



551/1991 Sb. Zákon

České národní rady
ze dne 6. prosince 1991

O Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Vyhlášeno dne 30. prosince 1991, datum poslední novelizace 1. ledna 2023

Česká národní rada se usnesla na tomto zákoně:

ČÁST PRVNÍ

Základní ustanovení

§ 1

Zřizuje se Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „Pojišťovna“) se sídlem v Praze.

§ 2

- (1) Pojišťovna provádí veřejné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny.
- (2) Pojišťovna je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících.
- (3) Pojišťovna nesmí provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetí osoby a nesmí při náboru pojištěnců poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k Pojišťovně nebo svým pojištěncům anebo třetím osobám v souvislosti s nábořem pojištěnců žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění.

ČÁST DRUHÁ

Hospodaření pojišťovny

§ 3

Pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným.

§ 4

Příjmy Pojišťovny zahrnují:

- a) platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu,
- b) příjmy plynoucími z přírážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované Pojišťovnou,
- c) dary a ostatní příjmy.

§ 5

Výdaje Pojišťovny zahrnují:

- a) platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) podle smluv uzavřených s osobami oprávněnými poskytovat zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách (dále jen „poskytovatel“),
- b) platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny,
- c) náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině a náhrady nákladů za zdravotní služby čerpané pojištěncem v jiném členském státě Evropské unie podle § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění^{1a)},
- d) náklady na činnost Pojišťovny podle § 2 odst. 1, kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),
- e) úhrady částek, přesahujících limit pro doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)},
- f) úhrady za zdravotní služby a náhrady nákladů vynaložené pojištěncem na zdravotní služby čerpané v členských státech Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo ve Švýcarské konfederaci podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení a podle mezinárodních smluv v oblasti sociálního zabezpečení,
- g) úhrady částek poskytnutých podle § 40 odst. 3 a 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění poskytovatelům hrazených služeb.

§ 6

(1) Pojišťovna každý kalendářní rok sestavuje zdravotně pojistný plán na následující kalendářní rok (dále jen „zdravotně pojistný plán“) a výhled nejméně na dva další kalendářní roky následující po roce, na který je sestaven zdravotně pojistný plán (dále jen „výhled“). Při sestavování zdravotně pojistného plánu se vychází z výhledu.

(2) Zdravotně pojistný plán je zpravidla sestavován jako vyrovnaný, přičemž vyrovnaným zdravotně pojistným

plánem se pro účely tohoto zákona rozumí takový plán, ve kterém plánované výdaje nepřekračují součet plánovaných příjmů.

(3) Zdravotně pojistný plán může být sestaven jako

- a) přebytkový, jestliže je část příjmů daného roku určena k využití až v následujících letech; tyto příjmy musí být v takovém zdravotně pojistném plánu vymezeny, nebo
- b) schodkový, jestliže je schodek možné uhradit finančními zůstatky na fondech z minulých let při zachování zůstatku rezervního fondu nejméně ve výši podle § 7 odst. 1 písm. b); způsob úhrady schodku musí být v takovém zdravotně pojistném plánu vymezen.

(4) Pojišťovna hospodaří v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem nebo provizoriem.

(5) Pojišťovna je povinna zajistit prostřednictvím auditora¹³⁾ nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů¹³⁾, (dále jen „auditor“)

- a) ověření účetní závěrky Pojišťovny,
- b) ověření návrhu výroční zprávy Pojišťovny za příslušný rok.

(6) Pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené jiným zákonem pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok včetně zprávy auditora a pro informaci také výhled.

(7) Zdravotně pojistný plán a výhled obsahují údaje o Pojišťovně, plán příjmů a výdajů Pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, údaje o rozsahu hrazených služeb zajišťovaných Pojišťovnou, plán vývoje sítě smluvních poskytovatelů hrazených služeb včetně informace o zajištění dostupnosti hrazených služeb a plán provozních nákladů. Podrobnou strukturu obsahu informací podle věty první a způsob předkládání zdravotně pojistného plánu a výhledu stanoví Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem financí vyhláškou.

(8) Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí posoudí předložený návrh zdravotně pojistného plánu z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

(9) V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí po posouzení souladu návrhu zdravotně pojistného plánu s právními předpisy a veřejným zájmem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu není s těmito hledisky v rozporu, předloží návrh zdravotně pojistného plánu vládě.

(10) V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu odporuje právním předpisům anebo veřejnému zájmu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, vrátí Pojišťovně návrh zdravotně pojistného plánu s výzvou k přepracování. Pojišťovna předloží přepracovaný návrh zdravotně pojistného plánu do 30 dnů ode dne doručení výzvy.

(11) Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.

(12) Nebude-li zdravotně pojistný plán Pojišťovny schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost Pojišťovny do schválení zdravotně pojistného plánu provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok.

(13) Schválený zdravotně pojistný plán, nebo do schválení zdravotně pojistného plánu provizorium, výroční zprávu a účetní závěrku Pojišťovna zveřejní na svých internetových stránkách.

(14) Při uplatnění opatření podle zákona o pravidlech rozpočtové odpovědnosti může být zdravotně pojistný plán navržen podle odstavce 3 písm. b) jen v případě, že schodek bude možné uhradit nejvýše jednou třetinou finančních zůstatků Pojišťovny z minulých let nebo návratnou finanční výpomocí.

§ 7

(1) Pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

a) základní fond; zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění nebo prováděcím právním předpisem podle odstavce 4 a k úhradám částek přesahujících limit pro doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem,^{1b)}

b) rezervní fond; minimální výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly převodem části zůstatku základního fondu nebo ostatních fondů. Rezervní fond používá Pojišťovna ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo Pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout v průběhu kalendářního roku pod minimální výši. Nejde-li o případ uvedený v předchozí větě, je Pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené minimální výši,

c) provozní fond,

d) sociální fond,

e) fond majetku,

f) fond reprodukce majetku.

(2) Pojišťovna může vytvářet fond prevence. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní

služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, jsou-li poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Zdrojem fondu jsou finanční prostředky z podílu na výsledku hospodaření po zdanění stanoveného statutárními orgány Pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění Pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem Pojišťovny. Z finančních prostředků základního fondu může Pojišťovna použít prostředky odpovídající až 5 promile z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění za bezprostředně předcházející kalendářní rok jako zdroj fondu prevence v případě splnění podmínek naplnění rezervního fondu a vyrovnaného hospodaření. Za splnění těchto podmínek může Pojišťovna převést jako zdroj fondu prevence také finanční prostředky z provozního fondu a příjmy plynoucí z pokut, přírážek k pojistnému a penále účtovaných Pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění.

(3) Pro účely podpory testování zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2 prostřednictvím diagnostického zdravotnického prostředku in vitro pro sebetestování nebo prostřednictvím diagnostického zdravotnického prostředku in vitro, pro který bylo Ministerstvem zdravotnictví podle zákona upravujícího diagnostické zdravotnické prostředky in vitro povoleno jeho použití laickou osobou, Pojišťovna nad rámec zdrojů uvedených v odstavci 2 věty čtvrté jako další zdroj fondu prevence použije finanční prostředky základního fondu. Příděl finančních prostředků ze základního fondu do fondu prevence v takovém případě Pojišťovna provede vždy do 60 dnů po skončení kalendářního měsíce, a to ve výši finančních prostředků, které byly v tomto kalendářním měsíci z fondu prevence vynaloženy na podporu testování podle věty první. Za zaměstnance podle věty první se považují také dočasně přidělení zaměstnanci agentury práce a další osoby, které na základě jiného právního vztahu, než je pracovněprávní vztah, vykonávají práci nebo obdobnou činnost na pracovišti zaměstnavatele společně s jeho zaměstnanci.

(4) Ministerstvo financí po projednání s Ministerstvem zdravotnictví stanoví právním předpisem podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů uvedených v odstavci 1, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost podle § 5 písm. d) krytých ze zdrojů základního fondu, a to z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod, které smí Pojišťovna použít k tvorbě provozního fondu za každé účetní období včetně postupu propočtu tohoto limitu.

(5) Zůstatky fondu sociálního, případně jiného fondu vytvořeného v rámci povoleného limitu maximální výše nákladů na činnost a maximální výše výdajů na pořízení hmotného a nehmotného majetku čerpaného v souladu s rozhodnutím Správní rady ve prospěch zaměstnanců Pojišťovny se převádí k 1. lednu 1999 jako mimořádný příděl sociálního fondu. Pokud Pojišťovna vytvářela v rámci tohoto limitu provozní fond, převádí se jeho zůstatek do následujícího období. Finanční zůstatky ostatních účelových fondů se převádí k 1. lednu 1999 jako mimořádný příděl rezervního fondu. Pokud má Pojišťovna rezervní fond naplněn, převede zůstatky účelových fondů do základního fondu. Převod ostatních zůstatků účelových fondů provede Pojišťovna v souladu s podmínkami uvedenými ve vyhlášce Ministerstva financí s využitím převodových můstků nové účtové osnovy.

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

(7) Pokutu uloženou podle tohoto zákona nebo zvláštního právního předpisu je Pojišťovna povinna hradit z prostředků provozního fondu.

§ 7a

(1) Kontrolu činnosti Pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zjistí-li toto ministerstvo závažné nedostatky v činnosti Pojišťovny, zejména nedodržování tohoto zákona, předpisů o veřejném zdravotním pojištění nebo schváleného zdravotně pojistného plánu, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku

a) vyžadovat, aby Pojišťovna ve stanovené lhůtě zjedнала nápravu, zejména uvedla svou činnost do souladu s tímto zákonem, předpisy o veřejném zdravotním pojištění a schváleným zdravotně pojistným plánem,

b) zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku.

(2) V případě nucené správy podléhají rozhodnutí a právní jednání ředitele Pojišťovny a dalších orgánů Pojišťovny schválení nuceného správce, jinak jsou neplatná. Nucený správce je oprávněn činit rozhodnutí a právní jednání, které jinak přísluší řediteli Pojišťovny nebo jinému orgánu Pojišťovny.

(3) Na rozhodování o nucené správě se vztahují obecné předpisy o správním řízení,⁷⁾ pokud tento zákon nestanoví jinak. Účastníkem řízení je Pojišťovna. Podaný rozklad proti rozhodnutí o zavedení nucené správy nemá odkladný účinek. Rozhodnutí, kterým se zavádí nucená správa, obsahuje též jméno, příjmení a rodné číslo správce.

(4) Správce je zaměstnancem Ministerstva zdravotnictví nebo Ministerstva financí. Správce je oprávněn přibírat k výkonu nucené správy další osoby. Správce a osoby přibrané k výkonu nucené správy jsou oprávněni seznamovat se se všemi skutečnostmi, které se týkají Pojišťovny. Jsou zároveň povinni zachovávat o těchto skutečnostech mlčenlivost; tato povinnost platí i po skončení nucené správy.

(5) Správce může povinnosti mlčenlivosti zprostit ministr zdravotnictví na žádost orgánu činného v trestním řízení, je-li vedeno trestní řízení v souvislosti se závažnými nedostatky v činnosti Pojišťovny, pro které byla zavedena nucená správa.

§ 8

(1) Pojišťovna je povinna vždy do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření. Způsob podávání těchto informací a jejich rozsah stanoví Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí prováděcím právním předpisem. V případě zjištění bilanční nerovnováhy je současně povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh opatření. Ministerstvo zdravotnictví po projednání s Ministerstvem financí předloží návrh opatření vládě. Ministerstvo zdravotnictví informuje veřejnost o hospodaření Pojišťovny prostřednictvím sdělovacích prostředků.

(2) V případě platební neschopnosti Pojišťovny zaručuje uhrazení nákladů poskytnutých hrazených služeb po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet České republiky ve formě návratné finanční výpomoci.

(3) Objem návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku

finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných hrazených služeb. O poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministrem financí.

§ 9

Pojišťovna je povinna zajistit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání finančních prostředků. Pojišťovna je povinna vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupu účtování pro zdravotní pojišťovny, které vydá Ministerstvo financí.

§ 9a

Pojišťovna podává Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí

- a) informace o celkových příjmech a výdajích a vlastnictví cenných papírů k poslednímu dni kalendářního měsíce, a to do 25 dnů po skončení tohoto kalendářního měsíce,
- b) informace o stavu zůstatků na jejích bankovních účtech k poslednímu dni kalendářního měsíce, a to do 15 dnů po skončení tohoto kalendářního měsíce,
- c) informace o stavu svých závazků a pohledávek k poslednímu dni kalendářního měsíce, a to do 45 dnů po skončení tohoto kalendářního měsíce.

§ 10

Pojišťovna vytváří svůj vlastní účetní a informační systém, který musí navazovat na státní statistickou evidenci a respektovat požadavky průkaznosti.

§ 11

(1) Pojišťovna je povinna bezplatně předat Ministerstvu zdravotnictví na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 24, které si Ministerstvo zdravotnictví vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti při

- a) tvorbě úhradových mechanismů systému veřejného zdravotního pojištění,
- b) sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb,
- c) udržování a rozvoji systému přerozdělování pojistného, nebo
- d) sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb.

(2) Pojišťovna je povinna bezplatně předat Ministerstvu financí na základě jeho žádosti informace podle odstavce 1 písm. c) a d), které si Ministerstvo financí vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti.

(3) Pojišťovna je povinna bezplatně předat Českému statistickému úřadu na základě jeho žádosti informace z

informačního systému podle § 24, které si Český statistický úřad vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti¹¹⁾ zejména pro sestavování Zdravotnického účtu České republiky.

(4) Předáváním informací podle odstavců 1 až 3 nejsou dotčena ustanovení jiných právních předpisů upravujících ochranu osobních údajů.

ČÁST TŘETÍ

Organizační struktura pojišťovny

§ 12

(1) Organizační strukturu Pojišťovny tvoří Ústředí, regionální pobočky (zpravidla jedna regionální pobočka pro vyšší územní samosprávný celek) a další klientská pracoviště. Regionální pobočky a klientská pracoviště jsou organizačními složkami Pojišťovny, které jednájí a vykonávají činnost jménem Pojišťovny.

(2) Organizaci Ústředí, jakož i označení, organizaci, umístění, územní působnost a úkoly regionálních poboček a klientských pracovišť upraví organizační řád Pojišťovny.

§ 13

Ústředí

(1) Ústředí řídí činnost organizačních složek Pojišťovny.

(2) Ústředí provádí rozhodnutí Správní rady, rozhoduje o činnosti Pojišťovny, zabezpečuje součinnost se státními orgány, dalšími orgány veřejné správy, právníckými a fyzickými osobami a další činnost související s prováděním veřejného zdravotního pojištění.

§ 14

(1) Statutárním orgánem Pojišťovny je ředitel. Ředitele Pojišťovny jmenuje a odvolává Správní rada Pojišťovny.

(2) V čele regionální pobočky stojí ředitel regionální pobočky, kterého jmenuje a odvolává ředitel Pojišťovny.

§ 15

(1) Ředitel Pojišťovny je jmenován na dobu 4 let. Ředitele Pojišťovny lze odvolat i před uplynutím období, na které byl jmenován.

(2) Ředitelem Pojišťovny může být jmenována osoba, která

a) je plně svéprávná,

b) je bezúhonná, a

c) má ukončené vysokoškolské vzdělání.

(3) Za bezúhonnou se pro účely tohoto zákona považuje osoba, která nebyla pravomocně odsouzena pro trestný čin majetkové povahy nebo pro úmyslný trestný čin, pokud se na ni nehledí, jako by nebyla odsouzena.

Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší než 3 měsíce.

(4) Ředitelem Pojišťovny nesmí být osoba, která

a) je vedoucím zaměstnancem nebo členem orgánu jiné zdravotní pojišťovny,

b) je distributorem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, nebo výrobcem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků,

c) je společníkem, statutárním orgánem nebo členem orgánu právnické osoby, která je distributorem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, nebo výrobcem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků,

d) je poskytovatelem, s nímž Pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností této osoby,

e) je společníkem, statutárním orgánem nebo členem orgánu právnické osoby poskytující zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách, s níž Pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností této osoby,

f) je společníkem, statutárním orgánem nebo členem orgánu právnické osoby, která je dodavatelem zboží nebo služeb Pojišťovně, nebo

g) jako podnikající fyzická osoba dodává zboží nebo služby Pojišťovně.

(5) Neexistenci překážek podle odstavce 4 osvědčuje osoba čestným prohlášením. V čestném prohlášení je osoba povinna uvést pravdivé údaje, opatřit jej podpisem a doručit Pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce ředitele Pojišťovny, jinak osobě funkce ředitele Pojišťovny zaniká.

(6) Ředitel Pojišťovny je povinen bez zbytečného odkladu oznámit Správní radě, že u něj nastala některá ze skutečností uvedených v odstavci 4, které brání výkonu funkce ředitele Pojišťovny.

(7) Výkon funkce ředitele Pojišťovny končí

a) uplynutím funkčního období,

b) odvoláním,

c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 6, že přestal splňovat podmínky pro výkon funkce ředitele Pojišťovny, Správní radě,

d) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 23a odst. 1 písm. a) nebo b),

e) dnem nabytí právní moci rozsudku o omezení svéprávnosti,

f) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v odstavci 3, nebo

g) smrtí, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného.

(8) Uvolní-li se funkce ředitele Pojišťovny před uplynutím jeho funkčního období, jmenuje Správní rada nového ředitele Pojišťovny nejpozději do 60 kalendářních dnů. Do doby jmenování nového ředitele Pojišťovny vykonává tuto funkci vedoucí zaměstnanec Pojišťovny, kterého výkonem této funkce pověří Správní rada.

ČÁST ČTVRTÁ

Orgány pojišťovny

§ 17

(1) Orgány Pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada.

(2) Prostřednictvím orgánů Pojišťovny je zajišťována účast pojištěnců Pojišťovny, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení Pojišťovny.

§ 18

(1) Členem orgánu Pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonný občan České republiky s trvalým pobytem na území České republiky, který dosáhl věku nejméně 25 let a je plně způsobilý činit právní úkony.

Členem orgánu Pojišťovny a vedoucím pracovníkem ústředí, případně vedoucím pracovníkem nižší organizační jednotky nebo jejich zástupcem nesmí být z důvodu střetu zájmů osoba, která

a) je členem statutárního orgánu, dozorčí rady, společníkem právnické osoby, která je dodavatelem zboží či služeb Pojišťovně,

b) jako fyzická osoba podnikající dodává zboží či služby Pojišťovně,

c) je v postavení osoby blízké k osobám uvedeným v písmenech a) a b).

(2) Do každého orgánu Pojišťovny jsou na stejné funkční období voleni nebo jmenováni nejméně tři náhradníci. Náhradníci nastupují na místo členů, jejichž členství je ukončeno v průběhu jejich funkčního období anebo na místo členů, kteří nemohou z vážných důvodů po dobu přesahující jeden kalendářní měsíc plnit úkoly vyplývající z jejich funkce v Pojišťovně. Náhradník vykonává funkci za člena jen po dobu, po kterou vážné důvody na straně člena trvají.

(3) Člen Správní rady nemůže být současně členem Dozorčí rady a naopak. Člen Správní rady nemůže být členem Dozorčí rady ani ve čtyřletém funkčním období, následujícím po skončení jeho členství ve Správní radě; to platí i pro člena Dozorčí rady v případě jeho členství ve Správní radě.

(4) Funkční období člena orgánu Pojišťovny činí čtyři roky.

(5) Volený člen orgánu Pojišťovny je povinen bez zbytečného odkladu oznámit Pojišťovně, že u něj nastala některá ze skutečností uvedených v odstavci 1, která brání výkonu funkce člena orgánu Pojišťovny. Jde-li o člena orgánu, který byl jmenován, je povinen tuto skutečnost bez zbytečného odkladu oznámit Pojišťovně a tomu, kdo navrhl

vládě jeho jmenování.

(6) Výkon funkce člena orgánu Pojišťovny končí

- a) uplynutím funkčního období,
 - b) odvoláním,
 - c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 5 Pojišťovně,
 - d) dnem nabytí právní moci rozsudku o omezení svéprávnosti,
 - e) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 15 odst. 3,
 - f) smrtí, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného, nebo
 - g) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 23a odst. 1 písm. a) nebo c).
- (7) Člen orgánu Pojišťovny nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k Pojišťovně. Člen orgánu Pojišťovny má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a za výkon funkce mu lze poskytnout odměnu ve výši stanovené ve zdravotně pojistném plánu.
- (8) Pravidla jednání a způsob rozhodování orgánů Pojišťovny upraví jednací řád Pojišťovny.
- (9) Neexistenci překážek podle odstavců 1 a 3 osvědčuje osoba čestným prohlášením. V čestném prohlášení je osoba povinna uvést pravdivé údaje, opatřit jej podpisem a doručit Pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce, jinak osobě funkce člena orgánu Pojišťovny zaniká.

§ 20

Správní rada

(1) Správní rada rozhoduje o

- a) schválení organizačního řádu Pojišťovny,
- b) schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, výhledu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy,
- c) schválení objemu úhrad poskytovatelům,
- d) jmenování a odvolání ředitele Pojišťovny,
- e) schválení zásad smluvní politiky,
- f) žádosti Pojišťovny o úvěr,
- g) nákupu nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 2 000 000 Kč,
- h) nákupu hmotného a nehmotného majetku v pořizovací ceně vyšší než 2 000 000 Kč,

i) zahájení zadávání podlimitních a nadlimitních veřejných zakázek na služby podle zákona o veřejných zakázkách¹²),

j) převzetí ručitelského závazku,

k) použití prostředků rezervního fondu,

l) dalších důležitých věcech, které souvisí s činností Pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

(2) Správní radu tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Členy Správní rady volené Poslaneckou sněmovnou Parlamentu volí a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu.

(3) Správní rada volí ze svého středu předsedu a místopředsedu Správní rady.

(4) Předseda, popřípadě místopředseda svolává a řídí jednání Správní rady.

(5) Správní rada rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí Správní rady podle odstavce 1 písm. b), d), f), j) a k) je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady. K ostatním rozhodnutím Správní rady podle odstavce 1 je třeba souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů.

(6) Správní rada je usnášeníschopná, jestliže je přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů.

(7) Po ustavující schůzi Poslanecké sněmovny Parlamentu se konají do 90 kalendářních dnů nové volby 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle odstavce 2 věty první.

§ 21

Dozorčí rada

(1) Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a celkové hospodaření Pojišťovny. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do veškerých dokumentů Pojišťovny a zjišťovat stav a způsob hospodaření Pojišťovny.

(2) Dozorčí rada projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy a své stanovisko předkládá společnému jednání Správní rady a Dozorčí rady.

(3) Dozorčí radu tvoří

a) 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda,

b) 10 členů volených a odvolávaných Poslaneckou sněmovnou Parlamentu; při obsazování funkcí členů Dozorčí rady se postupuje podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu.

(4) Dozorčí rada rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí Dozorčí rady je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Dozorčí rady.

(5) Po ustavující schůzi Poslanecké sněmovny Parlamentu se konají do 90 kalendářních dnů nové volby 10 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle odstavce 3 písm. b).

§ 22

Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady

(1) Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady se svolává za účelem projednání návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy Pojišťovny. Společné zasedání se skládá ze všech členů Správní rady, členů Dozorčí rady a ředitele Pojišťovny.

(2) Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady svolává ředitel Pojišťovny v dostatečné lhůtě před předložením návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy orgánům Pojišťovny.

ČÁST PÁTÁ

Přestupky

§ 23a

Přestupky fyzických osob

(1) Fyzická osoba se dopustí přestupku tím, že

a) uvede v čestném prohlášení nepravdivé údaje v rozporu s

1. § 15 odst. 5, nebo

2. § 18 odst. 9,

b) jako ředitel Pojišťovny v rozporu s § 15 odst. 6 neoznámí Správní radě, že u něj nastala některá ze skutečností, která brání výkonu funkce ředitele Pojišťovny, nebo

c) jako volený nebo jmenovaný člen orgánu Pojišťovny v rozporu s § 18 odst. 5 neoznámí Pojišťovně nebo tomu, kdo vládě navrhl jeho jmenování, že u něj nastala některá ze skutečností, která brání výkonu funkce člena orgánu Pojišťovny.

(2) Za přestupek lze uložit pokutu do

a) 100 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a) bodu 2 nebo podle odstavce 1 písm. c),

b) 500 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a) bodu 1 nebo podle odstavce 1 písm. b).

§ 23b

Přestupky právnických osob

(1) Pojišťovna se dopustí přestupku tím, že

- a) provádí nábor pojištěnců v rozporu s § 2 odst. 3,
- b) nepředloží Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora podle § 6 odst. 3,
- c) v rozporu s § 7 odst. 6 zřídí nebo provozuje poskytovatele, nebo podniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění,
- d) nepodá Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření podle § 8 odst. 1, nebo
- e) neposkytne Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu financí nebo Českému statistickému úřadu na jejich žádost informace z informačního systému Pojišťovny podle § 11.

(2) Za přestupek lze uložit pokutu do

- a) 200 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. d),
- b) 1 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. b) nebo c),
- c) 2 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. e),
- d) 5 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a).

§ 23c

Společná ustanovení k přestupkům

(1) Přestupky podle tohoto zákona projednává Ministerstvo zdravotnictví.

(2) Pokuty vybírá a vymáhá orgán, který je uložil.

ČÁST ŠESTÁ

Informační systém pojišťovny

§ 24

(1) Pojišťovna spravuje, aktualizuje a rozvíjí informační systém Pojišťovny.

(2) Používání údajů z informačního systému Pojišťovny pro vlastní potřebu je jejím výhradním právem. Používat údaje z informačního systému Pojišťovny pro jiné účely lze jen způsobem a za podmínek stanovených tímto zákonem nebo zvláštním právním předpisem.⁸⁾

(3) Pojišťovna je povinna ze svého informačního systému podávat na základě písemné žádosti registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a

dorost informace o hrazených službách, které byly poskytnuty jejím pojištěncům, kteří jsou u takového poskytovatele registrováni, jinými poskytovateli včetně předpisu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků; tyto informace Pojišťovna poskytuje bezplatně.

§ 24a

(1) Členové a náhradníci orgánů Pojišťovny, její zaměstnanci a fyzické osoby zajišťující zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi. Tato povinnost trvá i po skončení jejich funkce nebo pracovněprávního vztahu anebo smluvního vztahu k Pojišťovně. Povinnosti mlčenlivosti mohou být tyto osoby zproštěny pouze písemně s uvedením rozsahu a účelu tím, v jehož zájmu mají tuto povinnost.

(2) Pojišťovna je povinna vytvořit podmínky pro zachování mlčenlivosti podle odstavce 1. To platí i při využívání a umožnění přístupu k údajům evidovaným pomocí výpočetní techniky.

(3) Za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost se považuje i využití vědomostí získaných při kontrole plateb pojistného nebo v souvislosti s ní pro jednání přinášející prospěch osobě zavázané touto povinností nebo osobám jiným anebo jednání, které by způsobilo někomu újmu. Takovým jednáním není postup Pojišťovny při uplatňování nároků Pojišťovny vyplývajících ze zákona.

(4) Za porušení povinnosti mlčenlivosti se nepovažuje poskytnutí informací Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí pro zajištění plnění úkolů stanovených právními předpisy.

§ 24c

Příslušná regionální pobočka nebo příslušné klientské pracoviště jsou povinny vydat na žádost uchazeče, s nímž má být uzavřena smlouva, potvrzení o tom, že tento uchazeč nemá splatný nedoplatek pojistného na veřejné zdravotní pojištění, a to do sedmi dnů ode dne obdržení žádosti.

ČÁST SEDMÁ

Společná, přechodná a závěrečná ustanovení

§ 25

Základní fond Pojišťovny je tvořen v roce 1992 přiděly ze státního rozpočtu České republiky.

§ 26

Pojišťovna je povinna v období prvních dvou let od nabytí účinnosti tohoto zákona uzavřít smlouvu s každým zdravotnickým zařízením, které o to požádá. Každé zdravotnické zařízení je v tomto období povinno uzavřít smlouvu s Pojišťovnou, pokud o to Pojišťovna požádá. Tato povinnost se v roce 1992 nevztahuje na zdravotnická zařízení financovaná ze státního rozpočtu České republiky.

§ 27

Správní rada Ústřední pojišťovny, Dozorčí rada Pojišťovny, Správní rada Okresní pojišťovny a Dozorčí rada Okresní pojišťovny se ustaví do šesti měsíců ode dne účinnosti tohoto zákona. Česká národní rada zvolí ředitele Pojišťovny do jednoho měsíce od nabytí účinnosti tohoto zákona.

§ 28

(1) Účinností tohoto zákona zaniká Správa všeobecného zdravotního pojištění, zřízená při ministerstvu zdravotnictví České republiky.

(2) Právním nástupcem této organizace se dnem účinnosti tohoto zákona stává Pojišťovna.

§ 29

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 1992 s výjimkou § 4 písm. a) a § 7 písm. b), pokud jde o poskytnutí finančních prostředků ze státního rozpočtu České republiky, které nabývají účinnosti dnem 1. ledna 1993.

Burešová v. r.

Pithart v. r.

^{1a)} Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

^{1b)} § 16a a 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.

²⁾ Zákon ČNR č. 524/1992 Sb., o auditorech a Komoře auditorů České republiky.

³⁾ § 14 odst. 5 a 6 zákona ČNR č. 524/1992 Sb.

^{3a)} Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

^{3b)} Zákon č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁾ § 2 odst. 1 obchodního zákoníku.

⁷⁾ Zákon č. 71/1967 Sb., o správním řízení (správní řád).

⁸⁾ Například zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

^{8a)} § 38 odst. 4 zákona č. 199/1994 Sb., o zadávání veřejných zakázek, ve znění zákona č. 148/1996 Sb.

¹⁰⁾ § 55 odst. 1 zákona č. 256/2004 Sb., o podnikání na kapitálovém trhu, ve znění zákona č. 230/2008 Sb.

¹¹⁾ Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

¹²⁾ Zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů.

¹³⁾ Zákon č. 93/2009 Sb., o auditorech a o změně některých zákonů (zákon o auditorech), ve znění pozdějších předpisů.