelných příjmů platí pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Pojistné je splatné od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

§ 11

Osoba bez zdanitelných příjmů, která pracuje v zahraničí pro zaměstnavatele, který nemá na území České republiky sídlo, ani místo podnikání, může projednat s příslušnou zdravotní pojišťovnou jiný způsob hrazení pojistného. Příslušná zdravotní pojišťovna může na žádost takové osoby povolit placení pojistného za delší, než měsíční období, avšak vždy jen dopředu.

§ 11a

Odvod pojistného za děti cizinců

Za osoby uvedené v § 3d platí pojistné zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Pojistné je splatné od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

§ 12

Odvod pojistného hrazeného státem

(1) Za osoby, za které je plátcem pojistného stát,³⁷⁾ hradí měsíčně pojistné ministerstvo financí České republiky na zvláštní účet zřízený podle § 20, a to do 25. dne předcházejícího kalendářního měsíce.

(2) V případě sezónních výkyvů v platbách za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „hrazené služby“) je ministr financí zmocněn v průběhu rozpočtového roku poskytnout návratnou finanční výpomoc splatnou v témže roce a změnit frekvenci a výši plateb státu do systému veřejného zdravotního pojištění uvnitř rozpočtového roku na základě žádosti správce zvláštního účtu. Žádost bude posuzována podle vývoje příjmů a výdajů ve státním rozpočtu. Úpravy plateb podle tohoto zmocnění nesmí ovlivnit částku rozpočtovanou ve schváleném státním rozpočtu na platbu státu podle § 3c tohoto zákona.

§ 13

Odvod pojistného při souběhu příjmů

Má-li pojištěnec současně více příjmů podle § 3 nebo § 3a, odvádí pojistné ze všech těchto příjmů.

§ 14

Přeplatek pojistného

(1) Nárok na vrácení přeplatku se promlčuje za 10 let od uplynutí kalendářního roku, v němž vznikl.

(2) Přeplatek pojistného, činí-li úhrnná výše tohoto přeplatku nejméně 200 Kč, se vrací plátcí pojistného nebo jeho právnímu nástupci, pokud není jiného splatného závazku vůči příslušné zdravotní pojišťovně. Je-li takový závazek, použije se přeplatku pojistného k jeho úhradě. Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna vrátit přeplatek pojistného do jednoho měsíce ode dne, kdy tento přeplatek zjistila. Byla-li v souladu s tímto ustanovením podána žádost o vrácení přeplatku pojistného a příslušná zdravotní pojišťovna vrátila tento přeplatek po uplynutí lhůty stanovené pro rozhodnutí o přeplatku pojistného,³⁸⁾ je povinna zaplatit penále. Za den platby se považuje u bezhotovostních převodů z účtu banky den, kdy bylo skutečně odepsáno z účtu zdravotní pojišťovny, u plateb v hotovosti den, kdy banka, pošta nebo jiná oprávněná osoba hotovost přijala nebo převzala. Za žádost o vrácení přeplatku pojistného se považuje vždy podání přehledu podle § 24 odst. 2, vyplývá-li z něho přeplatek pojistného a jestliže plátcé pojistného nepožádal o použití přeplatku pojistného na úhradu zálohy na pojistné na další období.

(3) Vrácený přeplatek na pojistném se v následujícím kalendářním měsíci zúčtuje s poukázanými finančními prostředky podle § 21 odst. 1.

§ 15

Úhrada dlužného pojistného

(1) Dlužné pojistné jsou osoby uvedené v předchozích ustanoveních povinny doplatit. Doplatek je splatný na účet té zdravotní pojišťovny, u které byla osoba pojištěna v období, za něž dluží pojistné. Pokud byla osoba pojištěna u několika zdravotních pojišťoven, je doplatek pojistného stanoven poměrně podle doby pojištění u každé zdravotní pojišťovny a je splatný na účet každé takové pojišťovny. Nedoplatky pojistného, jejichž výše v úhrnu nepřesahuje u jednoho plátce pojistného a jedné pojišťovny 200 Kč, nelze vymáhat.

(2) Má-li plátce pojistného vůči zdravotní pojišťovně splatný závazek, je povinen ho splácet v tomto pořadí:

- a) pokuty,
- b) přirážka k pojistnému,
- c) nejstarší nedoplatky pojistného,
- d) běžné platby pojistného,
- e) penále.

Jednotlivé dlužné částky podle písmen a) až e) je plátce pojistného povinen odvádět samostatně na příslušné účty zdravotní pojišťovny.

(3) Pokud plátce pojistného nedodrží pořadí podle odstavce 2, je oprávněna jeho platbu ve stanoveném pořadí použít příslušná zdravotní pojišťovna. Takovou skutečnost je povinna plátcí pojistného oznámit.

§ 16

Promlčení pojistného

(1) Právo předepsat dlužné pojistné se promlčuje za 10 let ode dne splatnosti. Byl-li proveden úkon ke zjištění výše pojistného nebo jeho vyměření, plyne nová promlčecí lhůta ode dne, kdy se o tom plátce pojistného dozvěděl.

(2) Právo vymáhat pojistné se promlčuje ve lhůtě 10 let od právní moci platebního výměru, jímž bylo vyměřeno. Promlčecí doba neběží po dobu řízení u soudu.

§ 17

Způsob placení pojistného

(1) Pojistné se platí v české měně

- a) na účet zdravotní pojišťovny vedený u poskytovatele platebních služeb,
- b) vyplacením v hotovosti zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny pověřenému přijímat pojistné.

(2) Za den platby pojistného se považuje

- a) v případě placení na účet zdravotní pojišťovny vedený u poskytovatele platebních služeb den, kdy dojde k

připsání pojistného na účet poskytovatele platebních služeb zdravotní pojišťovny,

b) v případě vyplacení hotovosti přímo zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny den, kdy příslušný zaměstnanec hotovost přijal.

(3) Poskytovatel platebních služeb, u kterého je veden účet příslušné zdravotní pojišťovny, je povinen poskytnout zdravotní pojišťovně informaci o dni, kdy došlo k připsání částky na účet poskytovatele platebních služeb příslušné zdravotní pojišťovny a o čísle účtu plátce nebo jeho jiném jedinečném identifikátoru^{38a)}.

(4) Držitel poštovní licence, který přijal platbu k úhradě poštovním poukazem, ji předá k provedení převodu poskytovateli platebních služeb, který vede jeho účet, do 2 pracovních dnů ode dne, kdy platbu přijal; pro další převod této platby se uplatní lhůty podle zákona o platebním styku.

(5) Pokud držitel poštovní licence nedodrží lhůtu podle odstavce 4, je povinen uhradit příslušné zdravotní pojišťovně úrok ve výši dvojnásobku diskontní sazby České národní banky platné v první den kalendářního čtvrtletí, v němž měl uhrazenou částku nejpozději převést. Držitel poštovní licence je rovněž povinen převést příslušné zdravotní pojišťovně úrok, který mu uhradí poskytovatel platebních služeb za nedodržení lhůt podle zákona o platebním styku.

ČÁST DRUHÁ

Penále

§ 18

(1) Nebylo-li pojistné nebo záloha na pojistné zapláceno ve stanovené lhůtě anebo bylo-li zapláceno v nižší částce, než ve které mělo být zapláceno, je plátce pojistného povinen platit penále. Pokud bylo pojistné nebo záloha na pojistné zapláceno jiné než příslušné zdravotní pojišťovně, popřípadě jinému subjektu, nebo pokud platba byla poukázána pod nesprávným variabilním symbolem, považuje se pojistné nebo záloha na pojistné za nezaplacené ve stanovené lhůtě. Výše penále se stanoví podle předpisů práva občanského o výši úroku z prodlení.

(2) Nebyl-li přeplatek na pojistném vrácen příslušnou zdravotní pojišťovnou ve stanovené lhůtě (§ 14 odst. 2), je příslušná zdravotní pojišťovna ode dne následujícího po dni splatnosti do dne platby včetně povinna platit za každý den penále ve výši 0,05 % dlužné částky.

(3) Každá platba penále se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru.

(4) Penále se nepředepíše, nepřesáhne-li v úhrnu 100 Kč za jeden kalendářní rok.

(5) Zdravotní pojišťovna penále nepředepíše, pokud plátce prokáže, že provedl platbu na účet příslušné zdravotní pojišťovny, ale pod nesprávným variabilním symbolem.

(6) Pro účely zvláštních právních předpisů⁴¹⁾ se za dlužné pojistné považuje i dlužné penále.

§ 19

Pokud jde o splatnost penále, způsob jeho placení, vymáhání, promlčení a vracení přeplatku na penále, postupuje se stejně jako u pojistného.

ČÁST TŘETÍ

Přerozdělování pojistného

§ 20

Obecná ustanovení o přerozdělování

(1) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky zřizuje a spravuje zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění (dále jen „zvláštní účet“). Zvláštní účet slouží k přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „správce zvláštního účtu“) vede zvláštní účet odděleně od ostatních účtů a fondů, které spravuje.

(2) Předmětem přerozdělování je pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami a příjmy zvláštního účtu, kterým jsou

- a) celkové platby státu za pojištěnce, za něž je stát plátcem pojistného,
- b) jiná plnění, která jsou na základě tohoto zákona nebo zvláštních právních předpisů příjmem zvláštního účtu,
- c) úroky připsané na zvláštní účet a
- d) zálohy na pojistné osob samostatně výdělečně činných, které jsou poplatníky v paušálním režimu, s výjimkou části záloh převyšující pojistné těchto osob, pokud je jejich daň rovna paušální dani pojistné osob samostatně výdělečně činných, jejichž daň je rovna paušální dani, jejich příslušenství spravované orgány Finanční správy České republiky a přeplatek na společném osobním daňovém účtu, který se stal podle zákona o daních z příjmů příjmem zvláštního účtu.

(3) Z prostředků na zvláštním účtu se hradí náklady na jeho vedení a na účetní operace. O úhrn těchto nákladů se snižuje celková částka určená k přerozdělování (dále jen „částka určená k přerozdělování“).

(4) Přerozdělování se provádí podle indexů a podle nákladných hrazených služeb.

(5) Přerozdělováním podle indexů se rozumí měsíční přerozdělování pojistného jednotlivým zdravotním pojišťovnám podle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin a podle korekcí pro souběh skupin podle § 21. Věkovou skupinou se rozumí každá z nákladových věkových skupin pojištěnců uvedených v příloze č. 1 k tomuto zákonu. Farmaceuticko-nákladovou skupinou se rozumí nákladová skupina, do níž jsou podle spotřeby léčivých přípravků zařazeni pojištěnci s onemocněním v chronickém stadiu. Nákladový index věkové skupiny a farmaceuticko-nákladové skupiny vyjadřuje, jak se v přímé souvislosti s příslušností pojištěnce do dané skupiny liší předpokládané roční náklady na hrazené služby takového pojištěnce oproti předpokládaným průměrným ročním nákladům na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění. Nákladový index pojištěnce vyjadřuje, kolikrát se předpokládané roční náklady na hrazené služby daného pojištěnce liší od předpokládaných průměrných ročních nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného

zdravotního pojištění. Do průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění nejsou zahrnuty náklady, které jsou předmětem přerozdělování podle odstavce 6. Způsob výpočtu nákladového indexu pojištěnce upravuje příloha č. 2 k tomuto zákonu.

(6) Přerozdělováním podle nákladných hrazených služeb se rozumí měsíční zálohové přerozdělování pojistného jednotlivým zdravotním pojišťovnám podle § 21a s ročním vyúčtováním podle § 21c, prováděné podle příslušnosti pojištěnců ke zdravotní pojišťovně, za které byly těmito zdravotními pojišťovnami uhrazeny nákladné hrazené služby.

(7) Zdravotní pojišťovny pro účely přerozdělování oceňují způsobem stanoveným prováděcím právním předpisem vydaným podle § 21f písm. d) náklady na zdravotní služby vykázané poskytovateli zdravotních služeb za předchozí kalendářní rok.

(8) Při změně zdravotní pojišťovny podle zákona o veřejném zdravotním pojištění je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna bezplatně předat nové zdravotní pojišťovně pojištěnce údaje o spotřebě léčivých přípravků pojištěnce potřebné pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladových skupin. Rozsah, způsob a lhůty předávání těchto údajů stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

System přerozdělování

§ 20a

(1) Částku určenou k přerozdělování přerozděluje správce zvláštního účtu mezi zdravotní pojišťovny podle proměnlivých parametrů přerozdělování, kterými jsou nastavitelné parametry přerozdělování a vypočítané parametry přerozdělování. Postup pro stanovení proměnlivých parametrů přerozdělování je uveden v příloze č. 2 k tomuto zákonu.

(2) Nastavitelnými parametry přerozdělování jsou

- a) seznam farmaceuticko-nákladových skupin; seznam farmaceuticko-nákladových skupin obsahuje farmaceuticko-nákladové skupiny zařazené do přerozdělování pro příslušné období přerozdělování a dále pravidla, podle kterých se do těchto skupin zařazují pojištěnci,
- b) seznam kombinací věkové skupiny s farmaceuticko-nákladovou skupinou a dvou farmaceuticko-nákladových skupin navzájem (dále jen „kombinace skupin“), který stanoví, pro které kombinace skupin budou počítány korekce pro souběh skupin,
- c) koeficient pro výpočet zajišťovací konstanty, jímž se stanoví objem prostředků, které budou přerozdělovány v přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, a
- d) hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny, která označuje minimální spotřebu obvyklých denních terapeutických dávek léčivých přípravků, a pokud nemá léčivý přípravek přiřazen údaj o počtu obvyklých denních terapeutických dávek v seznamu vydávaném podle § 39n odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, použije se údaj o počtu definovaných denních dávek podle tohoto seznamu (dále jen „obvyklá denní terapeutická dávka“), nutnou pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny podle

seznamu farmaceuticko-nákladových skupin.

(3) Vypočítanými parametry přerozdělování jsou

a) nákladové indexy věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin,

b) korekce pro souběh skupin, pokud byly stanoveny kombinace skupin, pro které mají být korekce počítány; korekcí pro souběh skupin se rozumí nákladový index, který se při počítání nákladového indexu pojištění započítává u pojištění s předem definovanou kombinací skupin, a

c) zajišťovací konstanta, která slouží ke stanovení hranice nákladovosti pojištění, při jejímž překročení jsou zdravotní pojišťovnám za příslušného pojištění hrazeny prostředky v přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, a pro stanovení výše prostředků z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, která zdravotní pojišťovnám za tyto pojištění náleží.

(4) Obdobím přerozdělování je kalendářní rok.

§ 20b

Nastavitelné parametry přerozdělování stanovené prováděcím právním předpisem podle § 21f písm. a) se použijí pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování.

§ 20c

Zdravotní pojišťovny zašlou Ministerstvu zdravotnictví do 31. července v anonymizované podobě údaje za předcházející kalendářní rok stanovené prováděcím právním předpisem vydaným podle § 21f písm. a). Ministerstvo zdravotnictví do 15. září vypočte a zašle Dozorčímu orgánu nad přerozdělováním prostředků veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Dozorčí orgán“) a zdravotním pojišťovnám vypočítané parametry přerozdělování, které se použijí pro následující období přerozdělování. Ve stejné lhůtě Ministerstvo zdravotnictví zašle Dozorčímu orgánu a zdravotním pojišťovnám údaje, na jejichž základě byly vypočítané parametry vypočteny, a to bez uvedení údajů o příslušnosti pojištěnců ke zdravotní pojišťovně.

§ 21

Měsíční přerozdělování podle indexů

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna sdělí do osmého dne kalendářního měsíce správci zvláštního účtu

a) počty svých pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách a farmaceuticko-nákladových skupinách pojištěných u těchto pojišťoven k prvnímu dni tohoto kalendářního měsíce, a to včetně počtu pojištěnců s kombinací těchto skupin v případech, kdy se na tyto kombinace vztahují platné korekce pro souběh skupin,

b) počty svých pojištěnců pojištěných k prvnímu dni tohoto kalendářního měsíce u těchto pojišťoven v členění podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, za které je od prvního dne tohoto kalendářního měsíce plátcem pojistného stát,

c) výši pojistného vybraného za předchozí kalendářní měsíc,

d) počty pojištěnců podle písmen a) a b), platné k prvnímu dni kalendářního měsíce předcházejícího o 3 měsíce příslušné přerozdělování a

e) v případě, že došlo oproti předchozímu kalendářnímu roku ke změně nastavitelných parametrů přerozdělování podle § 20a odst. 2 písm. a), b) nebo d), v kalendářním měsíci lednu počty pojištěnců podle písmene a), platné k prvnímu dni kalendářních měsíců října, listopadu a prosince předchozího kalendářního roku tak, jak byly známy příslušné zdravotní pojišťovně v těchto měsících, v jednotlivých věkových skupinách, farmaceuticko-nákladových skupinách a kombinacích těchto skupin v případech, kdy se na tyto kombinace vztahují platné korekce pro souběh skupin, účinných ke dni tohoto sdělení.

(2) Údaje podle odstavce 1 sděluje zdravotní pojišťovna v elektronické podobě datovou zprávou vytvořenou v elektronické aplikaci, kterou k zajištění jednotné formy sdělovaných údajů zdravotními pojišťovnami správci zvláštního účtu vytváří a aktualizuje Ministerstvo zdravotnictví a kterou zdravotním pojišťovnám za tímto účelem bezplatně poskytuje.

(3) Správce zvláštního účtu vypočítá rozdíly mezi počty pojištěnců sdělenými podle odstavce 1 písm. d) a počty pojištěnců známými příslušné pojišťovně v kalendářním měsíci o 3 měsíce předcházejícím příslušné přerozdělování a sdělenými správcem zvláštního účtu podle odstavce 1 písm. b) a

a) podle odstavce 1 písm. e), pokud byly takto sděleny, a

b) podle odstavce 1 písm. a) v ostatních případech.

O rozdíly podle věty první upraví správce zvláštního účtu počty pojištěnců sdělené příslušnou pojišťovnou v kalendářním měsíci podle odstavce 1 písm. a) a b).

(4) Počty pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, sdělené příslušnými zdravotními pojišťovnami správcem zvláštního účtu podle odstavce 1 písm. b) a upravené podle odstavce 3, jsou podkladem pro platbu pojistného státem. Správce zvláštního účtu oznámí celkový počet pojištěnců podle věty první Ministerstvu financí do dvanáctého dne kalendářního měsíce.

(5) Správce zvláštního účtu oznámí do patnáctého dne kalendářního měsíce každé zdravotní pojišťovně celkovou částku, která na ni připadá z přerozdělování podle indexů. Celkovou částku pro příslušnou zdravotní pojišťovnu tvoří podíl na standardizovaného pojištěnce, vynásobený počtem standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.

(6) Počet standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví jako součet nákladových indexů všech jejích pojištěnců.

(7) Podíl na standardizovaného pojištěnce se stanoví tak, že se částka určená k přerozdělování v kalendářním měsíci, snižena o celkovou částku měsíčních záloh pro takový kalendářní měsíc z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb podle § 21a odst. 4, vydělí celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.

§ 21a

Přerozdělování podle nákladných hrazených služeb

- (1) Nákladnými hrazenými službami se rozumí hrazené služby poskytnuté pojištěncům, u nichž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v jednom období přerozdělování částku odpovídající součtu příjmu zdravotní pojišťovny na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty (dále jen „nákladný pojištěnec“). Postup výpočtu příjmu zdravotní pojišťovny na pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty stanoví příloha č. 2 k tomuto zákonu.
- (2) Příslušná zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu kompenzace za nákladné hrazené služby, která tvoří
- a) 80 % částky, o kterou náklady na nákladné hrazené služby překročí částku podle odstavce 1, nejvýše však částku ve výši čtyřnásobku zajišťovací konstanty, a dále
 - b) 95 % částky, o kterou náklady na nákladné hrazené služby překročí součet šestinásobku zajišťovací konstanty a příjmu zdravotní pojišťovny na příslušného pojištěnce z přerozdělování podle indexů.
- (3) Kompenzace za nákladné hrazené služby se poskytuje formou měsíčních zálohových plateb a ročního vyúčtování po skončení příslušného kalendářního roku.
- (4) Celkový objem finančních prostředků na měsíční zálohové platby zdravotním pojišťovnám je pro každý kalendářní měsíc stanoven procentním podílem z částky určené k přerozdělování v tomto kalendářním měsíci. Tento podíl odpovídá podílu celkové částky kompenzací za nákladné hrazené služby přiznaných v posledním účetně uzavřeném kalendářním roce všem zdravotním pojišťovnám a celkové částky určené k přerozdělování v posledním účetně uzavřeném kalendářním roce.
- (5) Příslušné zdravotní pojišťovně náleží měsíční zálohová platba ve výši procentního podílu z celkového objemu finančních prostředků na měsíční zálohové platby podle odstavce 4. Tento podíl odpovídá podílu celkové částky kompenzací za nákladné hrazené služby přiznaných příslušné pojišťovně v posledním účetně uzavřeném kalendářním roce a celkové částky kompenzací za nákladné hrazené služby přiznaných v posledním účetně uzavřeném kalendářním roce všem pojišťovnám.
- (6) Správce zvláštního účtu oznámí do patnáctého dne kalendářního měsíce všem zdravotním pojišťovnám výši měsíční zálohy, která na ně připadá z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb.

§ 21b

Měsíční platby

- (1) Přesahuje-li pojistné vybrané příslušnou zdravotní pojišťovnou za předchozí kalendářní měsíc součet částek, které na ni připadají z přerozdělování podle indexů a z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb a které jí oznámil správce zvláštního účtu podle § 21 odst. 5 a § 21a odst. 6, uhradí tato zdravotní pojišťovna přebývajícím finančním prostředkům na zvláštní účet do dvacátého pátého dne kalendářního měsíce, v němž jí byly částky oznámeny. Zdravotní pojišťovně, která povinnost podle věty první nesplní, vyměří Ministerstvo zdravotnictví penále ve výši 0,1 % z dlužné částky za každý kalendářní den následující po dni splatnosti do dne platby včetně. Penále je

příjmem zvláštního účtu. Penále nesmí zdravotní pojišťovna hradit z prostředků základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu.

(2) Nedosahuje-li pojistné vybrané příslušnou zdravotní pojišťovnou za předchozí kalendářní měsíc součet částek, které na ni připadají z přerozdělování podle indexů a z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb a které jí oznámil správce zvláštního účtu podle § 21 odst. 5 a § 21a odst. 6, poukáže správce zvláštního účtu této zdravotní pojišťovně chybějící finanční prostředky do 15 pracovních dnů ode dne, kdy zdravotní pojišťovně tyto částky oznámil. Nesplní-li správce zvláštního účtu povinnost podle věty první, vyměří Ministerstvo zdravotnictví správci zvláštního účtu penále ve výši 0,1 % z dlužné částky za každý den následující po dni splatnosti do dne platby včetně. Penále je příjmem zdravotní pojišťovny, vůči které správce zvláštního účtu nesplnil povinnost podle věty první. Penále nesmí správce zvláštního účtu hradit z prostředků zvláštního účtu, základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu. Podle věty druhé se nepostupuje, pokud důvodem nesplnění povinnosti správcem zvláštního účtu je nesplnění povinnosti některé zdravotní pojišťovny podle odstavce 1.

§ 21c

Vyúčtování nákladných hrazených služeb a společná kontrolní skupina

(1) Zdravotní pojišťovna vyúčtuje správci zvláštního účtu v termínu stanoveném pro předkládání výročních zpráv po účetním uzavření kalendářního roku všechny své nákladné pojištěnce za takový rok, celkovou úhradu za jednotlivé pojištěnce, do níž se započítávají i náhrady za zdravotní služby čerpané v zahraničí, a výši kompenzací za nákladné hrazené služby podle § 21a odst. 2. Zdravotní pojišťovna sestaví vyúčtování svých nákladných pojištěnců v elektronické aplikaci podle § 21 odst. 2. Správce zvláštního účtu je oprávněn údaje uvedené ve větě první požadovat i v jiném termínu, rozhodne-li tak Dozorčí orgán; v takovém případě jsou zdravotní pojišťovny povinny předložit údaje ve lhůtě do 30 kalendářních dnů ode dne jejich vyžádání.

(2) Na kontrole oprávněnosti a správnosti vyúčtování nákladných hrazených služeb se podílejí všechny zdravotní pojišťovny. Správce zvláštního účtu provádí kontrolu prostřednictvím společné kontrolní skupiny složené z revizních lékařů všech zdravotních pojišťoven. Pro účely tohoto zákona jsou revizní lékaři delegovaní jednotlivými zdravotními pojišťovnami do kontrolní skupiny oprávněni kontrolovat vyúčtování nákladných hrazených služeb předložené kteroukoli zdravotní pojišťovnou. Správce zvláštního účtu prostřednictvím společné kontrolní skupiny provádí též kontrolu správnosti zařazení pojištěnců do farmaceuticko-nákladových skupin.

(3) Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna sdělit správci zvláštního účtu bez zbytečných průtahů případy, kdy na základě kontroly snížila poskytovateli úhradu nákladných hrazených služeb a výši tohoto snížení. Správce zvláštního účtu toto snížení provede v rámci ročního vyúčtování kompenzací za nákladné hrazené služby.

(4) Správce zvláštního účtu vypočte do 90 dnů ode dne převzetí vyúčtování celkové částky, na které mají jednotlivé zdravotní pojišťovny nárok podle § 21a odst. 2, a porovná je s celkovou výší jim poskytnutých zálohových plateb. Zjistí-li správce zvláštního účtu rozdíl mezi nároky a výší zálohových plateb větší než 0,01 % celkové výše zálohových plateb, vypořádá tento rozdíl v následujícím měsíci, a to tak, že zdravotní pojišťovně spolu s částkou podle § 21a odst. 6 oznámí též opravnou částku ve výši tohoto rozdílu. O tuto opravnou částku se v příslušném měsíci upraví výsledný nárok nebo závazek zdravotní pojišťovny podle § 21b a o výši tohoto nároku nebo závazku se upraví částka určená k přerozdělování v příslušném měsíci.

§ 21d

Dozor nad přerozdělováním

(1) Na dodržování pravidel přerozdělování a hospodaření se zvláštním účtem dohlíží Dozorčí orgán. Členy Dozorčího orgánu jsou

- a) 1 zástupce jmenovaný Ministerstvem financí,
- b) 1 zástupce jmenovaný Ministerstvem zdravotnictví,
- c) 1 zástupce jmenovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí,
- d) 1 zástupce pověřený Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a
- e) 1 zástupce z každé další zdravotní pojišťovny pověřený zdravotní pojišťovnou, kterou v Dozorčím orgánu zastupuje.

(2) Členové Dozorčího orgánu uvedení v odstavci 1 písm. a) až d) mají každý 1 hlas. Členové Dozorčího orgánu uvedení v odstavci 1 písm. e) mají dohromady 1 hlas.

(3) Dozorčí orgán provádí kontrolu správnosti údajů poskytnutých podle § 20 odst. 8 a § 21 odst. 1. Pokud zdravotní pojišťovna při kontrole neposkytne potřebnou součinnost, podá Dozorčí orgán Ministerstvu zdravotnictví podnět ke kontrole podle zákonů upravujících činnost zdravotních pojišťoven. Při kontrole podle věty první se nepoužijí ustanovení kontrolního řádu o přestupcích.

(4) Dozorčí orgán předává Ministerstvu zdravotnictví kontrolní protokoly o kontrolách provedených podle odstavce 3.

(5) Zjistí-li Ministerstvo zdravotnictví při kontrole chyby v údajích sdělených zdravotní pojišťovnou podle § 21 odst. 1, v jejímž důsledku byla částka připadající na tuto zdravotní pojišťovnu podle § 21 odst. 5 vypočtena vyšší, než měla být, oznámí tuto skutečnost správci zvláštního účtu. Správce zvláštního účtu vypořádá tento rozdíl v následujícím měsíci, a to tak, že zdravotní pojišťovně spolu s částkou podle § 21a odst. 6 oznámí též částku, o níž v příslušném měsíci upraví výsledný nárok zdravotní pojišťovny podle § 21b, a o výši této částky správce zvláštního účtu upraví částku určenou k přerozdělování.

§ 21e

Přestupek

(1) Zdravotní pojišťovna se dopustí přestupku tím, že

- a) při kontrole podle § 21d odst. 3 neposkytne Dozorčímu orgánu potřebnou součinnost, nebo
- b) nepředá nové zdravotní pojišťovně pojištěnce údaje o spotřebě léčivých přípravků pojištěnce potřebné pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladových skupin.

(2) Za přestupek podle odstavce 1 lze uložit pokutu do 500 000 Kč.

(3) Přestupek podle odstavce 1 písm. a) projednává Ministerstvo financí. Přestupek podle odstavce 1 písm. b) projednává Ministerstvo zdravotnictví.

§ 21f

Zmocňovací ustanovení

Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem financí vyhláškou stanoví

a) vždy do 30. dubna kalendářního roku pro následující období přerozdělování

1. nastavitelné parametry přerozdělování a jejich hodnoty a
2. požadavky na obsah, strukturu a formát údajů pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování,

b) jednací řád Dozorčího orgánu,

c) pravidla pro hospodaření se zvláštním účtem a

d) způsob oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování.

ČÁST ČTVRTÁ

Ustanovení společná, přechodná a závěrečná

§ 22

Kontrola placení pojistného

(1) Pověření zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny jsou oprávněni provádět v souvislosti s výběrem pojistného kontrolu plateb pojistného. K provedení kontroly je pověřený zaměstnanec povinen prokázat se služebním průkazem příslušné zdravotní pojišťovny a zvláštním oprávněním k takové činnosti, vydaným jejím ředitelem.

(2) Kontrolou zjišťuje pověřený zaměstnanec správné stanovení vyměřovacího základu, výše pojistného a jeho včasné placení.

(3) Kontrola se provádí u plátce pojistného nebo v místě, které je vzhledem k účelu kontroly nejvhodnější. Kontrola se provádí v rozsahu nezbytně nutném pro dosažení jejího účelu. Plátce pojistného, u něhož je prováděna kontrola, je povinen ve vztahu k pověřenému zaměstnanci

- a) předložit na vyžádání účetní a jiné doklady, jež jsou pro správné stanovení a placení pojistného rozhodné, anebo o které pověřený zaměstnanec požádá a podat k nim ústně nebo písemně požadovaná vysvětlení, má-li pověřený zaměstnanec pochybnost o jejich úplnosti, správnosti nebo pravdivosti,

- b) nezatajovat doklady, které má plátce pojistného k dispozici nebo o nichž je mu známo, kde se nacházejí,
- c) zajistit vhodné místo a podmínky k provádění kontroly,
- d) zapůjčit potřebné doklady i mimo prostor provádění kontroly.

(4) Plátcí pojistného a třetí osoby jsou povinny poskytnout pověřenému zaměstnanci veškerou pomoc potřebnou k účinnému provedení kontroly.

§ 22a

Tam, kde se v tomto zákoně uvádí zaměstnavatel, rozumí se tím u státních zaměstnanců podle zákona o státní službě služební úřad⁵⁴).

§ 23

Povinnost zachovávat mlčenlivost

(1) Zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se při kontrole plateb pojistného nebo v souvislosti s ní dozvěděli. Porušením povinnosti mlčenlivosti není vzájemné poskytování informací mezi správci daní, zdravotního a sociálního pojištění, které jsou nezbytné pro účelnou kontrolu plátců a použití informací ve vztahu k třetím osobám při uplatňování a vymáhání dlužného pojistného.

(2) Údaje týkající se jednotlivých fyzických nebo právnických osob, které se osoby uvedené v odstavci 1 při své činnosti dozvědí, mohou sdělit jiným subjektům, jen stanoví-li tak tento zákon nebo zvláštní právní předpis.^{25c)}

(3) Povinnost zachovávat mlčenlivost se nevztahuje na údaje týkající se dluhu na pojistném, včetně výše dlužného penále, o nichž bylo rozhodnuto pravomocnými platebními výměry, nebo jedná-li se o pohledávku na pojistném a penále, kterou zdravotní pojišťovna uplatňuje ve veřejné dražbě nebo která byla zjištěna v insolvenčním řízení podle zvláštního právního předpisu^{39a)}.

(4) Povinnost zachovávat mlčenlivost trvá i po skončení pracovního poměru nebo pracovní činnosti.

(5) Zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny musí být poučeni o své povinnosti zachovávat mlčenlivost a o právních důsledcích porušení této povinnosti.

(6) Zdravotní pojišťovny jsou povinny na žádost bezplatně poskytnout

- a) informace získané při výběru pojistného jiné zdravotní pojišťovně, pokud se týkají jejích pojištěnců a doby, kdy byli u ní pojištěni,
- b) informace získané při výběru pojistného odvolacímu orgánu nebo soudu, projednávají-li tyto orgány opravný prostředek ve věci tohoto pojistného, dědictví po plátcí tohoto pojistného, nebo vedou-li trestní řízení v souvislosti s placením pojistného, nebo projednávají-li návrh na výkon rozhodnutí ohledně pohledávky na pojistném nebo vedou-li tyto orgány insolvenční řízení, v němž se řeší úpadek nebo hrozící úpadek plátce pojistného, nebo vedou-li tyto orgány restrukturalizační řízení podle zákona o preventivní restrukturalizaci,

- c) informace získané při výběru pojistného Národním bezpečnostním úřadu, zpravodajské službě nebo Ministerstvu vnitra, pro potřeby provádění bezpečnostního řízení podle zvláštního zákona^{25d)},
- d) správám sociálního zabezpečení seznam plátců pojistného a údaje o výši příjmů a výdajů jednotlivých osob samostatně výdělečně činných, které tyto osoby uvedly v přehledu podle § 24 odst. 2, a výši vyměřovacího základu pro stanovení pojistného jednotlivých zaměstnavatelů,
- e) Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu financí a Českému statistickému úřadu zobecněné informace a souhrnné údaje, které získaly při své činnosti, bez uvedení jmenných údajů,
- f) orgánům oprávněným podle zvláštního zákona³⁹⁾ ke kontrole činnosti zdravotních pojišťoven informace potřebné k provádění této kontroly,
- g) veřejnému ochránci práv, ochránci práv dětí, jejich zástupci a jimi pověřeným zaměstnancům Kanceláře veřejného ochránce práv a ochránce práv dětí informace, které si vyžádají v souvislosti s plněním úkolů při výkonu jim svěřené působnosti podle zvláštního zákona,
- h) živnostenským úřadům, u nichž osoby samostatně výdělečně činné podnikající na základě živnostenského oprávnění podaly oznámení o zahájení samostatné výdělečné činnosti, údaje potřebné k plnění povinností podle zvláštního právního předpisu^{40c)}.

(7) Povinnosti zachovávat mlčenlivost mohou být zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny zproštěni pouze písemně s uvedením rozsahu a účelu tím, v jehož zájmu mají tuto povinnost. Toto ustanovení se pro sdělování údajů podle odstavce 6 nepoužije.

(8) Za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost se považuje i využití vědomostí získaných při kontrole plateb pojistného nebo v souvislosti s ní pro jednání přinášející prospěch osobě zavázané touto povinností nebo osobám jiným anebo jednání, která by způsobila někomu újmu.

(9) Bez uvádění konkrétních údajů, zejména jmenných, může zaměstnanec příslušné zdravotní pojišťovny využívat zobecněné informace při vědecké, publikační a pedagogické činnosti.

(10) Příslušná zdravotní pojišťovna odpovídá za vytváření podmínek pro zachování mlčenlivosti podle odstavce 1. To platí i při využívání a umožnění přístupu k údajům evidovaným pomocí výpočetní techniky.

Povinnosti plátců pojistného

§ 24

(1) Osoba samostatně výdělečně činná a osoba bez zdanitelných příjmů je povinna při plnění oznamovací povinnosti²⁵⁾ sdělit své jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo. Osoba samostatně výdělečně činná je dále povinna sdělit své obchodní jméno, sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo osoby, má-li ho přiděleno, a číslo bankovního účtu, pokud z něj bude provádět platbu pojistného nebo jeho záloh. Tyto údaje je tato osoba povinna doložit. Osoba samostatně výdělečně činná, která podle zvláštního právního předpisu účtuje v hospodářském roce, je povinna vždy do 31. března kalendářního roku oznámit příslušné zdravotní pojišťovně, ke kterému datu bude podávat daňové přiznání, pokud tak učiní později než k tomuto datu.

(2) Osoba samostatně výdělečně činná, s výjimkou osoby, jejíž daň z příjmů je rovna paušální dani, je povinna nejpozději do jednoho měsíce ode dne uplynutí lhůty pro podání daňového přiznání k dani z příjmů fyzických osob za tento kalendářní rok předložit všem zdravotním pojišťovnám, u kterých byla v tomto období pojištěna, přehled o výši daňového základu, zaplacených zálohách na pojistné, vyměřovacím základu stanoveném podle § 3a a pojistném vypočteném z tohoto vyměřovacího základu. Pokud osobě samostatně výdělečně činné zpracovává daňové přiznání daňový poradce, je povinna tuto skutečnost uvést v přehledu. Povinnost podat přehled příslušné zdravotní pojišťovně do 8. dubna následujícího roku má osoba samostatně výdělečně činná i v případě, kdy není povinna podle zvláštního právního předpisu daňové přiznání podávat. Na přehled podaný osobou, která byla aspoň po část kalendářního roku poplatníkem v paušálním režimu a jejíž daň z příjmů za dané zdaňovací období není rovna paušální dani, před uplynutím lhůty pro podání přehledu o výši daňového základu podle věty první se hledí, jako by byl podán v poslední den této lhůty.

(3) Změní-li se dodatečně údaje oznámené podle odstavců 1 a 2, jsou tyto osoby povinny ohlásit změny do osmi dnů ode dne, kdy se o nich dozvěděly, a dlužné pojistné doplatit do 30 dnů ode dne, kdy se o něm dozvěděly. K tomu účelu vyplní tyto osoby opravný přehled podle odstavce 2.

(4) Osoba samostatně výdělečně činná podnikající na základě živnostenského oprávnění může oznámení uvedená v odstavci 1, jsou-li podávána při zahájení nebo ukončení výdělečné činnosti, učinit na předepsaném tiskopise^{40d)} u příslušného živnostenského úřadu; povinnost učinit tato oznámení u příslušné zdravotní pojišťovny se v tomto případě považuje za splněnou.

(5) Osoba samostatně výdělečně činná může oznámení uvedená v odstavci 1 větách první a druhé, jsou-li podávána při zahájení výdělečné činnosti, učinit společně s podáním oznámení o vstupu do paušálního režimu správci centrálního registru pojištěnců prostřednictvím orgánu Finanční správy České republiky, a jsou-li podávána při ukončení výdělečné činnosti, učinit společně s podáním oznámení o ukončení paušálního režimu správci centrálního registru pojištěnců prostřednictvím orgánu Finanční správy České republiky. Povinnost učinit tato oznámení u příslušné zdravotní pojišťovny se v tomto případě považuje za splněnou.

(6) Za den splnění oznamovací povinnosti se považuje den, ve kterém bylo oznámení předáno příslušné zdravotní pojišťovně, podáno v případech stanovených v odstavci 4 příslušnému živnostenskému úřadu nebo podáno v případech stanovených v odstavci 5 správci centrálního registru pojištěnců, nebo den, v němž byla podána poštovní zásilka obsahující oznámení.

(7) Podání podle odstavce 2 lze učinit rovněž datovou zprávou s ověřenou identitou podatele způsobem, kterým se lze přihlásit do jeho datové schránky; příslušná zdravotní pojišťovna zveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup, jaká podání lze učinit tímto způsobem.

§ 25

(1) Zaměstnavatelé jsou povinni při plnění oznamovací povinnosti³¹⁾ sdělit obchodní název, právní formu právnické osoby, sídlo, identifikační číslo osoby a číslo bankovního účtu, pokud z něj budou provádět platbu pojistného; je-li zaměstnavatelem fyzická osoba, sděluje též jméno, příjmení, rodné číslo a adresu trvalého bydliště.

(2) Zaměstnavatelé jsou povinni oznámit zdravotní pojišťovně, které odvádějí pojistné, do osmi dnů změnu údajů

podle předchozího odstavce a dále ukončení své činnosti, zrušení organizace nebo její vstup do likvidace.

(3) Zaměstnavatelé jsou povinni nejpozději v den splatnosti pojistného předat každé zdravotní pojišťovně, u které jsou pojištěni jejich zaměstnanci, přehled o platbách pojistného, který obsahuje součet vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u příslušné zdravotní pojišťovny, celkovou výši pojistného vypočtenou jako součet pojistného jednotlivých zaměstnanců pojištěných u příslušné zdravotní pojišťovny a počet zaměstnanců, na které se údaje vztahují.

(4) Zaměstnavatelé jsou dále povinni vést průkaznou evidenci o uskutečněných platbách pojistného. Na žádost příslušné zdravotní pojišťovny jsou povinni předložit údaje rozhodné pro výpočet pojistného včetně rodného čísla každého zaměstnance.

(5) Skutečnosti uvedené v předchozích odstavcích jsou zaměstnavatelé povinni doložit.

§ 25a

Pravděpodobná výše pojistného

(1) Jestliže zaměstnavatel nesplnil povinnost podat přehled podle § 25 odst. 3 nebo jestliže osoba samostatně výdělečně činná nesplnila povinnost podat přehled podle § 24 odst. 2 a 3 a tato povinnost nebyla splněna ani ve lhůtě určené příslušnou zdravotní pojišťovnou v písemné výzvě, může příslušná zdravotní pojišťovna stanovit rozhodnutím pravděpodobnou výši pojistného, pokud byl plátce pojistného v této výzvě na tento následek upozorněn.

(2) Při stanovení pravděpodobné výše pojistného vychází příslušná zdravotní pojišťovna z údajů a pomůcek, které má k dispozici nebo které si sama opatří. Údaje o počtu zaměstnanců zaměstnavatele si může příslušná zdravotní pojišťovna vyžádat od krajské pobočky Úřadu práce; tato pobočka je povinna tyto údaje jí sdělit, pokud je má k dispozici. Nelze-li pro nedostatek podkladů stanovit pravděpodobnou výši příjmů zaměstnance anebo osoby samostatně výdělečně činné, má se pro účely stanovení pravděpodobné výše pojistného za to, že jejich měsíčním příjmem je částka 1,5násobku všeobecného vyměřovacího základu za kalendářní rok,⁴²⁾ který o dva roky předchází kalendářnímu roku, ve kterém příslušná zdravotní pojišťovna stanoví pravděpodobnou výši pojistného; u osoby samostatně výdělečně činné se má přitom za to, že tato částka je jejím měsíčním příjmem ze samostatné výdělečné činnosti, který je již snížen o výdaje vynaložené na jeho dosažení, zajištění a udržení.

(3) Stanovením pravděpodobné výše pojistného není dotčena povinnost předložit přehled podle § 24 odst. 2 a 3 nebo § 25 odst. 3 ani možnost uložit pokutu podle § 26. Je-li následně tento přehled předložen, příslušná zdravotní pojišťovna rozhodnutí o pravděpodobné výši pojistného zruší.

(4) Plátcí pojistného jsou povinni platit penále z dlužné částky pravděpodobné výše pojistného, a to ode dne, který bezprostředně následuje po dni splatnosti pojistného (§ 5 odst. 2 a § 7 odst. 2), ohledně něhož nebyl podán přehled podle § 24 odst. 2 a 3 nebo § 25 odst. 3, do dne, ve kterém byl tento přehled předložen, a to včetně tohoto dne. Ustanovení věty první platí přitom i tehdy, je-li penále z pravděpodobné výše pojistného vyšší než penále z pojistného podle přehledu podle § 24 odst. 2 a 3 nebo § 25 odst. 3; je-li penále z pravděpodobné výše pojistného nižší než penále z pojistného podle tohoto přehledu, je plátce pojistného povinen zaplatit ještě tento rozdíl.

§ 26

Pokuty

(1) Za neplnění nebo porušení povinností stanovených v § 22 odst. 3 písm. a) a b), § 24 odst. 2 a 3, § 25 a § 28 větě druhé může příslušná zdravotní pojišťovna uložit plátcí pojistného pokutu až do výše 50 000 Kčs za jednotlivé nesplnění nebo porušení povinností.

(2) Pokutu lze uložit do 2 let ode dne, kdy se příslušná zdravotní pojišťovna dozvěděla o nesplnění nebo porušení povinností, nejpozději však do pěti let ode dne, kdy k nesplnění nebo porušení povinností došlo.

(3) Pokud jde o způsob placení a vymáhání a promlčení pokut, postupuje se stejně jako u pojistného. ²⁶⁾

(4) Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 26a

Úhrada odvedeného pojistného

Pokud se podle zvláštního předpisu^{27a)} uhrazuje vyplacená náhrada mzdy, mzdového vyrovnání, doplatek ke mzdě nebo jiná obdobná plnění, uhrazuje se zaměstnavateli pojistné, které je povinen z těchto plnění platit (§ 5); to platí obdobně i pro úhradu nákladů na vytvoření veřejně prospěšné práce^{27b)} a pro výplatu odměn a mezd, které provádí zaměstnavatel z finančních prostředků odborové organizace,^{27c)} pokud se v kolektivní smlouvě nestanoví jinak.

§ 26c

Odepsání dluhu

(1) Dlužné pojistné, penále a pokuty a přírázky k pojistnému může příslušná zdravotní pojišťovna odepsat, je-li tento dluh zcela nedobytný. Za nedobytný se považuje takový dluh na pojistném a penále, který byl bezvýsledně vymáhán na plátcí pojistného i na jiných osobách, na nichž tento dluh mohl být vymáhán, nebo nevedlo-li by vymáhání tohoto dluhu zřejmě k výsledku nebo je-li pravděpodobné, že by náklady vymáhání tohoto dluhu přesáhly jeho výtěžek. Za nedobytný se považuje též dluh na pojistném a penále u zaměstnavatele, u něhož došlo k výmazu z obchodního rejstříku, popřípadě z jiného zákonem určeného rejstříku nebo stanovené evidence u příslušného orgánu v České republice, pokud dluh nepřešel na jeho právního nástupce, a dále dluh na pojistném a penále u fyzické osoby, která zemřela, pokud dluh nepřešel na dědice této osoby.

(2) O odpisu pro nedobytnost se plátce pojistného, popřípadě i jiná osoba, která je povinna dluh na pojistném a penále zaplatit, nevyrozumívá; dluh na pojistném a penále trvá dále, dokud nedojde k promlčení práva vymáhat tento dluh.

§ 26e

Poskytování informací plátcům pojistného

Příslušná zdravotní pojišťovna je povinna vydat na žádost plátce pojistného potvrzení o stavu jeho závazků týkajících se pojistného, penále, pokuty a přirážky k pojistnému. Má-li plátce pojistného dluh, uvede se v tomto potvrzení výše tohoto dluhu a údaj o dluhu na pojistném včetně záloh, dluhu na penále, dluhu na pokutě a dluhu na přirážce k pojistnému; zvlášť se přitom uvede výše zůstatku dluhu, pokud zdravotní pojišťovna povolila jeho placení ve splátkách.

§ 27

Centrální registr pojištěnců

(1) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky vede registr všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění (dále jen „centrální registr pojištěnců“) a spravuje jej (dále jen „správce centrálního registru pojištěnců“). Centrální registr pojištěnců obsahuje tyto údaje o pojištěncích: rodné číslo, případně jiné číslo pojištěnce, jméno, příjmení, popřípadě rodné příjmení, adresu pobytu, datum vzniku a zániku pojistného vztahu u příslušné zdravotní pojišťovny; u pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, časové období, v němž je plátcem pojistného stát, označení skupiny pojištěnců, datum odhlášení se ze zdravotního pojištění a přihlášení se do zdravotního pojištění v České republice podle zvláštního právního předpisu,^{27d)} nestanoví-li tento zákon jinak. Určená zdravotní pojišťovna podle zákona o veřejném zdravotním pojištění sděluje potřebné údaje k vedení centrálního registru pojištěnců o všech svých pojištěncích se zřetelem na způsob vedení centrálního registru pojištěnců a s ohledem na potřebu ochrany utajovaných informací.

(2) Státní orgány a právnické osoby, které z úřední povinnosti anebo vzhledem k předmětu své činnosti vedou evidenci osob, jsou povinny na výzvu správce centrálního registru pojištěnců a ve lhůtách tímto správcem stanovených sdělovat správci údaje potřebné pro vedení centrálního registru pojištěnců. Tyto údaje se poskytují bezplatně.

(3) Správce centrálního registru pojištěnců poskytuje údaje o změnách v registru, týkající se počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, vždy ke 12. dni v měsíci dalším zdravotním pojišťovnám, zřízeným podle zvláštního zákona²⁸⁾.

(4) Správce centrálního registru pojištěnců poskytuje způsobem umožňujícím dálkový přístup informace o účasti pojištěnců na veřejném zdravotním pojištění a příslušnosti pojištěnce ke zdravotní pojišťovně poskytovatelům zdravotních služeb a Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“).

(5) Správce centrálního registru pojištěnců poskytuje zdravotním pojišťovnám údaje týkající se pojištěnců, kteří jsou poplatníky v paušálním režimu, vždy ke čtvrtému dni v měsíci.

(6) Na úhradě nákladů za vedení centrálního registru pojištěnců a za správu zvláštního účtu pro přerozdělování se podílejí další zdravotní pojišťovny²⁴⁾ podle počtu svých pojištěnců. Úhradu těchto nákladů je správce centrálního registru pojištěnců povinen vést odděleně od ostatních nákladů.

§ 27b

Zvláštní postupy k utajení a zajištění bezpečnosti osob

(1) Pro účely utajení zpravodajských služeb, Policie České republiky a Generální inspekce bezpečnostních sborů a zajištění bezpečnosti jejich příslušníků lze použít zvláštní postupy k utajení a zajištění bezpečnosti při činnostech uvedených v § 1 tohoto zákona.

(2) Zvláštní postupy podle odstavce 1 mohou použít

a) příslušníci

1. zpravodajské služby České republiky,
2. Policie České republiky,
3. Generální inspekce bezpečnostních sborů,
4. Hasičského záchranného sboru České republiky,

b) zpravodajské služby České republiky, Policie České republiky, Generální inspekce bezpečnostních sborů a Hasičský záchranný sbor České republiky a

c) subjekty podílející se na provádění veřejného zdravotního pojištění.

(3) O zvláštních postupech podle odstavce 1 rozhoduje vláda.

§ 28

Tiskopisy

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky vydává tiskopisy potřebné k hlášení údajů stanovených tímto zákonem. Tyto tiskopisy jsou plátcí pojistného povinni používat. Tiskopisy, které v případech stanovených tímto zákonem (§ 24 odst. 4) používají osoby samostatně výdělečně činné vůči živnostenským úřadům, se vydávají po projednání se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky.

§ 28a

(1) Osoba samostatně výdělečně činná, která vykonávala samostatnou výdělečnou činnost před 1. lednem 1993, zaplatí zálohu na pojistné za měsíce leden a únor 1993 vypočtenou z minimálního vyměřovacího základu podle § 3 odst. 3, pokud si sama nestanoví zálohu vyšší.

(2) Osoba uvedená v odstavci 1 platí od měsíce března 1993 do dne podání daňového přiznání za rok 1993 zálohy na pojistné z vyměřovacího základu, který odpovídá 35 % rozdílu mezi předpokládanými příjmy z podnikání nebo z jiné samostatné výdělečné činnosti, dosaženými v roce 1992 a předpokládanými výdaji vynaloženými na jejich dosažení, zajištění a udržení a který připadá v průměru na jeden kalendářní měsíc, v němž byla samostatná výdělečná činnost prováděna. Vyměřovací základ však nesmí být nižší než minimální vyměřovací základ podle § 3 odst. 3.

§ 28b

(1) Zálohu na pojistné, kterou zaplatil zaměstnavatel do 20. ledna 1993, vrátí zdravotní pojišťovna, která zálohu přijala, ve dvou splátkách splatných do 15. března 1994 a do 15. června 1994. K tomu sdělí zaměstnavatel zdravotní pojišťovně výši zaplacené zálohy, číslo účtu, na který byla zaplacená, a den jejího zaplacení.

(2) Pohledávku za zdravotní pojišťovnou podle odstavce 1 nesmí zaměstnavatel započíst proti pohledávce zdravotní pojišťovny na pojistné. Ustanovení § 14 se nepoužije.

(3) Penále, které nebylo za nezaplacenou zálohu vyměřeno do 30. dubna 1995, již nelze vyměřit. Povinnost zdravotní pojišťovny vrátit zálohy, u nichž zaměstnavatel nesdělil údaje podle odstavce 1, končí dnem 30. června 1995.

(4) Podle ustanovení § 15 odst. 1 a § 18 odst. 4 postupuje pojišťovna i v případě penále, které měla pojišťovna vyměřit nebo vymáhat do dne účinnosti těchto ustanovení, avšak do dne jejich účinnosti tak neučinila.

§ 28c

(1) Lhůta pro podání přehledu podle § 24 odst. 2 stanovená osobám samostatně výdělečně činným v § 24 odst. 2 se pro podání tohoto přehledu za rok 2019 nepoužije. Přehled podle § 24 odst. 2 za rok 2019 je osoba samostatně výdělečně činná povinna předložit všem zdravotním pojišťovnám, u kterých byla v tomto období pojištěna, nejpozději do 3. srpna 2020.

(2) Pro penále nebo zálohy na pojistné za období od začátku března 2020 do konce srpna 2020 se do 21. září 2020 § 18 odst. 1 nepoužije. Penále za pojistné nebo za zálohu na pojistné podle věty první, které nebyly zaplacený v období podle věty první, vzniká nejdříve od 22. září 2020.

(3) Zálohu na pojistné do výše pojistného vypočítaného z jedné dvanáctiny minimálního vyměřovacího základu podle § 3a za období od začátku března 2020 do konce srpna 2020 osoba samostatně výdělečně činná neplatí.

(4) Osoba samostatně výdělečně činná, jejíž záloha na pojistné v období podle odstavce 3 je vyšší než výše pojistného vypočítaného z jedné dvanáctiny minimálního vyměřovacího základu podle § 3a, je povinna zaplatit pouze rozdíl mezi výší zálohy na pojistné a výší pojistného vypočítaného z jedné dvanáctiny minimálního vyměřovacího základu podle § 3a.

(5) Pojistné, které by osoba samostatně výdělečně činná byla povinna platit formou záloh podle odstavce 4 za období od začátku března 2020 do konce srpna 2020, lze zaplatit až formou doplatku pojistného, a to nejpozději do 8 dnů po dni, ve kterém byl, popřípadě měl být podán přehled podle § 24 odst. 2 za rok 2020. Postupuje-li osoba samostatně výdělečně činná podle věty první, ustanovení § 7 odst. 2 se pro zálohy na pojistné v období podle věty první v roce 2020 nepoužije.

(6) Záloha na pojistné, kterou by zaplatila za období od března 2020 do srpna 2020 osoba samostatně výdělečně činná, se považuje za zaplacenou do výše pojistného vypočítaného z jedné dvanáctiny minimálního vyměřovacího základu podle § 3a odst. 2. Pro účely stanovení rozdílu mezi zálohami a skutečnou výší pojistného podle § 8 odst. 5 a 6 se za uhrazenou považuje taková část pojistného, která odpovídá pojistnému vypočtenému z měsíčního vyměřovacího základu za období od března 2020 do srpna 2020, a to za každý měsíc tohoto období až do výše pojistného vypočítaného z jedné dvanáctiny minimálního vyměřovacího základu.

(7) Provedla-li osoba samostatně výdělečně činná platbu zálohy na pojistné za měsíc březen 2020, považuje se tato záloha za zálohu za měsíc září 2020.

§ 28d

Lhůta pro podání přehledu podle § 24 odst. 2 stanovená osobám samostatně výdělečně činným v § 24 odst. 2 se pro podání tohoto přehledu za rok 2020 nepoužije. Přehled podle § 24 odst. 2 za rok 2020 je osoba samostatně výdělečně činná povinna předložit všem zdravotním pojišťovnám, u kterých byla v tomto období pojištěna, nejpozději do 2. srpna 2021.

ODDÍL II

§ 29

Zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, se mění a doplňuje takto:

1. V § 6 odst. 3 první větě se za slova „na další mateřské dovolené“ vkládají slova „a mužů po dobu jejich nepřítomnosti v práci, po kterou se jim poskytuje podle právních předpisů o nemocenském pojištění peněžitá pomoc“.

2. V § 6 odst. 4 písm. b) se na konci připojují slova „muže po dobu jejich nepřítomnosti v práci, po kterou se jim poskytuje peněžitá pomoc podle právních předpisů o nemocenském pojištění“.

3. V § 6 odst. 4 se připojuje písmeno j), které zní:

„j) osoby, které jsou odkázány na poživatele důchodu a jimž byl z tohoto důvodu upraven důchod jako jediný zdroj příjmů,^{8a)}“.

Poznámka č. 8a) zní:

„^{8a)} § 54 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.“

4. V § 6 odst. 4 se připojuje písmeno k), které zní:

„k) osoby bez zdanitelných příjmů^{8b)} trvale pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku.“

Poznámka č. 8b) zní:

„^{8b)} § 3 odst. 5 zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.“

5. § 7 odst. 4 se vypouští.

6. V § 7 odst. 5 se slova „poplatek z prodlení“ nahrazují slovem „penále“.

7. Nadpis § 8 zní: „Výše a způsob placení pojistného a penále“.

8. V § 8 odst. 1 se slova „poplatku z prodlení“ nahrazují slovem „penále“.

9. § 14 odst. 4 zní:

- „(4) Revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost především v oboru, ve kterém získali specializaci.“

10. V § 18 odst. 1 se za slovo „pokut“ vkládá slovo „penále“.

11. § 18 odst. 2 zní:

- „(2) Na rozhodování zdravotních pojišťoven se vztahují obecné předpisy o správním řízení. O odvolání rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny.“

12. V § 18 se za odstavec 2 vkládají nové odstavce 3 a 4, které znějí:

- „(3) Rozhodčí orgán se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, dvou zástupců ministerstva zdravotnictví České republiky, jednoho zástupce ministerstva financí České republiky, tří zástupců, které určí ze svých členů Správní rada zdravotní pojišťovny, a tří zástupců, které určí ze svých členů Dozorčí rada zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více jak dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. K prvému jednání svolá členy rozhodčího orgánu ředitel zdravotní pojišťovny. Na tomto prvé jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí jednání rozhodčího orgánu.
- (4) Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvému stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu.“

13. V § 18 se dosavadní odstavec 3 označuje jako odstavec 5.

14. Za § 20 se vkládá § 20a, který zní:

§ „20a

Pro účely náhrady škody jsou zdravotnická zařízení povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytla zdravotní péči, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví bylo způsobeno jednáním právnické nebo fyzické osoby.“

ODDÍL III

§ 30

Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, se mění a doplňuje takto:

1. § 22 odst. 5 zní:

- „(5) Zástupce pojištěnců volí okresní shromáždění okresu, v němž má Okresní pojišťovna sídlo. Zástupce pojištěnců Pražské okresní pojišťovny volí zastupitelstvo hlavního města Prahy. Zástupce pojištěnců Okresní pojišťovny města Brna, Ostravy a Plzně volí zastupitelstva těchto měst.“

2. § 23 odst. 4 zní:

- „(4) Zástupce pojištěnců volí okresní shromáždění okresu, v němž má Okresní pojišťovna sídlo. Zástupce pojištěnců Pražské okresní pojišťovny volí zastupitelstvo hlavního města Prahy. Zástupce pojištěnců Okresní pojišťovny města Brna, Ostravy a Plzně volí zastupitelstva těchto měst.“

§ 31

Zdravotní pojišťovny nejsou v roce 1993 povinny vytvářet rezervní fond.

§ 32

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 1993.

ODDÍL A

ODDÍL B

ODDÍL C

ODDÍL D

ODDÍL E

PODODDÍL A

PODODDÍL B

ODDÍL F

ODDÍL G

ODDÍL H

ODDÍL I

ODDÍL J

ODDÍL K

ODDÍL L

ODDÍL M

ODDÍL N

ODDÍL O

ODDÍL P

ODDÍL Q

ODDÍL R

Uhde v. r.

Klaus v. r.

Příloha č. 1 k zákonu č. 592/1992 sb.

Věkové skupiny pojištěnců pro přerozdělování pojistného podle indexů

Číslo skupiny (muži): Číslo skupiny (ženy): Dosažený věk od: Dosažený věk do:

1	20	méně než 1 rok	méně než 1 rok
2	21	1 rok	4 roky
3	22	5 let	9 let
4	23	10 let	14 let
5	24	15 let	19 let
6	25	20 let	24 let
7	26	25 let	29 let
8	27	30 let	34 let
9	28	35 let	39 let
10	29	40 let	44 let
11	30	45 let	49 let
12	31	50 let	54 let
13	32	55 let	59 let
14	33	60 let	64 let
15	34	65 let	69 let
16	35	70 let	74 let
17	36	75 let	79 let
18	37	80 let	84 let
19	38	85 let	bez limitu

Rozhodujícím datem pro zařazení pojištěnce do věkové skupiny je den dosažení celého roku života, tedy den narozenin pojištěnce. Pojištěnec se přearazuje do vyšší věkové skupiny vždy k tomu dni, kdy dosáhl požadovaný věk

Do skupin č. 1 a 20 bude pojištěnec zařazen ode dne narození až do dne předcházejícího dni jeho prvních narozenin
Do skupin č. 2 a 21 bude pojištěnec zařazen ode dne svých prvních narozenin včetně až do dne, který předchází dni jeho pátých narozenin.

Do dalších skupin bude pojištěnec zařazen obdobně.

Příloha č. 2 k zákonu č. 592/1992 sb. Podrobná úprava systému přerozdělování

Část první

Nastavitelné parametry přerozdělování

Seznam farmaceuticko-nákladových skupin

1. Seznam farmaceuticko-nákladových skupin se sestavuje ve formátu tabulky, v níž každý řádek představuje jednu farmaceuticko-nákladovou skupinu. Sloupce této tabulky jsou v tomto pořadí:

a) číslo farmaceuticko-nákladové skupiny,

b) kód farmaceuticko-nákladové skupiny,

c) název farmaceuticko-nákladové skupiny,

d) definiční seznam anatomicko-terapeuticko-chemických skupin léčiv (dále jen „definiční skupiny léčiv“) pro farmaceuticko-nákladovou skupinu na příslušném řádku nebo několik těchto seznamů oddělených slovy „a zároveň“,

e) vyřazovací pravidla s ostatními farmaceuticko-nákladovými skupinami uvozená slovy „ne, pokud zároveň“.

2. Farmaceuticko-nákladové skupiny může Ministerstvo zdravotnictví zařadit do seznamu farmaceuticko-nákladových skupin, pokud splňují podmínku stability a podmínku zvýšení předpovědní síly přerozdělování podle oddílu E.

Seznam kombinací věkové skupiny s farmaceuticko-nákladovou skupinou a dvou farmaceuticko-nákladových skupin navzájem

Kombinace skupin může Ministerstvo zdravotnictví zařadit do přerozdělování, pokud splňují podmínku stability a podmínku zvýšení předpovědní síly přerozdělování podle oddílu E.

Koeficient pro výpočet zajišťovací konstanty

Ministerstvo zdravotnictví stanoví hodnotu koeficientu pro výpočet zajišťovací konstanty pro každé období přerozdělování v rozmezí 70 až 250, a to tak, aby celková předpokládaná částka na přerozdělování podle

nákladných hrazených služeb v příslušném období přerozdělování činila nejméně 5 a nejvýše 15 procent celkové předpokládané přerozdělované částky v tomto období přerozdělování.

Hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny

Ministerstvo zdravotnictví stanoví hodnotu hranice spotřeby léčiv pro každé období přerozdělování v rozmezí 121 až 365, a to s přihlédnutím k předpokládanému počtu pojištěnců zařazených ve farmaceuticko-nákladových skupinách a ke stabilitě systému přerozdělování.

Pravidla pro zařazení farmaceuticko-nákladových skupin a kombinací skupin do systému přerozdělování

Ověření podmínek pro zařazení nákladových skupin do systému přerozdělování provádí Ministerstvo zdravotnictví v ověřovacím modelu systému přerozdělování, který se shoduje se systémem přerozdělování podle tohoto zákona, přičemž pracuje s posledními dostupnými údaji obdrženými Ministerstvem zdravotnictví od zdravotních pojišťoven podle § 20c (dále jen „ověřovací model“).

Podmínka stability

1. Podmínka stability je pro farmaceuticko-nákladovou skupinu naplněna, pokud

a) je do příslušné skupiny zařazeno alespoň 200 osob a

b) úhrn ročních nákladů osob zařazených do příslušné skupiny převyšuje 24000násobek průměrných měsíčních nákladů podle oddílu K.

2. Podmínka stability je pro kombinaci dvou farmaceuticko-nákladových skupin naplněna, pokud je do příslušné kombinace skupin zařazeno alespoň 200 osob.

3. Podmínka stability je pro kombinaci farmaceuticko-nákladové skupiny s věkovou skupinou naplněna, pokud je do příslušné kombinace skupin zařazeno alespoň 2500 osob.

Podmínka zvýšení předpovědní síly přerozdělování

1. Pro farmaceuticko-nákladovou skupinu je podmínka zvýšení předpovědní síly přerozdělování naplněna, pokud jsou pro příslušnou farmaceuticko-nákladovou skupinu současně splněny tyto podmínky:

a) Předpovědní síla ověřovacího modelu, sestaveného bez zahrnutí této skupiny a kombinací skupin, měřená koeficientem determinace R^2 podle oddílu M, klesne alespoň o 0,0001 ve srovnání s ověřovacím modelem sestaveným bez kombinací skupin, avšak se všemi farmaceuticko-nákladovými skupinami.

b) Přírůstek nebo úbytek nákladů příslušný k této farmaceuticko-nákladové skupině, odhadnutý v ověřovacím modelu sestaveném bez zahrnutí kombinací skupin postupem podle oddílu M, je statisticky významný na hladině 1 procento.

2. Pro kombinaci skupin je podmínka zvýšení předpovědní síly přerozdělování naplněna, pokud jsou pro příslušnou kombinaci skupin současně splněny tyto podmínky:

a) Předpovědní síla ověřovacího modelu sestaveného bez zahrnutí této kombinace skupin, měřená koeficientem determinace R^2 podle oddílu M, klesne alespoň o 0,0002 ve srovnání s ověřovacím modelem, do kterého jsou zahrnuty všechny nákladové skupiny a všechny kombinace skupin.

b) Přírůstek nebo úbytek nákladů příslušný k této kombinaci skupin, odhadnutý postupem podle oddílu M, je statisticky významný na hladině 1 procento.

Část druhá

Vstupní údaje a klasifikace pojištěnců za účelem výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělování

Přehled údajů

1. Do výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělování vstupují údaje vztahující se k poslednímu účetně uzavřenému kalendářnímu roku, která Ministerstvo zdravotnictví obdrželo od zdravotních pojišťoven podle § 20c.

2. Jednotliví pojištěnci jsou pro účely přerozdělování charakterizováni unikátním anonymním číselným identifikátorem (dále jen „anonymní identifikátor“), který jim přiděluje správce centrálního registru pojištěnců. Anonymní identifikátory jsou vytvářeny jako náhodně přidělovaná číselná řada a jsou pojištěncům přidělovány za účelem ochrany osobních údajů pojištěnců podle zákona o ochraně osobních údajů a jako bezpečnostní opatření podle zákona o kybernetické bezpečnosti. Jednotliví pojištěnci mají přiřazeny tyto údaje:

a) Náklady oceněné podle § 20 odst. 7 (dále jen „náklady“).

b) Počet měsíců pojištění (dále jen „počet měsíců“); měsíc se považuje za měsíc pojištění, pokud byl k prvnímu dni tohoto měsíce pojištěnec evidován některou zdravotní pojišťovnou jako účastník veřejného zdravotního pojištění (dále jen „měsíc pojištění“). Ve vstupních údajích jsou uvedeni pouze pojištěnci s alespoň 1 měsícem pojištění. Počet těchto osob je dále označován jako „počet pojištěnců“.

c) Příslušnost do věkové skupiny; příslušnosti pojištěnce do věkových skupin se určí postupem podle oddílu G.

d) Příslušnosti do farmaceuticko-nákladových skupin; příslušnosti pojištěnce do farmaceuticko-nákladových skupin se určí postupem podle oddílu H.

e) Příslušnosti do kombinací skupin; příslušnosti pojištěnce do kombinací skupin se určí podle oddílu I.

3. Seznamem pojištěnců se označuje výčet anonymních identifikátorů ve vzestupném pořadí od nejnižší hodnoty po nejvyšší hodnotu.

Příslušnosti do věkových skupin

Ministerstvo zdravotnictví zařadí pojištěnce na základě pohlaví a roku a měsíce narození do věkové skupiny podle převládající měsíční příslušnosti do věkových skupin v posledním účetně uzavřeném kalendářním roce; v případě, že jsou u pojištěnce dány 2 věkové skupiny se stejným počtem měsíčních příslušností, zařadí Ministerstvo zdravotnictví pojištěnce do věkové skupiny s vyšším definičním věkem. Měsíční příslušnosti do věkových skupin

jsou za tímto účelem určeny podle dosaženého věku k poslednímu dni měsíce. Započítávají se pouze měsíce, k jejichž prvnímu dni byl pojištěnec účastníkem veřejného zdravotního pojištění.

Příslušnosti do farmaceuticko-nákladových skupin

1. Zařazení pojištěnců do farmaceuticko-nákladových skupin provádí Ministerstvo zdravotnictví na základě údajů sdělených jednotlivými zdravotními pojišťovnami podle § 20c a seznamu léčivých přípravků, u nichž Ústav rozhodl o výši a podmínkách úhrady, a který je vydáván Ústavem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „seznam léčiv“).

2. Ministerstvo zdravotnictví zařadí pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny, pokud naplnil podmínku spotřeby léčiv pro tuto skupinu a zároveň se na tuto skupinu nevztahují výrazovací pravidla s jinými farmaceuticko-nákladovými skupinami, pro které pojištěnec naplnil podmínku spotřeby léčiv. Za pojištěnce, který naplnil podmínku spotřeby léčiv, se považuje takový pojištěnec, u něhož úhrn obvyklých denních terapeutických dávek léčiv příslušných definičních skupin léčiv překročil v každém z definičních seznamů definičních skupin léčiv této farmaceuticko-nákladové skupiny hranici spotřeby léčiv stanovenou jako nastavitelný parametr přerozdělování pro období přerozdělování, pro které jsou vypočítané parametry přerozdělování počítány. Do tohoto úhrnu se započítávají léčivé přípravky vyzvednuté nebo podané pojištěnci v posledních 12 měsících jeho pojištění, avšak za dobu nejvýše posledních dvou účetně uzavřených let.

Příslušnosti do kombinací skupin

1. Ministerstvo zdravotnictví zařadí pojištěnce do kombinace dvou farmaceuticko-nákladových skupin, jestliže patří do obou těchto skupin a příslušná kombinace je pro období přerozdělování, pro které jsou vypočítané parametry modelu přerozdělování počítány, stanovena jako nastavitelný parametr modelu přerozdělování.

2. Ministerstvo zdravotnictví zařadí pojištěnce do kombinace farmaceuticko-nákladové skupiny s věkovou skupinou, jestliže patří do obou těchto skupin a příslušná kombinace je pro období přerozdělování, pro které jsou vypočítané parametry modelu přerozdělování počítány, stanovena jako nastavitelný parametr modelu přerozdělování.

Nákladové skupiny

1. Nákladovými skupinami jsou pro účely výpočtu vypočítaných parametrů označeny věkové skupiny, farmaceuticko-nákladové skupiny a kombinace skupin.

2. Nákladové skupiny se pro jednotlivého pojištěnce uvádějí v tomto pořadí:

a) Věkové skupiny seřazené vzestupně podle svého číselného označení uvedeného v příloze č. 1 k tomuto zákonu.

b) Farmaceuticko-nákladové skupiny seřazené podle pořadí uvedeného v seznamu farmaceuticko-nákladových skupin podle oddílu A; použije se seznam farmaceuticko-nákladových skupin, který byl stanoven jako nastavitelný parametr pro období přerozdělování, pro které jsou vypočítané parametry modelu přerozdělování počítány.

c) Kombinace skupin seřazené v pořadí podle seznamu kombinací skupin podle oddílu B; použije se seznam kombinací skupin, který byl stanoven jako nastavitelný parametr pro období přerozdělování, pro které jsou vypočítané parametry modelu přerozdělování počítány.

Část třetí

Výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování

Matematické objekty nutné pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování

Do výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělování se započítávají pojištěnci s alespoň 1 měsícem pojištění, a to vzestupně podle svého anonymního identifikátoru. Řazení podle předchozí věty se použije i pro složky vektorů veličin týkajících se jednotlivých pojištěnců.

Pro výpočet vypočítaných parametrů se označí:

n počet pojištěnců vstupujících do výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělení,

m počet nákladových skupin podle oddílu J,

$y = (y_1, y_2, \dots, y_n)'$ vektor nákladů pojištěnců a

$w = (w_1, w_2, \dots, w_n)'$ vektor počtu měsíců pojištění pojištěnců.

Sestaví se matice příslušností pojištěnců do nákladových skupin R typu $n \times m$ takto:

$R_{i,j} = 1 \Leftrightarrow$ pojištěnec i je zařazen v nákl. skupině j 0 jinak, $i = 1, \dots, n; j = 1, \dots, m$.

Sestaví se matice počtů měsíců W typu $n \times n$ takto:

$W_{i,j} = w_i \Leftrightarrow i = j$ 0 jinak, $i = 1, \dots, n; j = 1, \dots, n$.

Dále se pro účely výpočtu vypočítaných parametrů přerozdělování označí:

W celkový počet měsíců pojištění, který se vypočte podle vzorce

$$W = \sum_{i=1}^n w_i,$$

$\bar{y}$ průměrné měsíční náklady, které se vypočtou podle vzorce

$$\bar{y} = \sum_{i=1}^n y_i / W.$$

Výpočet zajišťovací konstanty

Zajišťovací konstanta se označí C a vypočte se takto:

$$C = C_K \cdot \bar{y}$$

kde C_K je koeficient pro výpočet zajišťovací konstanty podle oddílu C.

Zajišťovací konstanta se zaokrouhluje na celé tisíce.

Výpočet nákladových indexů

Nákladové indexy se určí postupem popsáním v bodech 1 až 6. Jeho součástí je iterační výpočet, zahrnující opakování bodů 2 až 5, až do splnění konvergenční podmínky v bodu 5. Indexem v pravém horním rohu jednotlivých veličin, uzavřeným v závorkách, označujeme číslo iterace k , ke které se tato veličina vztahuje.

1. Definuje se $k = 0$ a $\Upsilon^{(1)} = y$.

2. Hodnota k se zvýší o 1.

3. Sestaví se regresní model, jehož prostřednictvím se metodou vážených nejmenších čtverců odhadne vektor $\Upsilon^{(k)}$ takto:

3.1. Složky vektoru vysvětlovaných nákladů $\Upsilon^{(k)}$ se označí $\Upsilon_1^{(k)}, \Upsilon_2^{(k)}, \dots, \Upsilon_n^{(k)}$.

3.2. Vážený průměr vektoru vysvětlovaných nákladů se označuje $\Upsilon^-(k)$ a vypočte se podle vzorce $\Upsilon^-(k) = \sum_{i=1}^n \Upsilon_i^{(k)} W_i$.

3.3. Vektor centrovaných měsíčních vysvětlovaných nákladů se označuje $u^{(k)}$ a vypočte se podle vzorce:

$$u^{(k)} = W - 1 \cdot \Upsilon^{(k)} - \Upsilon^-(k).$$

3.4. Metodou vážených nejmenších čtverců s vahami w a s regresní maticí R se vypočte vektor odhadnutých přírůstků nebo úbytků nákladů příslušných nákladovým skupinám $a^{(k)}$ podle vzorce:

$$a^{(k)} = R' \cdot W \cdot R - 1 R' \cdot W \cdot u^{(k)}.$$

3.5. Odhadnuté centrované měsíční vysvětlované náklady $u^{(k)\wedge}$ se vypočtou podle vzorce:

$$u^{(k)\wedge} = R \cdot a^{(k)}.$$

3.6. Odhadnuté vysvětlované náklady $\Upsilon^{(k)\wedge}$ se vypočtou podle vzorce:

$$\Upsilon^{(k)\wedge} = W \cdot u^{(k)\wedge} + \Upsilon^-(k).$$

4. Z reálných nákladů, odhadnutých vysvětlovaných nákladů a zajišťovací konstanty se vypočte simulované zajištění $z^{(k)}$ podle vzorce:

$$z^{(k)} = \max(0; 0,8 \cdot y - \Upsilon^{(k)\wedge} + C + \max(0; 0,15 \cdot y - \Upsilon^{(k)\wedge} + 6 \cdot C,$$

kde 0 označuje nulový vektor o délce n a funkce „max“ se uplatňuje na každou složku svých argumentů zvlášť, takže jejím výsledkem je vektor o délce n .

Vektor vysvětlovaných nákladů pro další iteraci se označí $\Upsilon(k+1)$ a vypočte se podle vzorce:

$$\Upsilon(k+1) = y - z(k).$$

5.

5.1. Je-li $k = 1$, postupuje se opět podle bodu 2.

5.2. Je-li $k > 1$, označí se kvalita přiblížení vysvětlovaných nákladů Q a vypočte se podle vzorce:

$$Q = \sum_{i=1}^n \Upsilon_i(k-1) - \Upsilon_i(k) \sum_{i=1}^n y_i.$$

Platí-li

$$Q \geq 0,0005,$$

postupuje se opět podle bodu 2.

Platí-li

$$Q < 0,0005,$$

je splněna konvergenční podmínka a iterační algoritmus je ukončen. Definuje se $l = k$, kde písmeno l označuje celkový počet iterací, a postupuje se podle bodu 6.

6. Nákladové indexy se označí $\hat{\alpha}_1, \hat{\alpha}_2, \dots, \hat{\alpha}_m$ a vypočtou se podle vzorce:

$$\hat{\alpha}_i = \alpha_i(l) \Upsilon^-(l), i=1, \dots, m,$$

kde $\alpha_i^{(l)}$, $i = 1, \dots, m$, jsou složky vektoru $\alpha^{(l)}$ odhadnutých přírůstků nebo úbytků nákladů, příslušných nákladovým skupinám, a jsou zaokrouhleny na čtyři platná desetinná místa. Nákladové indexy přísluší nákladovým skupinám v pořadí podle oddílu J. Nákladový index příslušný kombinaci skupin se označí jako korekce pro souběh skupin.

Koeficient determinace R^2 se vypočte podle vzorce:

$$R^2 = 1 - u(l)^T \cdot W \cdot u(l) / u(l)^T \cdot W \cdot u(l).$$

Část čtvrtá

Klasifikace pojištěnců pro účely měsíčního přerozdělování podle indexů

Klasifikace pojištěnců do věkových skupin

Pro účely měsíčního přerozdělování zdravotní pojišťovny své pojištěnce zařadí do věkové skupiny podle pohlaví a podle dosaženého věku k prvnímu dni měsíce, v němž přerozdělování probíhá. Seznam věkových skupin a definice dosaženého věku jsou uvedeny v příloze č. 1 k tomuto zákonu.

Klasifikace do farmaceuticko-nákladových skupin

1. Pro účely měsíčního přerozdělování podle indexů zařazují pojištěnce do farmaceuticko-nákladových skupin zdravotní pojišťovny, a to na základě spotřeby léčiv těchto pojištěnců a podle seznamu farmaceuticko-nákladových skupin a seznamu léčiv.

2. Za pojištěnce, který naplnil podmínku spotřeby léčiv, potřebnou pro zařazení do farmaceuticko-nákladové skupiny, se považuje takový pojištěnec, u něhož úhrn obvyklých denních terapeutických dávek léčiv příslušných definičních skupin léčiv překročil v každém z definičních seznamů definičních skupin léčiv této farmaceuticko-nákladové skupiny stanovenou hranici spotřeby léčiv. Do tohoto úhrnu se započítávají léčiva vydaná nebo podaná pojištěnci, s datem vyúčtování v posledních 12 měsících předcházejících měsíci, pro který měsíční přerozdělování probíhá. Zdravotní pojišťovna zařadí pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny, jestliže je u něj naplněna podmínka spotřeby léčiv pro zařazení do této skupiny a pokud se na tuto farmaceuticko-nákladovou skupinu nevztahují vyřazovací pravidla s jinými farmaceuticko-nákladovými skupinami, pro které pojištěnec naplnil podmínku spotřeby léčiv.

3. Za datum vyúčtování se považuje den, k němuž je příslušná pohledávka poskytovatele pojišťovnou uznána a uzavřena.

Klasifikace do kombinací skupin

1. Pojištěnec je zařazen do kombinace dvou farmaceuticko-nákladových skupin, jestliže je zařazen do obou těchto skupin a příslušná kombinace je pro příslušné období přerozdělování stanovena jako nastavitelný parametr přerozdělování.

2. Pojištěnec je zařazen do kombinace farmaceuticko-nákladové skupiny s věkovou skupinou, jestliže je zařazen do obou těchto skupin a příslušná kombinace je pro příslušné období přerozdělování stanovena jako nastavitelný parametr přerozdělování.

Část pátá

Nákladový index pojištěnce a příjem na pojištěnce z přerozdělování podle indexů

Nákladový index pojištěnce

Nákladový index pojištěnce se vypočítá jako součet čísla 1, nákladového indexu věkové skupiny, do níž je pojištěnec zařazen, nákladových indexů všech farmaceuticko-nákladových skupin, do nichž je pojištěnec zařazen podle své spotřeby léčiv, a korekcí pro souběh skupin stanovených pro příslušné období přerozdělování.

Příjem na pojištěnce z přerozdělování podle indexů

1. Příjem zdravotní pojišťovny na pojištěnce z přerozdělování podle indexů se počítá pro konkrétní období přerozdělování a pro konkrétního pojištěnce.

2. Příjem zdravotní pojišťovny na pojištěnce z přerozdělování podle indexů se spočte jako součet měsíčních příjmů zdravotní pojišťovny na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů v měsících spadajících do příslušného

období přerozdělování, v nichž byl pojištěnec příslušný k této zdravotní pojišťovně.

3. Měsíční příjem zdravotní pojišťovny na pojištěnce z přerozdělování podle indexů se spočte jako součin nákladového indexu pojištěnce pro příslušný kalendářní měsíc podle oddílu Q a podílu na standardizovaného pojištěnce použitého v příslušném kalendářním měsíci podle § 21 odst. 7.

2) § 5 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

3) § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

4) Například zákoník práce, zákon č. 236/1995 Sb., o platu a dalších náležitostech spojených s výkonem funkce představitelů státní moci a některých státních orgánů a soudců a poslanců Evropského parlamentu, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 218/2002 Sb., o službě státních zaměstnanců ve správních úřadech a o odměňování těchto zaměstnanců a ostatních zaměstnanců ve správních úřadech (služební zákon), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 312/2002 Sb., o úřednících územních samosprávných celků a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

4a) Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, ve znění pozdějších předpisů.

5) Zákon č. 62/1983 Sb., o věnostním přídavku horníků.

6) Zákon č. 527/1990 Sb., o vynálezech a zlepšovacích návrzích, ve znění pozdějších předpisů.

7) § 47i zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

10) § 2 odst. 1 písm. b) nařízení vlády ČSFR č. 53/1992 Sb., o minimální mzdě.

11) § 7 odst. 4 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., ve znění zákona č. 59/1995 Sb.

11a) § 67 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

11b) § 78 zákona č. 435/2004 Sb.

11c) § 38 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění zákona č. 306/2008 Sb.

12) Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

13) § 6c písm. a) až j) zákona ČNR č. 550/1991 Sb., ve znění zákona č. 59/1995 Sb.

14) § 2 odst. 3 zákona č. 382/1990 Sb., o rodičovském příspěvku.

¹⁵⁾ § 127 zákoníku práce.

¹⁶⁾ § 129 a 130 zákoníku práce.

^{16a)} § 5 písm. a) bod 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 424/2003 Sb.

^{16b)} § 17 odst. 2 a 4 zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

²⁰⁾ Např. zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví.

^{21c)} § 17 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

²³⁾ § 7 odst. 1 písm. c) a d) zákona ČNR č. 550/1991 Sb.

²⁴⁾ Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

²⁵⁾ § 9 odst. 1 zákona ČNR č. 550/1991 Sb.

^{25c)} Například zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

^{25d)} Zákon č. 412/2005 Sb., o ochraně utajovaných informací a o bezpečnostní způsobilosti.

²⁶⁾ § 18 zákona ČNR č. 550/1991 Sb.

^{26a)} § 40 odst. 3 a 4 zákona ČNR č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, ve znění zákona ČNR č. 35/1993 Sb.

^{27a)} Např. § 125 odst. 7 zákoníku práce, § 8 odst. 2 zákona č. 1/1992 Sb., o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výdělku, § 24a odst. 1 nařízení vlády ČSSR č. 223/1988 Sb., kterým se provádí zákoník práce, ve znění nařízení vlády ČSFR č. 13/1991 Sb., § 7 odst. 4 vyhlášky federálního ministerstva práce a sociálních věcí č. 19/1991 Sb., o pracovním uplatnění a hmotném zabezpečení pracovníků v hornictví dlouhodobě nezpůsobilých k dosavadní práci.

^{27b)} § 5 odst. 1 písm. d) vyhlášky ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 22/1991 Sb., kterou se stanoví podrobnosti zřizování společensky účelných pracovních míst a vytváření veřejně prospěšné práce.

^{27c)} § 2 odst. 3 a § 8 vyhlášky Ústřední rady odborů a federálního ministerstva financí č. 172/1973 Sb., o uvolňování pracovníků ze zaměstnání k výkonu funkce v Revolučním odborovém hnutí.

^{27d)} § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně některých souvisejících zákonů,

ve znění zákona č. 176/2002 Sb.

³¹⁾ § 9 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., ve znění zákona č. 59/1995 Sb.

³⁷⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

³⁸⁾ § 49 zákona č. 71/1967 Sb., o správním řízení (správní řád).

^{38a)} § 2 odst. 3 písm. h) zákona č. 284/2009 Sb., o platebním styku.

³⁹⁾ Např. zákon č. 166/1993 Sb., o Nejvyšším kontrolním úřadu, ve znění pozdějších předpisů.

^{39a)} Zákon č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon), ve znění pozdějších předpisů.

^{40a)} § 2 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

^{40c)} Zákon č. 570/1991 Sb., o živnostenských úřadech, ve znění pozdějších předpisů.

^{40d)} § 45a odst. 3 zákona č. 455/1991 Sb., ve znění zákona č. 214/2006 Sb.

⁴¹⁾ Například zákon č. 182/2006 Sb., zákon č. 549/1991 Sb., o soudních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 21/1992 Sb., o bankách, ve znění pozdějších předpisů.

⁴²⁾ § 17 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

⁴³⁾ § 3 zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel), ve znění zákona č. 53/2004 Sb.

⁴⁴⁾ Zákon č. 40/1993 Sb., o nabývání a pozbývání státního občanství České republiky, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁵⁾ Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁶⁾ Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁷⁾ § 13b zákona č. 133/2000 Sb., ve znění zákona č. 53/2004 Sb.

⁵⁴⁾ § 4 zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě.

⁵⁵⁾ Zákon č. 236/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁶⁾ § 222a zákoníku práce.