



SENÁT

PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY

11. funkční období

76

Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb.,
o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění
pozdějších předpisů

(Navazuje na sněmovní tisk č. 715
ze 7. volebního období PS PČR)

Lhůta pro projednání Senátem
uplyne 26. dubna 2017

2017



ZÁKON

ze dne 2017,

kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

Čl. I

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 324/1993 Sb., zákona č. 42/1994 Sb., zákona č. 241/1994 Sb., zákona č. 59/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 29/2000 Sb., zákona č. 118/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 492/2000 Sb., zákona č. 138/2001 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 176/2002 Sb., zákona č. 424/2003 Sb., zákona č. 437/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 53/2004 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 123/2005 Sb., zákona č. 381/2005 Sb., zákona č. 413/2005 Sb., zákona č. 545/2005 Sb., zákona č. 62/2006 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 189/2006 Sb., zákona č. 214/2006 Sb., zákona č. 264/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 306/2008 Sb., zákona č. 227/2009 Sb., zákona č. 281/2009 Sb., zákona č. 285/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 73/2011 Sb., zákona č. 138/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 329/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 401/2012 Sb., zákona č. 500/2012 Sb., zákona č. 11/2013 Sb., zákonného opatření Senátu č. 342/2013 Sb., zákonného opatření Senátu č. 344/2013 Sb., zákona č. 109/2014 Sb., zákona č. 250/2014 Sb., zákona č. 267/2014 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb., se mění takto:

1. V nadpisu § 1 se slovo „Účel“ nahrazuje slovem „Předmět“.
2. V § 1 se slova „evidence plátců pojistného“ nahrazují slovy „centrálního registru pojištěnců, přerozdělování pojistného“.
3. V § 3 odst. 1 se slova „soudcům⁵⁵⁾ které“ nahrazují slovy „soudcům⁵⁵⁾, které“.
4. § 20 včetně nadpisu zní:

„§ 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, kterými 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, a
- c) úroky připsané na zvláštní účet.

(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 stádiu. 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.“

5. Za § 20 se vkládají nové § 20a až 20c, které včetně nadpisu znějí:

„Systém 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 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 pojištěnce započítává u pojištěnce s předem definovanou kombinací skupin, a
- c) zajišťovací konstanta, která slouží ke stanovení hranice nákladovosti pojištěnce, při jejímž překročení jsou zdravotním pojišťovnám za příslušného pojištěnce hrazeny prostředky v přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, a pro stanovení výše prostředků z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, která zdravotním pojišťovnám za tyto pojištěnce 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.“

6. § 21 a 21a včetně nadpisů znějí:

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

(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 sdělenými příslušnou pojišťovnou v kalendářním měsíci o 3 měsíce předcházejícím příslušné přerozdělování. 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 správci 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 ní 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, snížená 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.“

Poznámka pod čarou č. 40 se zrušuje.

7. Za § 21a se vkládají nové § 21b až 21f, které včetně nadpisů znějí:

„§ 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 přebývající finanční prostředky 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 § 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 a správních deliktech.

(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

Správní delikt

(1) Zdravotní pojišťovna se dopustí správního deliktu tím, že při kontrole podle § 21d odst. 3 neposkytne Dozorčímu orgánu potřebnou součinnost.

(2) Za správní delikt podle odstavce 1 se uloží pokuta do 500 000 Kč.

(3) Zdravotní pojišťovna za správní delikt neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránila.

(4) Při určení výměry pokuty zdravotní pojišťovně se přihlédne k závažnosti správního deliktu, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž byl spáchán.

(5) Odpovědnost zdravotní pojišťovny za správní delikt zaniká, jestliže o něm správní orgán nezačal řízení do 1 roku ode dne, kdy se o něm dozvěděl, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy byl spáchán.

(6) Správní delikt v prvním stupni projednává Ministerstvo financí.

(7) Příjem z pokut podle odstavce 2 je příjmem státního rozpočtu.

§ 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.“.

8. V nadpisu § 27 se slova „**Vedení evidence**“ nahrazují slovy „**Centrální registr**“.

9. V § 27 odst. 1 větě první se slova „Ústřední pojišťovna Všeobecné zdravotní pojišťovny“ nahrazují slovy „Všeobecná zdravotní pojišťovna“ a za slova „veřejného zdravotního pojištění“ se vkládají slova „(dále jen „centrální registr pojištěnců“) a spravuje jej (dále jen „správce centrálního registru pojištěnců“)“, ve větě druhé se slova „Registr podle věty první“ nahrazují slovy „Centrální registr pojištěnců“ a ve větě třetí se slova „vedení registru“ nahrazují slovy „vedení centrálního registru pojištěnců“ a slova „všeobecného zdravotního pojištění“ se zrušují.

10. V § 27 odstavce 2 zní:

„(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.“.

11. V § 27 odst. 3 se slova „Zdravotní pojišťovna uvedená v odstavci 1“ nahrazují slovy „Správce centrálního registru pojištěnců“.

12. V § 27 se za odstavec 3 vkládá nový odstavec 4, který zní:

„(4) Správce centrálního registru pojištěnců poskytuje informace o účasti pojištěnců na veřejném zdravotním pojištění a příslušnosti pojištěnce ke zdravotní pojišťovně poskytovatelům zdravotních služeb.“.

Dosavadní odstavec 4 se označuje jako odstavec 5.

13. V § 27 odst. 5 se za slovo „vedení“ vkládá slovo „centrálního“, za slova „vedení centrálního registru pojištěnců“ se vkládají slova „a za správu zvláštního účtu pro přerozdělování“ a slova „Ústřední pojišťovna Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky povinna“ se nahrazují slovy „správce centrálního registru pojištěnců povinen“.

14. V § 27a odst. 1 se slova „Ústřední pojišťovně Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky“ nahrazují slovy „správci centrálního registru pojištěnců“, za slovo „vedení“ se vkládá slovo „tohoto“ a slova „pojištěnců veřejného zdravotního pojištění podle § 27 odst. 1“ se zrušují.

15. V § 27a odst. 8 se slova „Ústřední pojišťovna Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky“ nahrazují slovy „Správce centrálního registru pojištěnců“.

16. Za § 27a se vkládá nový § 27b, který včetně nadpisu zní:

„§ 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.“.

17. Příloha se nahrazuje přílohou č. 1, která včetně nadpisu zní:

„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.“.

18. Doplňuje se příloha č. 2, která včetně nadpisu zní:

„Příloha č. 2 k zákonu č. 592/1992 Sb.

Podrobná úprava systému přerozdělování

Část první

Nastavitelné parametry přerozdělování

Oddíl A

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.

Oddíl B

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.

Oddíl C

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.

Oddíl D

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.

Oddíl E

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 obdrženy Ministerstvem zdravotnictví od zdravotních pojišťoven podle § 20c (dále jen „ověřovací model“).

Pododdíl A

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.

Pododdíl B

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

Oddíl F

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.

Oddíl G

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.

Oddíl H

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 Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „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 vyřazovací 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.

Oddíl I

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.

Oddíl J 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

Oddíl K 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,

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

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

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

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

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

$$W_{ij} = \begin{cases} w_i & \Leftrightarrow i = j \\ 0 & \text{jinak} \end{cases}, i = 1, \dots, n; j = 1, \dots, n.$$

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

Oddíl L 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.

Oddíl M Výpočet nákladových indexů

Nákladové indexy se určí postupem popsáným 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 $Y^{(1)} = y$.

2. Hodnota k se zvýší o 1.

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

3.1. Složky vektoru vysvětlovaných nákladů $Y^{(k)}$ se označí $Y_1^{(k)}, Y_2^{(k)}, \dots, Y_n^{(k)}$.

3.2. Vážený průměr vektoru vysvětlovaných nákladů se označuje $\bar{Y}^{(k)}$ a vypočte se podle vzorce $\bar{Y}^{(k)} = \frac{\sum_{i=1}^n Y_i^{(k)}}{W}$.

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

$$u^{(k)} = W^{-1} \cdot Y^{(k)} - \bar{Y}^{(k)}$$

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 $\widehat{u^{(k)}}$ se vypočtou podle vzorce:

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

3.6. Odhadnuté vysvětlované náklady $\widehat{\mathbf{Y}}^{(k)}$ se vypočtou podle vzorce:

$$\widehat{\mathbf{Y}}^{(k)} = \mathbf{W} \cdot (\widehat{\mathbf{u}}^{(k)} + \bar{\mathbf{Y}}^{(k)}).$$

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

$$\mathbf{z}^{(k)} = \max \left[\mathbf{0}; 0,8 \cdot \left(\mathbf{y} - \left(\widehat{\mathbf{Y}}^{(k)} + \mathbf{C} \right) \right) \right] + \max \left[\mathbf{0}; 0,15 \cdot \left(\mathbf{y} - \left(\widehat{\mathbf{Y}}^{(k)} + 6 \cdot \mathbf{C} \right) \right) \right],$$

kde $\mathbf{0}$ 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 $\mathbf{Y}^{(k+1)}$ a vypočte se podle vzorce:

$$\mathbf{Y}^{(k+1)} = \mathbf{y} - \mathbf{z}^{(k)}.$$

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:

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

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 $I = k$, kde písmeno I označuje celkový počet iterací, a postupuje se podle bodu 6.

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

$$\dot{a}_i = \frac{a_i^{(I)}}{\bar{\mathbf{Y}}^{(I)}}, i = 1, \dots, m,$$

kde $a_i^{(I)}, i = 1, \dots, m$, jsou složky vektoru $\mathbf{a}^{(I)}$ 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:

$$R^2 = 1 - \frac{\left(\widehat{\mathbf{u}}^{(I)} - \mathbf{u}^{(I)} \right)' \cdot \mathbf{W} \cdot \left(\widehat{\mathbf{u}}^{(I)} - \mathbf{u}^{(I)} \right)}{\mathbf{u}^{(I)'} \cdot \mathbf{W} \cdot \mathbf{u}^{(I)}}.$$

Část čtvrtá

Klasifikace pojištěnců pro účely měsíčního přerozdělování podle indexů

Oddíl N

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.

Oddíl O

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.

Oddíl P

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

Oddíl Q

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.

Oddíl R

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.“.

Čl. II

Přechodná ustanovení

1. Pro přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění a dalších příjmů zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění vybraných do 30. listopadu 2017 se použije zákon č. 592/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.
2. Pro roční vyúčtování úhrady zvlášť nákladných hrazených služeb za rok 2017 se v roce 2018 použije zákon č. 592/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.
3. Pro účely výpočtů souvisejících s přerozdělováním zdravotní pojišťovny ocení náklady na zdravotní služby za rok 2017 podle zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

4. Pro přerozdělení probíhající v měsíci prosinci 2017 se použije pojistné vybrané zdravotními pojišťovny v období 18. až 30. listopadu 2017 a platba státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, připsaná na zvláštní účet v prosinci 2017.

5. Pro přerozdělení probíhající v měsíci lednu 2018 se použije pojistné vybrané zdravotními pojišťovny v období 1. až 31. prosince 2017 a platba státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, připsaná na zvláštní účet v lednu 2018.

6. Pro přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění a dalších příjmů zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění od 1. ledna 2018 do 31. prosince 2018 se použije zákon č. 592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, s tím, že nastavitelné parametry přerozdělování se stanoví takto:

a) Seznam farmaceuticko-nákladových skupin

Číslo	Kód	Název	Definiční seznam anatomicko-terapeuticko-chemických skupin léčiv	Vyřazovací pravidla
1	GLA	Glaukom	S01E	
2	THY	Poruchy štítné žlázy	H03A, H03B	
3	PSY	Antipsychotika, Alzheimerova choroba, léčba závislostí	N05A mimo (N05AL03, N05AN01), N06DA, N06DX01, N07BB, N07BC51	
4	DEP	Léčba antidepresiv	N06A mimo (N06AA09, N06AX21)	ne, pokud zároveň PSY
5	CHO	Hypercholesterolémie	C10 mimo (C10AC01, C10BX03)	ne, pokud zároveň DM1, DM2, DMH
6	DMH	Diabetes s hypertenzí	A10 a zároveň C02 mimo (C02KX, C02CA04), C03 mimo (C03CA01), C07, C08 mimo (C08CA06), C09	
7	COP	Těžké astma, chronická obstrukční choroba plic	R03AC18, R03AK03, R03BB	
8	AST	Astma	R03 mimo (R03AC18, R03AK03, R03BB, R03CA02, R03BC01, R03CC02, R03CC13)	ne, pokud zároveň COP
9	DM2	Diabetes typu II	A10	ne, pokud zároveň DM1, DMH
10	EPI	Epilepsie	N03 mimo (N03AX12, N03AX16, N03AE01)	
11	CRO	Crohnova choroba, ulcerózní kolitida	A07EA06, A07EC02	
12	KVS	Srdeční choroby	C01A, C01B, C01D, C01EB15, C01EB17, C03CA01	
13	TNF	Revmatické choroby léčené inhibitory TNF	L04AA11, L04AA24, L04AB, L04AC	
14	REU	Revmatické choroby léčené jinak než	A07EC01, L01BA01, L04AA13, L04AX03,	ne, pokud zároveň TNF

		inhibitory TNF	M01CB01, P01BA02	M01CC01,	
15	PAR	Parkinsonova choroba	N04B		
16	DM1	Diabetes typu I	A10A		ne, pokud zároveň DMH
17	TRA	Transplantace	L04AA06, L04AA18, L04AD01, L04AX01	L04AA10, L04AC02, L04AD02,	
18	CFP	Cystická fibróza a onemocnění exokrinní funkce pankreasu	J01GB01 , J01XB01, R05CB13		
19	CNS	Onemocnění mozku a míchy	L03AB07, L03AX13, M03BX01, M03BX02	L03AB08, L04AA23,	
20	ONK	Malignity	L01 mimo (L01BA01), L03AA, L03AC01, L04AX04		
21	HIV	HIV, AIDS	J05AE, J05AF mimo (J05AF08, J05AF10, J05AF11), J05AG, J05AR, J05AX mimo (J05AX05)		
22	REN	Renální selhání	B03X, V03AE		
23	RAS	Léčba růstovým hormonem	H01AC01, H01AC03		
24	HOR	Hormonální onkologická léčba	L02		
25	NPP	Neuropatická bolest	N01BX04, N03AX16	N03AX12,	

- b) Seznam kombinací věkové skupiny s farmaceuticko-nákladovou skupinou a dvou farmaceuticko-nákladových skupin navzájem se nestanoví.
- c) Koeficient pro výpočet zajišťovací konstanty má hodnotu 107.
- d) Hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny má hodnotu 181.

7. Na základě nastavitelných parametrů přerozdělování podle bodu 6 se vypočítané parametry přerozdělování pro období od 1. ledna 2018 do 31. prosince 2018 stanoví takto:

- a) Nákladové indexy věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin

Nákladové indexy věkových skupin:

Číslo skupiny (muži):	Nákladový index	Číslo skupiny (ženy):	Nákladový index
1	0,7926	20	0,6420
2	-0,5097	21	-0,5659
3	-0,5999	22	-0,6503

4	-0,6160	23	-0,5818
5	-0,6427	24	-0,5095
6	-0,7183	25	-0,5422
7	-0,7001	26	-0,4135
8	-0,6735	27	-0,3590
9	-0,6448	28	-0,4212
10	-0,6051	29	-0,4667
11	-0,5357	30	-0,4090
12	-0,4182	31	-0,3401
13	-0,2469	32	-0,2886
14	-0,0483	33	-0,2348
15	0,1832	34	-0,0784
16	0,4343	35	0,1191
17	0,5752	36	0,2726
18	0,6427	37	0,4432
19	0,7943	38	0,7461

Nákladové indexy farmaceuticko-nákladových skupin:

Číslo skupiny	Kód skupiny	Nákladový index
1	GLA	0,2246
2	THY	0,2533
3	PSY	1,9603
4	DEP	0,8659
5	CHO	0,2838
6	DMH	1,0344
7	COP	1,8142
8	AST	0,8682
9	DM2	0,4561
10	EPI	1,3813
11	CRO	0,9823
12	KVS	1,5601
13	TNF	14,4966
14	REU	0,9963
15	PAR	1,4167
16	DM1	2,1692
17	TRA	4,1426

18	CFP	20,7391
19	CNS	10,1492
20	ONK	17,2183
21	HIV	10,7017
22	REN	41,6000
23	RAS	10,3981
24	HOR	2,2946
25	NPP	2,2671

- b) Korekce pro souběh skupin se nestanoví.
- c) Zajišťovací konstanta má hodnotu 206 000 Kč.

8. Dosavadní členové dozorčího orgánu podle § 20 odst. 5 zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, se považují za členy Dozorčího orgánu podle § 21d odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

9. Dosavadní členové společné kontrolní skupiny podle § 21a odst. 11 zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, se považují za členy společné kontrolní skupiny podle § 21c odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

Čl. III

Zrušovací ustanovení

Vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu, se zrušuje.

Čl. IV

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2018, s výjimkou ustanovení čl. I bodů 8 až 16, která nabývají účinnosti patnáctým dnem po jeho vyhlášení, a ustanovení čl. II bodů 1, 4 a 5, která nabývají účinnosti dnem 18. listopadu 2017.