



# SBÍRKA ZÁKONŮ

## ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 35

Rozeslána dne 28. března 2006

Cena Kč 18,-

### O B S A H:

98. Nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 5/2003 Sb., o oceněních v oblasti kultury, udělovaných Ministerstvem kultury
99. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva financí č. 430/2001 Sb., o nákladech na závodní stravování a jejich úhradě v organizačních složkách státu a státních příspěvkových organizacích
100. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva financí č. 114/2002 Sb., o fondu kulturních a sociálních potřeb, ve znění vyhlášky č. 510/2002 Sb.
101. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006
102. Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o rozhodné částce pro určení celkové výše mzdových nároků vyplacených jednomu zaměstnanci podle zákona č. 118/2000 Sb., o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů
- Sdělení Ministerstva vnitra o opravě tiskové chyby ve vyhlášce č. 87/2006 Sb.

## 98

### NAŘÍZENÍ VLÁDY

ze dne 8. března 2006,

kterým se mění nařízení vlády č. 5/2003 Sb., o oceněních v oblasti kultury,  
udělovaných Ministerstvem kultury

Vláda nařizuje k provedení zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění zákona č. 493/2000 Sb., zákona č. 141/2001 Sb., zákona č. 187/2001 Sb., zákona č. 450/2001 Sb., zákona č. 320/2001 Sb., zákona č. 202/2002 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 479/2003 Sb., zákona č. 186/2004 Sb., zákona č. 257/2004 Sb., zákona č. 482/2004 Sb., zákona č. 436/2004 Sb., zákona č. 1/2005 Sb., zákona č. 127/2005 Sb., zákona č. 361/2005 Sb., zákona č. 377/2005 Sb. a zákona č. 546/2005 Sb.:

### Čl. I

Nařízení vlády č. 5/2003 Sb., o oceněních v oblasti kultury, udělovaných Ministerstvem kultury, se mění takto:

1. V § 2 písm. k) se slovo „ministra“ nahrazuje slovem „Ministerstva“.
2. V § 3 odst. 4 se částka „250 000 Kč“ nahrazuje částkou „300 000 Kč“.

3. V § 4 odst. 1 se slova „30. června“ nahrazují slovy „31. května“.

4. V § 4 odst. 2 se za slovo „pobytu“ vkládají slova „ , popřípadě bydliště, nebyl-li trvalý pobyt udělen (dále jen „místo trvalého pobytu“),“.

5. V § 5 odst. 4 se částka „125 000 Kč“ nahrazuje částkou „300 000 Kč“.

6. V § 6 odst. 1 se slova „30. června“ nahrazují slovy „31. května“.

7. V § 7 odst. 5 se částka „100 000 Kč“ nahrazuje částkou „300 000 Kč“.

8. V § 8 odst. 1 se slova „30. června“ nahrazují slovy „31. května“.

9. V § 9 odst. 4 větě první se částka „100 000 Kč“ nahrazuje částkou „200 000 Kč“.

10. V § 10 odst. 1 se slovo „může“ nahrazuje slovem „mohou“ a slova „nebo odborná organizace státní památkové péče“ se nahrazují slovy „ , odborná organizace státní památkové péče nebo občanská sdružení, která podle svých stanov vyvíjejí činnosti při ochraně kulturních památek, památkových rezervací, památkových zón nebo archeologických nálezů“.

11. V § 10 odst. 2 větě druhé se slova „jméno, příjmení a datum úmrtí“ nahrazují slovy „jméno a příjmení“ a slova „jméno, příjmení a místo trvalého pobytu“ se nahrazují slovy „jméno a příjmení“.

12. V § 13 odst. 5 se částka „30 000 Kč“ nahrazuje částkou „50 000 Kč“.

13. V § 15 odst. 5 se částka „50 000 Kč“ nahrazuje částkou „70 000 Kč“.

14. V § 16 odst. 1 se slova „20. září“ nahrazují slovy „5. srpna“.

15. V § 17 odst. 3 písm. a) se slova „ , encyklopedií, duchovní a populárně vědecké literatury“ nahrazují slovy „a encyklopedií, duchovní a populárně naučná literatura“.

16. V § 17 odst. 3 písm. e) se slova „a obrazové“ nahrazují slovy „ , obrazové a fotografické“.

17. V § 17 odst. 3 písmeno f) zní:

„f) katalogy výtvarné, firemní a další, neprodejné publikace.“.

18. V § 17 odst. 3 se písmeno g) zrušuje.

19. V § 17 odst. 6 se částka „30 000 Kč“ nahrazuje částkou „50 000 Kč“.

20. V § 18 odstavec 2 zní:

„(2) Lhůtu k podání přihlášek do veřejné soutěže podle § 17 odst. 2 stanovuje ministerstvo a Památník národního písemnictví zvlášť pro každý rok.“.

21. V § 19 odst. 2 se za slovo „republiky“ vkládají slova „a Českým výborem Mezinárodní rady muzeí“.

22. V § 19 odstavec 6 zní:

„(6) Cenu Gloria musaealis tvoří diplom, plastika a peněžní ocenění ve výši 70 000 Kč.“.

23. V § 20 odst. 1 větě první se slova „3 měsíců“ nahrazují slovy „1 měsíce“.

24. V § 20 odst. 2 se slova „18. května“ nahrazují slovy „1. ledna“.

25. V § 20 odst. 5 se slova „a jednacím řádem vydaným vyhlášovatelé“ nahrazují slovy „vydaným vyhlášovatelé“.

26. V § 21 odst. 1 se odkaz na poznámku pod čarou č. 2 nahrazuje odkazem na poznámku pod čarou č. 1.

27. V § 21 odst. 6 se částka „15 000 Kč“ nahrazuje částkou „50 000 Kč“.

28. Nadpis nad § 23 zní: „Cena Ministerstva kultury – cena hranému filmu zemí Visegradu“.

29. V § 23 odst. 1, 2, 3 a 4 se slovo „ministra“ nahrazuje slovem „Ministerstva“.

30. V § 23 odst. 5 se slovo „ministra“ nahrazuje slovem „Ministerstva“ a na konci textu odstavce 5 se doplňují slova „a peněžní ocenění ve výši 100 000 Kč“.

31. V § 25 odst. 4 se částka „30 000 Kč“ nahrazuje částkou „50 000 Kč“.

32. V § 27 odst. 3 větě druhé se slovo „dvanáct“ nahrazuje slovem „dvacet“.

## Čl. II

Toto nařízení nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2006.

Předseda vlády:

Ing. Paroubek v. r.

Ministr kultury:

Mgr. Jandák v. r.

## 99

## VYHLÁŠKA

ze dne 15. března 2006,

kteřou se mění vyhláška Ministerstva financí č. 430/2001 Sb., o nákladech na závodní stravování a jejich úhradě v organizačních složkách státu a státních příspěvkových organizacích

Ministerstvo financí stanoví podle § 69 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejích zákonů (rozpočtová pravidla):

## Čl. I

Vyhláška č. 430/2001 Sb., o nákladech na závodní stravování a jejich úhradě v organizačních složkách státu a státních příspěvkových organizacích, se mění takto:

1. V § 5 odst. 3 větě druhé se slova „jen trváli jeho stanovená směna nejméně 10 hodin“ nahrazují slovy „pouze v případeš, že odpracovaná směna je stanovena nejméně na 10 hodin“.

2. § 7 včetně nadpisu zní:

„Zvláštní ustanovení“

## § 7

(1) Je-li závodní stravování zajišťováno a hrazeno podle § 2 a 3 nebo podle § 6, je možné zajišťovát a hradit závodní stravování podle § 4 a 5 pouze

a) strávníkovi uvedenému v § 3 odst. 4, kterému nelze jinak zajistit stravu odpovídající jeho zdravot-

nímu stavu; požadavek na zajištění stravy odpovídající zdravotnímu stavu strávníka musí být do-ložen písemným lékařským potvrzením vystave-ným příslušným odborným lékařem s doporu-čeným typem stravování předloženým organizaci,

b) strávníkovi uvedenému v § 3 odst. 4, jehož odpracovaná směna je stanovena nejméně na 10 hodin a odběr dalšího hlavního jídla za sníženou úhradu spadá do doby, kdy vlastní zařizení závodního stravování již nepracuje, nebo

c) v období, kdy je vlastní zařizení závodního stravování mimo provoz.

(2) Je-li závodní stravování zajišťováno a hrazeno podle § 4 a 5, může být zajišťováno a hrazeno na základě smlouvy s více organizacemi, právnickými nebo fyzickými osobami.

(3) Každé místně oddělené pracoviště postupuje podle odstavců 1 a 2 samostatně.“.

## Čl. II

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2006.

Ministr:

Mgr. Sobotka v. r.

## 100

## VYHLÁŠKA

ze dne 21. března 2006,

kteřou se mění vyhláška Ministerstva financí č. 114/2002 Sb.,  
o fondu kulturních a sociálních potřeb, ve znění vyhlášky č. 510/2002 Sb.

Ministerstvo financí stanoví podle § 48 odst. 7, § 49 odst. 10, § 60 a § 62 odst. 4 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtovích pravidlech a o změňě některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění zákona č. 479/2003 Sb. a zákona č. 377/2005 Sb., a podle § 33 odst. 4 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtovích pravidlech územních rozpočtů:

## Čl. I

Vyhláška č. 114/2002 Sb., o fondu kulturních a sociálních potřeb, ve znění vyhlášky č. 510/2002 Sb., se mění takto:

1. § 12 včetně nadpisu a poznámky pod čarou č. 9 zní:

## „§ 12

**Penzijní připojištění**

Organizační složky státu a státní příspěvkové organizace mohou z fondu hradit za své zaměstnance část příspěvku na penzijní připojištění<sup>9)</sup>, nejvýše však 90 % částky, kterou se zaměstnanec zavázal hradit. Příspěvkové organizace zřízené územními samosprávnými celky mohou z fondu hradit za své zaměstnance příspěvek na penzijní připojištění<sup>9)</sup> nebo jeho část.

<sup>9)</sup> Zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním

příspěvkem a o změňách některých zákonů souvisejících s jeho zavedením, ve znění pozdějších předpisů.“.

2. Za § 12 se vkládá nový § 12a, který včetně nadpisu a poznámky pod čarou č. 9a zní:

## „§ 12a

**Pojistné na soukromé žívotní pojištění**

Z fondu lze hradit pojištovně za zaměstnance část pojištného na soukromé žívotní pojištění na základě pojištné smlouvy uzavřené mezi zaměstnancem jako pojištníkem a pojištovnou, která je oprávněna k provozování pojištovací činnosti na území České republiky podle zvláštního právního předpisu<sup>9a)</sup>, nejvýše však 50 % částky pojištného, kterou se zaměstnanec zavázal hradit, za podmínky, že ve smlouvě byla sjednána výplata pojištného plnění až po 60 kalendářních měsících a současně nejdříve v roce dosažení věku 60 let.

<sup>9a)</sup> Zákon č. 363/1999 Sb., o pojištovnictví a o změňě některých souvisejících zákonů (zákon o pojištovnictví), ve znění pozdějších předpisů.“.

## Čl. II

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2006 s výjimkou bodu 1, který nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2007.

Ministr:

Mgr. Sobotka v. r.

## 101

## VYHLÁŠKA

ze dne 20. března 2006,

**kteřou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kteřou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006**

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

## Čl. I

Vyhláška č. 550/2005 Sb., kteřou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006, se mění takto:

1. V § 1 písm. a) bodě 5 se slova „v odbornostech 222, 801 až 807, 809 a 812 až 823“ nahrazují slovy „v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823“.

2. V § 2 odst. 2 se slova „malému počtu pojištěnců“ nahrazují slovy „100 a méně pojištěnců“ a poslední věta se zrušuje.

3. V § 3 odstavec 3 zní:

„(3) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu ve výši 105 % z jedné šestiny úhrady náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období.“

4. V § 3 se doplňují odstavce 4 a 5, které znějí:

„(4) Pokud zdravotnické zařízení poskytne zdravotní péči 50 a méně hospitalizovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, odstavec 1 se nepoužije a poskytnutá zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů.

(5) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 4 stanovená pro 1. pololetí 2001 zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006<sup>2)</sup>.“

5. V § 4 odst. 4 se slovo „předběžné“ zrušuje.

6. V § 4 odst. 5 se číslo „103“ nahrazuje číslem „105“ a na konci odstavce se doplňuje věta „Omezení úhrady se neuplatní, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.“

7. V § 4 se doplňuje odstavec 7, který zní:

„(7) Nad rámec celkové úhrady podle odstavce 5 zdravotní pojišťovna uhradí objem zvlášť účtovaných léčivých přípravků poskytnutých zdravotní pojišťov-

nou zdravotnickému zařízení ve 2. pololetí 2005, přepočtený na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu ve 2. pololetí 2005 a vynásobený počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období.“

8. V § 5 odst. 2 se za slova „registrovaných pojištěnců“ vkládají slova „s příslušným věkovým indexem podle přílohy č. 4 část C) k této vyhlášce“.

9. V § 5 odstavec 3 zní:

„(3) Výkony nezahrnuté do kapitační platby, kromě výkonů, kterými se vykazují preventivní prohlídky podle vyhlášky č. 56/1997 Sb., kteřou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „vyhláška o preventivních prohlídkách“) a očkování podle vyhlášky č. 439/2000 Sb., o očkování proti přenosným nemocem, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „vyhláška o očkování“) a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 1 písm. a) a b), se hradí podle seznamu výkonů, přičemž cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006<sup>3)</sup>.“

10. V § 5 se za odstavec 3 vkládá nový odstavec 4, který zní:

„(4) Výkony, kterými se vykazují preventivní prohlídky podle vyhlášky o preventivních prohlídkách a očkování podle vyhlášky o očkování, nezahrnuté do kapitační platby podle odstavce 1 písm. a) a b), se hradí podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s omezením maximální úhradou na unikátního ošetřeného pojištěnce. Cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006<sup>3)</sup>. Maximální úhrada na unikátního ošetřeného pojištěnce se pro konkrétní zdravotnické zařízení stanoví jako podíl celkové úhrady za tyto výkony v referenčním období, kterým je odpovídající pololetí minulého roku, a počtu unikátních ošetřených pojištěnců, na které byly tyto výkony vykázány. Vypočtený podíl se vynásobí počtem unikátních ošetřených pojištěnců a koeficientem 1,05. Omezení maximální úhradou se nepoužije v případě, že v referenčním nebo hodnoceném období bylo ošetřeno 50 a méně unikátních ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.“

Dosavadní odstavce 4 až 7 se označují jako odstavce 5 až 8.

11. V § 5 odst. 5 se slova „2 a 3“ nahrazují slovy „2 až 4“.

12. V § 5 odstavec 8 zní:

„(8) Celková úhrada za výkony nezahrnuté do kapitální platby, kromě výkonů, kterými se vykazují preventivní prohlídky podle vyhlášky o preventivních prohlídkách a očkování podle vyhlášky o očkování, výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 3, která bude činit nejvýše 105 % celkové úhrady za výkony mimo kapitální platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce. Omezení úhrady se neuplatní, pokud zdravotnické zařízení poskytne v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.“

13. V § 6 odst. 4 se za slova „podle odstavce 1“ vkládají slova „a podle odstavce 7“.

14. V § 6 se doplňuje odstavce 7, který zní:

„(7) Pokud zdravotnické zařízení poskytne zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, odstavce 1 se nepoužije a poskytnutá zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů.“

15. V § 7 odst. 1 se slova „222, 801 až 807, 809 a 812 až 823“ nahrazují slovy „222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823“.

16. V § 7 odstavec 2 zní:

„(2) U zdravotnických zařízení, kde v důsledku výrazné kolísavého objemu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, kdy zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, a kdy není možno objektivně stanovit pro jednotlivé zdravotní pojišťovny paušální sazbu podle odstavce 1 písm. a), se poskytnutá zdravotní péče hradí podle seznamu výkonů. Cena bodu pro odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006<sup>3)</sup>.“

17. V § 8 odst. 3 se číslo „103“ nahrazuje číslem „105“ a na konci odstavce se doplňuje věta „Omezení úhrady se neuplatní, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.“

18. V § 9 odst. 4 se číslo „103“ nahrazuje číslem „105“ a na konci odstavce se doplňuje věta „Ome-

zení úhrady se neuplatní, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.“

19. V § 11 odst. 3 se číslo „103“ nahrazuje číslem „105“ a na konci odstavce se doplňuje věta „Omezení úhrady se neuplatní, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.“

20. V příloze č. 1 části A) se text „PS =  $\{[(C\dot{U}_{ref} - \dot{U}Z\dot{U}LM_{ref}) + 0,98 \times \dot{U}Z\dot{U}LM_{ref}] \times 1,03\} \times Ks \times Kpv + MNP + PCN$ “ nahrazuje textem „PS =  $(C\dot{U}_{ref} \times 1,05 \times Ks \times Kpv) + \dot{U}Z\dot{U}LM_{ref} + MNP + PCN$ “.

21. V příloze č. 1 části A) se text „ $C\dot{U}_{ref}$  – celková úhrada náležející zařízení ústavní péče za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Do této úhrady se zahrne péče, která byla zdravotnickým zařízením v referenčním období poskytnuta, vykázána nejpozději s vyúčtováním za měsíc listopad 2005 a zdravotní pojišťovnou uznána.“ nahrazuje textem „ $C\dot{U}_{ref}$  – celková úhrada náležející zařízení ústavní péče za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, po odečtení vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků, schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období [část B) body 1. a 6.]. Do této úhrady se zahrne péče, která byla zdravotnickým zařízením v referenčním období poskytnuta, vykázána nejpozději s vyúčtováním za měsíc listopad 2005 a zdravotní pojišťovnou uznána.“

22. V příloze č. 1 části A) se v symbolu  $\dot{U}Z\dot{U}LM_{ref}$  slova „bod B)“ nahrazují slovy „část B)“ a text „ $Ks = 1 + ((ZZF - ZM)/VD) \times 0,3$ “ se nahrazuje textem „ $Ks = 1 + [(ZZF - ZM)/VD] \times 0,3$ “.

23. V příloze č. 1 části A) se v symbolu ZZF slova „a jejich rozsahu, k 30. 9. 2005“ nahrazují slovy „a jejich rozsahu, k 31. 12. 2005“.

24. V příloze č. 1 části A) se v symbolu „PCN“ za slovy „zdravotní pojišťovnou“ vypouštějí slova „v referenčním období“ a vkládají slova „ve 2. pololetí 2005, přepočtený na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu ve 2. pololetí 2005 a vynásobený počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období“.

25. V příloze č. 1 části A) se text „ $MÚ = \{[(CÚ_{ref} - ÚZÚLM_{ref}) + 0,98 \times ÚZÚLM_{ref}] \times 1,03 \times K_s + PCN\} / 6$ “ nahrazuje textem „ $MÚ = [(CÚ_{ref} \times 1,05 \times K_s) + ÚZÚLM_{ref}] / 6$ “.

„zdravotnickému zařízení do 15. 1. 2006“ nahrazují slovy „zdravotnickému zařízení do 30. 4. 2006“.

27. V příloze č. 1 části B) bodech 1 a 4 se slova „bodů A)“ nahrazují slovy „části A)“.

26. V příloze č. 1 části A) se v symbolu  $MÚ$  slova

28. V příloze č. 1 části B) bod 6 zní:

„6. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 100 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 100 %. Celkový objem úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období se navýší o částku odpovídající předepsaným a zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení navíc poskytnutým léčivým přípravkům v referenčním období, kterým je v tomto případě 2. pololetí 2005, přepočtenou na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu ve 2. pololetí 2005, vynásobenou počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období.“

29. V příloze č. 1 části B) bod 7 zní:

„7. Pokud celkový počet bodů za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení, v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů, v 1. pololetí 2006 převýší 106 % celkového počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.“

30. V příloze č. 1 části B) se vkládají nové body 8, 9 a 10, které znějí:

„8. Pokud celkový počet bodů za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení, v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, kromě výkonů screeningové mamografie podle seznamu výkonů, v 1. pololetí 2006 převýší 110 % celkového počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

9. V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v 1. pololetí 2006 zdravotní péči 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v předchozích bodech.

10. Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nemohlo předepsat jiný zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem, zdravotní pojišťovna příslušnou regulaci neuplatní, pokud zdravotnické zařízení srovnatelný zdravotnický prostředek ve srovnatelném rozsahu nepředepsalo v referenčním období.“

31. Příloha č. 2 zní:

„Příloha č. 2 k vyhlášce č. 550/2005 Sb.

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

#### A) Postup výpočtu paušální sazby

Paušální sazba se stanoví ve výši 105 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení v 1. pololetí 2005 za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, vynásobené koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce. Do celkové úhrady se zahrne péče, která byla zdravotnickým zařízením v referenčním období poskytnuta, vykázána nejpozději s vyúčtováním za měsíc listopad 2005 a zdravotní pojišťovnou uznána.

#### B) Regulační omezení

1. Úhrada ve výši stanovené v části A) náleží zdravotnickému zařízení, poskytne-li alespoň 100 % objemu zdravotní péče v 1. pololetí 2006, vykázané zdravotnickým zařízením a uznané zdravotní pojišťovnou ve srovnání s referenčním obdobím, vyjádřeném 100 % počtu bodů za ošetřovací dny podle seznamu výkonů.
2. Do počtu bodů za referenční období se nezapočítávají body za zdravotní péči, která již není v 1. pololetí 2006 poskytována.
3. Do počtu bodů za 1. pololetí 2006 se nezapočítávají body za zdravotní péči vykázanou a uznanou v rámci nové kapacity, pokud byla pro 1. pololetí 2006 smluvně dohodnuta.
4. V případě nižšího objemu vykázané a uznané zdravotní péče, než je uvedeno v bodě 1, se výše úhrady podle části A) sníží o stejné procento, o jaké je nižší objem zdravotní péče vyjádřen počtem bodů podle seznamu výkonů.
5. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených



revizním lékařem, převýší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 100 %.

6. Pokud celkový počet bodů za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení, v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823, podle seznamu výkonů, v 1. pololetí 2006 převýší 106 % celkového počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

7. Pokud celkový počet bodů za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení, v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, v 1. pololetí 2006 převýší 110 % celkového počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

8. Omezení podle předchozích bodů se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně hospitalizovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

9. Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nemohlo předepsat jiný zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem, zdravotní pojišťovna příslušnou regulaci neuplatní, pokud zdravotnické zařízení srovnatelný zdravotnický prostředek ve srovnatelném rozsahu nepředepsalo v referenčním období.“.

32. Příloha č. 3 zní:

„Příloha č. 3 k vyhlášce č. 550/2005 Sb.

### Regulační omezení podle § 4 odstavce 6

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 101 % až 105 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 20 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 101 % až 105 %.

2. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 105 % až 110 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 40 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 105 % až 110 %.

3. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 110 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za

léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 110 %.

4. Pokud průměrný počet bodů za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů, na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 106 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

5. Pokud průměrný počet bodů za vyžádanou péči v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 110 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

6. Omezení podle bodů 1 až 5 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.“

33. Nadpis přílohy č. 4 zní: „Způsob dorovnání kapacity a regulační omezení podle § 5 odstavce 7 a tabulka věkových indexů podle § 5 odstavce 2“.

34. V příloze č. 4 část B) zní:

#### „B) Regulační omezení

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 101 % až 105 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 20 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 101 % až 105 %.

2. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 105 % až 110 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 40 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 105 % až 110 %.

3. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 110 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 110 %.

4. Referenčním obdobím pro účely regulace je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.
5. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převýší 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, je zdravotní pojišťovna oprávněna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné polovině z překročení nad 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce. Tento regulační mechanismus se netýká péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci řádného zástupu a nebude uplatněn v případě úhrady zdravotní péče podle § 5 odstavce 1 písm. c).
6. Pokud průměrný počet bodů v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 106 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.
7. Pokud průměrný počet bodů v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, kromě výkonů screeningové mamografie podle seznamu výkonů, na jednoho registrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 110 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.
8. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho ošetřeného neregistrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší o více než o 10 % průměrnou úhradu v referenčním období a zároveň o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů), je zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení oprávněna neuhradit částku odpovídající jedné čtvrtině z uvedeného překročení.
9. Regulační omezení uvedená v předchozích bodech se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení registrovalo v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, popřípadě poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.
10. Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nemohlo použít jiný způsob léčby nebo předepsat jiný zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem, zdravotní pojišťovna příslušnou regulaci neuplatní, pokud srovnatelné léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky nebyly ve srovnatelném rozsahu zdravotnickým zařízením předepsány v referenčním období.“

35. V příloze č. 4 se doplňuje část C), která zní:

„C) Tabulka věkových indexů

<b>věková skupina</b>	<b>Index</b>
0 - 4 let	3,80

5 - 9 let	1,65
10 - 14 let	1,30
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40“.

36. V nadpise přílohy č. 5 se za slova „výše úhrady“ vkládají slova „a regulační omezení“.

37. V příloze č. 5 části A) bodu 2 se text „ $MU_o = POPzpo \times [PBP_o \times CB + (PUZUM_o + PUZULP_o) \times 0,98] \times 1,03$ “ nahrazuje textem „ $MU_o = POPzpo \times [(PBP_o \times CB) \times 1,05 + PUZUM_o + PUZULP_o]$ “.

38. V příloze č. 5 části A) bodu 4 se slova „nejpozději do 31. 01. 2006“ nahrazují slovy „nejpozději do 30. 4. 2006.“.

39. V příloze č. 5 části A) bod 5 zní:

„5. Omezení maximální úhradou podle bodu 1 se nepoužije v případě, že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti neposkytovalo.“.

40. V příloze č. 5 části A) se doplňuje bod 6, který zní:

„6. Nad rámec maximální úhrady podle bodu 1 zdravotní pojišťovna uhradí objem zvlášť účtovaných léčivých přípravků poskytnutých zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení ve 2. pololetí 2005, přepočtený na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu ve 2. pololetí 2005 a vynásobený počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období.“.

41. V příloze č. 5 část B) zní:

#### „B) Regulační omezení

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převyší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 101 % až 105 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku

odpovídající 20 % překročení průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 101 % až 105 %.

2. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší průměrnou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, v rozpětí 105 % až 110 %, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající 40 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období v rozpětí 105 % až 110 %.

3. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 110 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 110 %.

4. Celkový objem úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období se navýší o částku odpovídající předepsaným a zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení navíc poskytnutým léčivým přípravkům ve 2. pololetí 2005, přepočtenou na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu ve 2. pololetí 2005, vynásobenou počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v hodnoceném období.

5. Pokud průměrný počet bodů za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů, na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 106 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

6. Pokud průměrný počet bodů za vyžádanou péči v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, kromě výkonu screeningové mamografie, podle seznamu výkonů, na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 110 % průměrného počtu bodů v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení.

7. Regulační omezení uvedená v předchozích bodech se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

8. Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nemohlo použít jiný způsob léčby nebo předepsat jiný zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem, zdravotní pojišťovna příslušnou regulaci neuplatní, pokud srovnatelné léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky nebyly ve srovnatelném rozsahu zdravotnickým zařízením předepsány v referenčním období.“.

42. V příloze č. 6 části A) se text „A) Postup stanovení paušální sazby“ nahrazuje textem „A) Postup stanovení paušální sazby pro odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů“.

43. V příloze č. 6 části A) bodu 1 se text „PS =  $[(C\dot{U}_{ref} - \dot{U}Z\dot{U}LM_{ref}) + 0,98 \times \dot{U}Z\dot{U}LM_{ref}] \times K_{pv}$ “ nahrazuje textem „PS =  $(C\dot{U}_{ref} \times K_{pv}) + \dot{U}Z\dot{U}LM_{ref}$ “.

44. V příloze č. 6 části A) bodu 1 se v symbolu  $C\dot{U}_{ref}$  za slova „vypořádání smluvně dohodnutých regulací“ doplňují slova „po odečtení veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním léka-

řem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou“.

45. V příloze č. 6 části A) se bod 2 zrušuje a současně se zrušuje označení bodu 1 části A).

46. V příloze č. 6 se za část A) vkládá nová část B), která zní:

**„B) Postup stanovení paušální sazby pro odbornost 809 podle seznamu výkonů**

Čtvrtletní paušální sazba se stanoví podle vzorce:

$$PS = (C\dot{U}_{ref} \times 1,03 \times K_{pv}) + \dot{U}Z\dot{U}LM_{ref},$$

kde:

PS            paušální sazba pro příslušné čtvrtletí

$C\dot{U}_{ref}$         celková úhrada zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, kromě výkonů screeningové mamografie podle seznamu výkonů, po odečtení veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou

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

$K_{pv}$         koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.“.

Dosavadní část B) se označuje jako část C).

47. V příloze č. 6 části C) v bodu 1 písm. a) se slova „rozpětí 97 až 103 %“ nahrazují slovy „rozpětí 98 % až 105 %“, na konci textu písmene a) se doplňuje tečka a věta „Do referenčního počtu bodů se nezapočítávají výkony screeningové mamografie podle seznamu výkonů.“.

48. V příloze č. 6 části C) se v bodu 1 písm. b) nahrazuje číslo „97“ číslem „98“ a číslo „103“ číslem „105“ a na konci textu písmene b) se doplňuje věta „Do referenčního počtu bodů se nezapočítávají výkony screeningové mamografie podle seznamu výkonů.“.

49. V příloze č. 6 části C) se v bodu 3 nahrazují slova „do 31. 1. 2006.“ slovy „do 30. 4. 2006.“.

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

51. V příloze č. 7 se text „ $K_{pv} = (P/VD) - 0,03$ “ nahrazuje textem „ $K_{pv} = (P/VD) - 0,05$ “.

52. V příloze č. 7 v symbolu P se za slova „k 30. 6. 2006“ doplňuje čárka a slova „po odečtení návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu podle § 12 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů“.

53. V příloze č. 7 se v poslední větě číslo „1,03“ nahrazuje číslem „1,05“.

podle § 4, 5, 8, 9, 11, pro výpočet paušální sazby podle přílohy č. 1, přílohy č. 2, pro výpočet maximální úhrady podle přílohy č. 5 a pro výpočet paušální sazby podle přílohy č. 6 se použije koeficient příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců stanovený touto vyhláškou.

2. Pro výpočet paušální sazby a měsíční úhrady podle přílohy č. 1 se použije koeficient stabilizace stanovený touto vyhláškou.

3. Jiný způsob úhrady zdravotní péče v 1. pololetí 2006, než je stanoven vyhláškou č. 550/2005 Sb., ve znění této vyhlášky, je možný, pokud se na takovém způsobu úhrady zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnou a pokud zdravotnické zařízení prokáže, že použití způsobu úhrady stanoveného vyhláškou č. 550/2005 Sb., ve znění této vyhlášky, by snížilo rozsah a dostupnost jím poskytované zdravotní péče. Postup podle věty první nelze použít, pokud by tím došlo k nedodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

## Čl. II

### Přechodná ustanovení

1. Pro výpočet celkové úhrady za 1. pololetí 2006

## Čl. III

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2006.

Ministr:

MUDr. Rath v. r.

102

## SDĚLENÍ

Ministerstva práce a sociálních věcí

ze dne 14. března 2006

**o rozhodné částce pro určení celkové výše mzdových nároků vyplacených jednomu zaměstnanci podle zákona č. 118/2000 Sb., o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů**

Ministerstvo práce a sociálních věcí podle § 5 odst. 2 zákona č. 118/2000 Sb., o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, sděluje, že rozhodnou částkou pro určení celkové výše mzdových nároků vyplacených jednomu zaměstnanci je pro období od 1. května 2006 do 30. dubna 2007 částka 19 030 Kč.

Ministr:

Ing. Škromach v. r.

## SDĚLENÍ

## Ministerstva vnitra

## o opravě tiskové chyby ve vyhlášce č. 87/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Českého báňského úřadu č. 447/2001 Sb., o báňské záchranné službě

V názvu vyhlášky mají místo slov „ze dne 10. března 2005“ správně být slova „ze dne 10. března 2006“.



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