

**Platné znění částí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, s vyznačením navrhovaných změn**

\* \* \*

§ 8

**Povinnost platit pojistné**

(1) Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn, (dále jen "příslušná zdravotní pojišťovna"). Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem:

- a) nástupu zaměstnance do zaměstnání ([§ 2 odst. 3](#));
- b) zahájení samostatné výdělečné činnosti [[§ 5 písm. b](#)];
- c) kdy se stal pojištěncem podle [§ 5 písm. c](#));
- d) ke kterému se po návratu do České republiky pojištěnec přihlásil podle [odstavce 4](#) u příslušné zdravotní pojišťovny;
- e) návratu do České republiky po nepřetržitém pobytu v cizině, který započal již před 1. lednem 1993, pokud den návratu připadne na období po 30. dubnu 1995; uvedené skutečnosti je pojištěnec povinen příslušné zdravotní pojišťovně doložit;
- f) návratu do České republiky po nepřetržitém pobytu v cizině, který započal mezi 1. lednem 1993 a 1. červencem 1993, pokud den návratu připadne na období po 30. dubnu 1995, jestliže pojištěnec
  1. byl v cizině zdravotně pojištěn,
  2. v uvedeném období mu nebyly poskytnuty hrazené služby,
  3. požádal zpětně příslušnou zdravotní pojišťovnu o postup podle [odstavce 4](#).

Tím není dotčena povinnost platit pojistné za dobu předcházející pobytu v cizině.

(2) Povinnost zaměstnavatele platit část pojistného za své zaměstnance vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání ([§ 2 odst. 3](#)) a zaniká dnem skončení zaměstnání, s výjimkami stanovenými v [§ 6](#). Za den nástupu zaměstnance do zaměstnání se považuje

- a) u pracovního poměru včetně pracovního poměru sjednaného podle cizích právních předpisů den, ve kterém zaměstnanec nastoupil do práce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení pracovního poměru,
- b) u služebního poměru den, ve kterém zaměstnanec nastoupil k výkonu služby, jde-li o státního zaměstnance den nástupu služby, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení služebního poměru,
- c) u členů družstva v družstvech, kde podmínkou členství je jejich pracovní vztah k družstvu,

jestliže mimo pracovněprávní vztah vykonávají pro družstvo práci, za kterou jsou jim odměňováni, den započetí práce pro družstvo, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení členství v družstvu,

d) u zaměstnanců činných na základě dohody o pracovní činnosti den, ve kterém poprvé po uzavření dohody o pracovní činnosti zaměstnanec začal vykonávat sjednanou práci, a za den ukončení zaměstnání se považuje den, jímž uplynula doba, na kterou byla tato dohoda sjednána, u zaměstnanců činných na základě dohody o provedení práce se postupuje obdobně,

e) u soudců den nástupu soudce do funkce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení výkonu funkce soudce,

f) u členů zastupitelstev územních samosprávných celků a zastupitelstev městských částí nebo městských obvodů územně členěných statutárních měst a hlavního města Prahy, kteří jsou pro výkon funkce dlouhodobě uvolněni nebo kteří před zvolením do funkce člena zastupitelstva nebyli v pracovním poměru, ale vykonávají funkci ve stejném rozsahu jako dlouhodobě uvolnění členové zastupitelstva den, od něhož členu náleží odměna za výkon funkce vyplácená členům zastupitelstev územních samosprávných celků a zastupitelstev městských částí nebo městských obvodů územně členěných statutárních měst a hlavního města Prahy, kteří jsou pro výkon funkce dlouhodobě uvolněni nebo kteří před zvolením do funkce člena zastupitelstva nebyli v pracovním poměru, ale vykonávají funkci ve stejném rozsahu jako dlouhodobě uvolnění členové zastupitelstva, a za den ukončení zaměstnání se považuje den, od něhož tato odměna nenáleží. Plní-li dosavadní starosta nebo primátor úkoly po uplynutí volebního období až do dne konání ustavujícího zasedání nově zvoleného zastupitelstva a je mu vyplácena odměna uvedená ve větě první, považuje se za zaměstnance ještě po dobu, po kterou mu náleží tato odměna; to platí obdobně pro hejtmana kraje a primátora hlavního města Prahy,

g) u poslanců Poslanecké sněmovny a senátorů Senátu Parlamentu České republiky a poslanců Evropského parlamentu zvolených na území České republiky den zvolení, a za den ukončení zaměstnání se považuje den uplynutí volebního období, popřípadě den zániku mandátu,

h) u členů vlády, prezidenta, viceprezidenta a členů Nejvyššího kontrolního úřadu, členů Rady pro rozhlasové a televizní vysílání, členů Rady Českého telekomunikačního úřadu, finančního arbitra, zástupce finančního arbitra, Veřejného ochránce práv a zástupce Veřejného ochránce práv den nástupu do funkce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení výkonu funkce,

i) u fyzických osob, které nejsou uvedeny v písmenech e) až h), které byly jmenovány nebo zvoleny do funkce a jejich jmenováním nevznikl pracovní nebo služební poměr, den nástupu do funkce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den skončení výkonu funkce,

j) u dobrovolných pracovníků pečovatelské služby den, ve kterém začal dobrovolný pracovník poskytovat pečovatelskou službu, a za den ukončení zaměstnání se považuje den, kdy přestal být dobrovolným pracovníkem pečovatelské služby,

k) u osoby pečující o dítě a osoby, která je vedena v evidenci osob, které mohou vykonávat pěstounskou péči na přechodnou dobu, je-li těmto osobám vyplácena odměna pěstouna podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí<sup>16c)</sup>, den, od něhož jim tato odměna náleží, a za den

ukončení zaměstnání se považuje den, od něhož tato odměna nenáleží z jiných důvodů, než je dočasná pracovní neschopnost,

l) u odsouzených ve výkonu ochranného opatření zabezpečovací detence a trestu odnětí svobody zařazených do práce den zařazení do práce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den odvolání z výkonu práce,

m) u osob činných v poměru, který má obsah pracovního poměru, avšak pracovní poměr nevznikl, neboť nebyly splněny podmínky stanovené pracovněprávními předpisy pro jeho vznik, den započetí výkonu práce, a za den ukončení zaměstnání se považuje den ukončení výkonu práce,

n) u zaměstnanců neuvedených pod písmeny a) až n) den, kdy začal zaměstnanec vykonávat práci, na jejímž základě mu plynou příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, a za den ukončení zaměstnání se považuje den ukončení výkonu práce.

(3) Povinnost státu platit pojistné za pojištěnce vzniká dnem, kdy se stát podle [§ 7](#) stává plátcem pojistného. Tato povinnost zaniká dnem, ke kterému stát přestal být podle [§ 7](#) plátcem pojistného.

(4) Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy je dlouhodobě v cizině, pokud je v cizině zdravotně pojištěn a učinil o této skutečnosti u příslušné zdravotní pojišťovny písemné prohlášení. Povinnost platit pojistné však zaniká až dnem, který pojištěnec v prohlášení podle věty první uvedl, ne však dříve než dnem následujícím po dni, kdy toto prohlášení bylo doručeno příslušné zdravotní pojišťovně. Od stejného dne až do dne, kdy se pojištěnec u příslušné zdravotní pojišťovny opět přihlásil, nemá pojištěnec nárok na poskytování hrazených služeb. Současně s opětovným přihlášením u příslušné zdravotní pojišťovny je pojištěnec povinen této pojišťovně dodatečně předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. ~~Pokud pojištěnec takový doklad nepředloží, je povinen příslušné zdravotní pojišťovně doplatit zpětně pojistné tak, jako by podle tohoto ustanovení nepostupoval.~~ **Pokud pojištěnec nepředloží příslušné zdravotní pojišťovně doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce, je povinen doplatit zpětně pojistné tak, jako by k odhlášení nedošlo. Jestliže pojištěnec předloží doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině, který nekryje celou dobu, kdy nebyl povinen platit pojistné v České republice podle věty první, je povinen doplatit zpětně pojistné za každý kalendářní měsíc, ve kterém zdravotní pojištění v cizině netrvalo po celý takový kalendářní měsíc. Další prohlášení podle věty první lze zdravotní pojišťovně podat nejdříve po uplynutí 2 celých kalendářních měsíců následujících po dni opětovného přihlášení.** Za dlouhodobý pobyt v cizině se považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců.

(5) Nezaplatí-li plátce pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále.

**(6) Penále se nevymáhá při dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině, před kterým neučinil písemné prohlášení podle odstavce 4, neplatil pojistné a po celou dobu pobytu v cizině nečerpal hrazené služby. V takovém případě je pojištěnec povinen předložit**

**doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce, které kryje celou dobu dlouhodobého pobytu v cizině. Doba dlouhodobého pobytu v cizině se v takovém případě začíná počítat ode dne uvedeného jako počátek pojištění v dokladu o uzavření zdravotního pojištění v cizině.**

\* \* \*

## ČÁST TŘETÍ

### PRÁVA A POVINNOSTI PLÁTCŮ POJISTNÉHO

#### § 10

##### Oznamovací povinnost plátců pojistného

(1) Zaměstnavatel je povinen nejpozději do osmi dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje, provést u příslušné zdravotní pojišťovny oznámení o:

a) nástupu zaměstnance do zaměstnání ([§ 2 odst. 3](#)) a jeho ukončení; jde-li o pojištěnce podle [§ 2 odst. 1 písm. b\)](#), oznamuje též tuto skutečnost,

b) změně zdravotní pojišťovny zaměstnancem, pokud mu tuto skutečnost sdělil; oznámení se provede odhlášením od placení pojistného u původní zdravotní pojišťovny a přihlášením k placení pojistného u zdravotní pojišťovny, kterou si zaměstnanec zvolil,

c) skutečnostech rozhodných pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné, a to i v těch případech, kdy povinnost státu vznikla v době, kdy zaměstnanci poskytl pracovní volno bez náhrady příjmu, jsou-li mu tyto skutečnosti známy.

O oznamovaných skutečnostech je zaměstnavatel povinen vést evidenci a dokumentaci. Při plnění oznamovací povinnosti sděluje zaměstnavatel jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zaměstnance, případně jiné číslo pojištěnce.

(2) Zaměstnanec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti podle předchozího odstavce neprodleně, zjistí-li, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil, nebo pokud údaje uvedené pod písmeny b) a c) svému zaměstnavateli nesdělil.

(3) Pojištěnec, který je osobou samostatně výdělečně činnou, je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy tuto činnost zahájil nebo ukončil. Pojištěnec, podnikající na základě živnostenského oprávnění, splní tuto povinnost i tehdy, učiní-li oznámení příslušnému živnostenskému úřadu<sup>17b)</sup>.

(4) Pojištěnec je povinen do osmi dnů ode dne, kdy se stal pojištěncem podle [§ 5 písm. c\)](#), oznámit tuto skutečnost příslušné zdravotní pojišťovně.

(5) Pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné podle [§ 7](#). Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy. Za osoby nezletilé nebo osoby **s omezenou svéprávností bez způsobilosti k právním**

~~úkonům~~ plní tuto povinnost jejich zákonný zástupce, **opatrovník nebo poručník**.

(6) Narození pojištěnce je jeho zákonný zástupce, **opatrovník nebo poručník** povinen oznámit do osmi dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození; **není-li matka dítěte zdravotně pojištěna podle tohoto zákona, oznámí zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník dítěte jeho narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěn otec dítěte v den jeho narození**. Příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky oznámí narození pojištěnce Centrálnímu registru pojištěnců<sup>18)</sup> bezprostředně po přidělení rodného čísla.

(7) Úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého je povinen oznámit Centrálnímu registru pojištěnců<sup>18)</sup> do osmi dnů od zápisu do matriky příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky.

\* \* \*

## ČÁST ČTVRTÁ

### PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE

#### § 11

(1) Pojištěnec má právo

~~a) na výběr zdravotní pojišťovny, nestanoví-li tento zákon jinak. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku; přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku lze podat pouze jednu; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě. Ode dne vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace nebo ode dne zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou nebo ode dne, který Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny<sup>19)</sup> vyhlásí ve sdělovacích prostředcích, jsou pojištěnci takové zdravotní pojišťovny oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k prvnímu dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce. Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nezletilé a osoby bez způsobilosti k právním úkonům jejich zákonný zástupce. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to ke dni stanovenému v tomto ustanovení. Žádá-li pojištěnec nebo zákonný zástupce pojištěnce zdravotní pojišťovnu v souladu s tímto ustanovením, je zdravotní pojišťovna povinna jeho žádosti vyhovět bez průtahů. Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než je uvedeno v tomto ustanovení,~~

**a) na výběr zdravotní pojišťovny, nestanoví-li tento zákon jinak,,**

b) na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky (dále jen „poskytovatel“), který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, a na výběr

zdravotnického zařízení tohoto poskytovatele; v případě registrujícího poskytovatele může toto právo uplatnit jednou za 3 měsíce,

c) na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny,

d) na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu,

e) na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem; to platí i v případech, kdy poskytovatel lékařské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu,

f) (zrušeno)

g) na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách,

h) podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním,

i) na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle [§ 16a](#); poskytovatel je povinen tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,

j) na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle [§ 16a odst. 1 písm. d\)](#) a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely poskytovatelem lékařské péče; poskytovatel lékařské péče je povinen tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,

k) na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle [§ 16b](#) zdravotní pojišťovnou ve lhůtě podle [§ 16b odst. 2](#),

l) na náhradu nákladů, které vynaložil na neodkladnou zdravotní péči čerpanou v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takové péče, pokud by byla poskytnuta na území České republiky,

m) na náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie, pokud jde o zdravotní služby, které by byly při poskytnutí na území České republiky hrazeny ze zdravotního pojištění (dále jen „hrazené přeshraniční služby“), a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky,

n) na informace týkající se možností čerpat zdravotní služby v jiných členských státech Evropské unie.

(2) Má-li pojištěnec za to, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu s tímto zákonem, může podat stížnost podle zákona o zdravotních službách.

(3) Vojáci v činné službě s výjimkou vojáků v záloze povoláných k vojenskému

cvičení a žáci vojenských škol, kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, jsou pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Vojáci a žáci vojenských škol jsou pojištěni Vojenské zdravotní pojišťovny do posledního dne kalendářního měsíce, v němž ukončili studium na vojenské škole. Od prvního dne následujícího kalendářního měsíce jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny, jejímiž pojištěnci byli před přechodem do Vojenské zdravotní pojišťovny. K tomu účelu je Vojenská zdravotní pojišťovna povinna sdělovat jedenkrát měsíčně Ústřední pojišťovně Všeobecné zdravotní pojišťovny<sup>18)</sup> jména, příjmení, trvalé pobyty a rodná čísla pojištěnců, kteří zahájili nebo ukončili studium na vojenské škole. Pro změnu zdravotní pojišťovny pojištěncem podle předchozího odstavce se do lhůty 12 měsíců nezapočítává doba pojištění u Vojenské zdravotní pojišťovny. Za vojáky v činné službě,<sup>22a)</sup> s výjimkou vojáků v záloze povolaných k vojenskému cvičení, a za žáky vojenských škol,<sup>22b)</sup> kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, uhradí Ministerstvo obrany prostřednictvím Vojenské zdravotní pojišťovny

a) rozdíl mezi výší úhrady hrazených služeb poskytnutých poskytovatelem stanoveným zvláštním právním předpisem upravujícím služební poměr vojáků z povolání, které jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění podle tohoto zákona, a výší úhrady poskytnuté Vojenskou zdravotní pojišťovnou; to neplatí pro úhradu stomatologických výrobků,

b) preventivní péči poskytnutou nad rámec hrazených služeb podle [§ 29](#) v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva obrany.

(4) V případě fúze sloučením Vojenské zdravotní pojišťovny s jinou zdravotní pojišťovnou podle zvláštního právního předpisu<sup>28)</sup>, při které Vojenská zdravotní pojišťovna zaniká, přecházejí práva a povinnosti stanovené tímto zákonem Vojenské zdravotní pojišťovně, jakož i povinnosti stanovené Ministerstvu obrany a dalším osobám k Vojenské zdravotní pojišťovně, na nástupnickou zdravotní pojišťovnu. Informaci o fúzi sloučením Vojenské zdravotní pojišťovny s jinou zdravotní pojišťovnou, při které Vojenská zdravotní pojišťovna zanikla, zveřejní Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(5) U osob, kterým jsou poskytovány služby v oblasti zaměstnanosti<sup>22c)</sup> a dále u osob, u nichž má být provedeno vyšetření lékařem ke zjištění, zda je lze umístit do policejní cely nebo je nutno je z ní propustit, a osob ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody je výběr poskytovatele, zdravotnického zařízení a zdravotnické dopravní služby omezen podle zvláštních předpisů.

## § 11a

**(1) Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku je pojištěnec, jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně do 31. srpna kalendářního roku bezprostředně předcházejícího kalendářnímu roku, v němž ke změně zdravotní pojišťovny dochází. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny k 1. lednu kalendářního roku lze podat pouze jednu; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.**

**(2) Pojištěnec je oprávněn změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, než je uvedena v odstavci 1, pokud**

- a) zdravotní pojišťovna vstoupila do likvidace,
  - b) byla nad zdravotní pojišťovnou zavedena nucená správa,
  - c) Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo ve sdělovacích prostředcích zjištěnou nerovnováhu v hospodaření zdravotní pojišťovny<sup>19)</sup>, nebo
  - d) došlo ke sloučení zdravotních pojišťoven,
- a to vždy k prvnímu dni kalendářního měsíce, nejdříve však k prvnímu dni následujícího kalendářního měsíce.

(3) Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nezletilé a osoby s omezenou svéprávností jejich zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník.

(4) Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Není-li matka narozeného dítěte zdravotně pojištěna podle tohoto zákona, stává se dnem narození dítěte pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je zdravotně pojištěn otec dítěte v den jeho narození.

(5) Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to ke dni stanovenému v odstavci 1 nebo 2.

---

## § 12

Pojištěnec je povinen:

- a) plnit oznamovací povinnost podle [§ 10](#),
- b) sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn. Stejnou povinnost má i tehdy, stane-li se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny v době trvání zaměstnání; tuto povinnost splní do osmi dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny. Přijetí sdělení podle předchozích vět je zaměstnavatel povinen pojištěnci písemně potvrdit. Zaměstnavatel má právo požadovat na zaměstnanci nebo bývalém zaměstnanci úhradu penále, které zaplatil v souvislosti s neoznámením nebo opožděným oznámením změny zdravotní pojišťovny pojištěncem,
- c) hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud tento zákon nestanoví jinak,
- d) poskytnout součinnost při poskytování zdravotních služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný režim,
- e) podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví tento zákon nebo obecně závazné právní předpisy,
- f) dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci,
- g) vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví,



h) prokazovat se při poskytování zdravotních služeb, s výjimkou poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou,

i) oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce,

j) vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při

1. zániku zdravotního pojištění podle [§ 3 odst. 2 písm. b\)](#) a [c\)](#);

2. změně zdravotní pojišťovny;

3. dlouhodobém pobytu v ~~zahraníčí~~ **cizině podle § 8 odst. 4,**

k) oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo; pokud se pojištěnec v místě trvalého pobytu nezdržuje, je povinen příslušné zdravotní pojišťovně oznámit také adresu místa pobytu na území České republiky, kde se převážně zdržuje (dále jen „bydliště“),

l) při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou,

m) hradit poskytovateli regulační poplatky podle [§ 16a](#).

\* \* \*

## § 15

(1) Ze zdravotního pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 tohoto zákona.

(2) Ze zdravotního pojištění se dále nehradí výkony akupunktury.

~~(3) Hrazené služby zahrnují zdravotní péči poskytnutou na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, a to nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život~~

~~a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 do 39 let,~~

~~b) ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let.~~

**(3) Ze zdravotního pojištění se zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace), hradí**

**a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku,**

**b) ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku,**

**nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.**

(4) Ze zdravotního pojištění se vždy plně hradí v provedení nejméně ekonomicky náročném léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

- a) sérum proti stafylokokovým infekcím,
- b) sérum proti záškrtu,
- c) sérum proti hadímu jedu,
- d) sérum proti botulismu,
- e) sérum proti plynaté sněti,
- f) sérum proti vzteklině,
- g) imunoglobulin proti tetanu,
- h) imunoglobulin proti hepatitidě B,
- i) tetanový toxoid,
- j) vakcína proti stafylokokovým infekcím,
- k) vakcína proti vzteklině,
- l) antidota (užívaná při léčbě otrav organofosfáty, těžkými kovy a kyanidy).

(5) Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování ambulantní zdravotní péče léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, pokud pro ně Ústav rozhodl o výši úhrady ([§ 39h](#)). V každé skupině léčivých látek uvedených v příloze č. 2 se ze zdravotního pojištění vždy plně hradí nejméně jeden léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely. Dále se ze zdravotního pojištění hradí individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka, transfúzní přípravky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáň a buňky ve výši stanovené Ústavem opatřením obecné povahy. Ze zdravotního pojištění se při poskytování lůžkové péče plně hradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka, transfúzní přípravky, zdravotnické prostředky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáň a buňky, v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.

(6) Ze zdravotního pojištění se nehradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely uvedené v [odstavci 5](#) větě první, pokud Ústav rozhodnutím úhradu nepřiznal. Ústav nepřizná úhradu, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

- a) podpůrné a doplňkové,
- b) jejichž používání je z odborného hlediska nevhodné,
- c) nemají dostatečné důkazy o terapeutické účinnosti,
- d) nesplňují podmínky účelné terapeutické intervence, nebo
- e) které jsou prvním podobným přípravkem podle [§ 39b odst. 4](#) v referenční skupině, který byl podle zákona o léčivech registrován jako biologický léčivý přípravek nebo generikum, a držitel registrace se písemně spolu s žádostí o stanovení výše a podmínek úhrady nezavázal dodávat léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely na český trh po dobu 12 měsíců ode dne účinnosti stanovené výše a podmínek úhrady,
- f) které mohou být vydávány i bez lékařského předpisu s výjimkou potravin pro zvláštní lékařské účely a takových léčivých přípravků, u kterých v průběhu řízení o stanovení výše a podmínek úhrady s přiznáním úhrady vyjádří na základě veřejného zájmu podle [§ 17 odst. 2](#) souhlas všechny zdravotní pojišťovny.

(7) Terapeutickou účinností se rozumí schopnost vyvolávat žádoucí účinek s použitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely i v podmínkách běžné klinické praxe. Účelnou terapeutickou intervencí se rozumí zdravotní služby poskytované k prevenci nebo léčbě onemocnění za účelem dosažení co nejúčinnější a nejbezpečnější léčby při zachování nákladové efektivity.

(8) Nákladovou efektivitou se rozumí určení poměru mezi náklady a přínosy spojenými s použitím léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely ve srovnání s použitím jiného léčivého přípravku, potraviny pro zvláštní lékařské účely nebo léčebného postupu; nákladová efektivita je hodnocena ve srovnání s takovým terapeutickým postupem hrazeným z prostředků zdravotního pojištění, který je obecně přijímán jako obvyklý. Nákladově efektivní jsou takové léčebné postupy, které při srovnatelných nákladech přinášejí stejný nebo vyšší terapeutický účinek spočívající v prodloužení života, zlepšení kvality života nebo zlepšení podstatného a měřitelného kritéria příslušného onemocnění, nebo které při alespoň srovnatelném terapeutickém účinku znamenají nižší celkové náklady pro systém zdravotního pojištění, nebo při vyšších nákladech a vyšším terapeutickém účinku je tento poměr srovnatelný s jinými terapeutickými postupy hrazenými z prostředků zdravotního pojištění. Hodnocení nákladové efektivity se vyžaduje u léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, které nejsou zařazeny do referenční skupiny podle [§ 39c odst. 1](#), nebo u kterých je navrhováno preskripční nebo indikační omezení odlišně od v zásadě terapeuticky zaměnitelných léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, anebo u kterých je požadováno stanovení další zvýšené úhrady podle [§ 39b odst. 11](#), popřípadě u kterých je požadováno zvýšení úhrady léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely oproti základní úhradě.

(9) Ústav rozhoduje o

- a) stanovení, změně a zrušení výše úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely,

b) podmínění úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely uvedených v písmenu a) způsobem vyúčtování, preskripčními a indikačními omezeními nebo používáním při poskytování zdravotní péče na specializovaných pracovištích (dále jen "podmínky úhrady"),

c) nepřiznání úhrady léčivým přípravkům a potravinám pro zvláštní lékařské účely,

d) stanovení, změně a zrušení maximálních cen podle právních předpisů o regulaci cen vyhlášených ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (dále jen "cenový předpis")<sup>23c)</sup>,

e) o zařazení léčivého přípravku do referenční skupiny.,

f) základní úhradě referenční skupiny.

(10) Léčivý přípravek, jehož úhrada ze zdravotního pojištění je rozhodnutím Ústavu podmíněna používáním na specializovaném pracovišti, zdravotní pojišťovna hradí pouze poskytovateli, se kterým za účelem hospodárného užití takových léčivých přípravků uzavřela zvláštní smlouvu. Součástí takové smlouvy musí být uvedení léčivého přípravku a pracoviště zdravotnického zařízení poskytovatele.

(11) Zdravotnické prostředky uvedené v oddílu B přílohy č. 3 tohoto zákona se ze zdravotního pojištění nehradí. Zdravotnické prostředky uvedené v oddílu C přílohy č. 3 tohoto zákona se ze zdravotního pojištění hradí ve výši a za podmínek stanovených v této příloze.

(12) Zdravotnické prostředky neuvedené v [odstavci 11](#) se ze zdravotního pojištění hradí ve výši 75 %ceny zdravotnického prostředku v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení; cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. Ze zdravotního pojištění podle tohoto odstavce se hradí zdravotnické prostředky předepsané za účelem

a) pokračovat v léčebném procesu,

b) podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit anebo vyloučit jeho zhoršení, nebo

c) kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.

(13) Ze zdravotního pojištění se hradí stomatologické výrobky v rozsahu a za podmínek uvedených v příloze č. 4 tohoto zákona.

(14) Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Hrazené služby dále nezahrnují vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní služby provádějí, ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými

hodnotami<sup>25)</sup> v souladu s rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví; jde-li o úhradu na dožádání orgánů Policie České republiky, zašle poskytovatel vyúčtování Ministerstvu vnitra, a to nejpozději do 15. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byly zdravotní služby poskytnuty.

(15) Zdravotní služby poskytované v dětských domovech pro děti do 3 let věku zdravotnickými pracovníky, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb v tomto zdravotnickém zařízení, se hradí z rozpočtu zřizovatele. Z rozpočtu zřizovatele se hradí též zdravotnická záchranná služba, s výjimkou zdravotních výkonů podle [§ 28](#).

\* \* \*

## § 17

(1) Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle jiného právního předpisu<sup>28)</sup>, smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb lze uzavřít pouze pro zdravotní služby, které je poskytovatel oprávněn poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytování

a) neodkladné péče pojištěnci,

b) zdravotních služeb pojištěncům ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody nebo výkonu zabezpečovací detence poskytovatelem určeným Vězeňskou službou,

c) zdravotních služeb pojištěnci, který je ve výkonu ochranného léčení nařízeného soudem, jde-li o zdravotní služby poskytované v souvislosti s onemocněním, pro které je pojištěnec povinen se léčení podrobit.

(2) Smlouva podle [odstavce 1](#) uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem"), a poté je vydá jako vyhlášku. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle [odstavce 1](#) s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle [odstavce 1](#), pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování hrazených služeb, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle [odstavce 1](#), kontrolní mechanismus kvality poskytovaných hrazených služeb a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke

kontrole plnění smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, způsob a důvody ukončení smlouvy podle [odstavce 1](#), ustanovení o rozhodčím řízení.

(3) Poskytovatelé a další subjekty poskytující hrazené služby jsou povinni ve vyúčtováních zdravotním pojišťovnám uvádět čísla pojištěnců, kterým hrazené služby poskytli.

(4) Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou ~~Seznam seznam~~ **seznam** zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a **pravidla pro vykazování zdravotních výkonů**.

(5) Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb, **výši záloh na úhradu hrazených služeb** a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.

(6) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí poskytovatelům, s výjimkou poskytovatelů lékařské péče, léčivé přípravky paušální částkou, jejíž výše se sjedná ve smlouvě podle [odstavce 1](#). Nad rámec sjednané paušální částky příslušná zdravotní pojišťovna uhradí, ve výši stanovené Ústavem, poskytovatelům poskytujícím ambulantní zdravotní péči, léčivé přípravky, u nichž rozhodne Ústav o takovém způsobu úhrady. Ve smlouvě může zdravotní pojišťovna sjednat jiný způsob úhrady léčivých přípravků při poskytování ústavní péče, u kterých sjednala výši a podmínky úhrady s držitelem rozhodnutí o registraci nebo s výrobcem.

(7) Příslušná zdravotní pojišťovna uhradí vždy na základě:

a) lékařského předpisu vystaveného smluvním poskytovatelem, lékařem poskytujícím neodkladnou péči pojištěnci, smluvním lékařem poskytujícím hrazené služby v zařízení sociální péče a smluvním lékařem poskytujícím hrazené služby sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům, jestliže jeho odbornost zaručuje Česká lékařská komora nebo Česká stomatologická komora a jestliže k tomu takový lékař uzavře zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou

1. poskytovatelům lékařské péče léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, a to i tehdy, nemá-li s poskytovatelem lékařské péče dosud uzavřenu smlouvu podle [odstavce 1](#),
2. poskytovatelům lékařské péče a jiným smluvním subjektům brýle a pomůcky oční optiky, vlasové náhrady, ortopedicko-protetické pomůcky sériově a individuálně vyráběné, pomůcky pro zdravotně postižené včetně vozíků a zvedáků pro imobilní osoby a dále pomůcky pro sluchově postižené, nevidomé a slabozraké,
3. poskytovatelům lékařské péče a jiným subjektům přístroje používané k terapii,

b) předloženého účtu smluvním poskytovatelům

1. stomatologické protetické náhrady a léčebné rehabilitační pomůcky,
2. ortodontické aparáty,

c) předloženého účtu smluvním poskytovatelům nebo jiným smluvním subjektům servisní zásahy na poskytnuté zdravotnické prostředky,

d) smlouvy osobám, které mají oprávnění k distribuci léčivých přípravků podle zákona o léčivech, léčivé přípravky obsahující očkovací látky pro pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví podle zákona o ochraně veřejného zdraví,

e) předloženého účtu v souladu s prováděcím právním předpisem a cenovým předpisem osobám oprávněným přepravovat lidské pozůstatky podle zákona o pohřebnictví, přepravu těla zemřelého pojištěnce k pitvě a z pitvy.

(8) Fyzická nebo právnická osoba, které bylo podle zákona o zdravotních službách vydáno osvědčení o splnění podmínek pro pokračování v poskytování zdravotních služeb na základě oprávnění zemřelého poskytovatele, má po dobu 90 dnů ode dne vydání tohoto osvědčení právo na úhradu poskytnutých zdravotních služeb v rozsahu vyplývajícím ze smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavřené mezi zemřelým poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

**(9) Zdravotní pojišťovna zveřejní smlouvu podle odstavce 1 a odstavce 7 písm. d) způsobem umožňujícím dálkový přístup nejpozději do 60 dnů ode dne uzavření takové smlouvy. Stejným způsobem a ve stejné lhůtě zveřejní zdravotní pojišťovna každý dodatek nebo změnu smlouvy podle odstavce 1 a odstavce 7 písm. d), z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb. Pokud se zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou na jiném způsobu nebo výši úhrady, než je pro daný kalendářní rok stanoveno vyhláškou podle odstavce 5, zveřejní tuto skutečnost při zveřejnění smlouvy podle věty první. Zdravotní pojišťovna nezveřejní informace a údaje, které jsou předmětem ochrany podle jiných právních předpisů. Zdravotní pojišťovna dále nezveřejní smlouvu, informace a údaje, které se týkají poskytovatele, který je zároveň zpravodajskou službou.**

## § 30

(1) Hrazenými službami jsou vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním.<sup>34)</sup> Prohlídky pojištěnců vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné prováděné v souvislosti s vydáváním zdravotního průkazu se do hrazených služeb nezahrnují.

(2) Hrazenými službami dále jsou

a) očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky pro pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví podle zákona o ochraně veřejného zdraví,

b) očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovačím látky v provedení nejméně ekonomicky náročném

1. proti vzteklině,
2. proti tetanu při poraněních a nehojících se ranách,
3. proti tuberkulóze u pojištěnců, kteří splňují indikace k očkování stanovené právním předpisem upravujícím očkování proti infekčním nemocem, včetně tuberkulinového testu prováděného v případech, kdy je třeba očkovat dítě starší 6 týdnů; očkování se v takovém případě provádí jen tehdy, je-li tuberkulinový test negativní,
4. proti chřipce u pojištěnců nad 65 let věku, u pojištěnců po splenektomii nebo po transplantaci krvetvorných buněk, u pojištěnců, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, nebo ledvin nebo diabetem a u pojištěnců umístěných ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory, anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem,
5. proti pneumokokovým infekcím, pokud **se do sedmého měsíce věku pojištěnce aplikují všechny dávky očkovačím látky základního očkování podle Ústavem schváleného souhrnu údajů o přípravku** ~~3 dávky očkovačím látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce~~; hrazenou službou je též přeočkování provedené do patnáctého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí lhůt stanovených v tomto ustanovení, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovačím látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce,
6. proti lidskému papilomaviru ~~třemi dávkami očkovačím látky~~, a to pro dívky, je-li očkování zahájeno od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku.

c) odběry materiálů prováděné ve zdravotnických zařízeních poskytovatele léčebné péče na mikrobiologické, imunologické a parazitologické vyšetření pro klinické účely a v souvislosti s výskytem nálezů,

d) vyšetření materiálů uvedených pod písmenem c) laboratořemi smluvních poskytovatelů,

e) diagnostiku HIV, anti HCV a HBsAG u dárců krve, tkání, orgánů a gamet a diagnostiku HIV prováděnou ve zdravotnických zařízeních poskytovatelů preventivní péče v případech léčebně preventivních postupů a v případech, kdy si to vyšetřovaný pojištěnec vyžádal, s výjimkou:

1. anonymních vyšetření,
2. vyšetření při soukromých a pracovních cestách do zahraničí.

(3) Hrazenými službami nejsou

a) poskytnutí očkovačím látek s výjimkou uvedenou v [odstavci 2 písm. b\)](#),

b) odběry materiálů a jejich vyšetření prováděné pro účely státního zdravotního dozoru Státním zdravotním ústavem a zdravotními ústavami,

c) diagnostika HIV včetně vyšetření prováděných ve Státním zdravotním ústavu a zdravotních ústavech na žádost pojištěnce včetně anonymních vyšetření.

\* \* \*



## Přeprava a náhrada cestovních nákladů

### § 36

(1) Hrazenou službou je přeprava pojištěnce na území České republiky ke smluvnímu poskytovateli, od smluvního poskytovatele do místa trvalého pobytu nebo do místa bydliště nebo do zařízení pobytových sociálních služeb, mezi smluvními poskytovateli a v rámci smluvního poskytovatele, a to v případě, že zdravotní stav pojištěnce neumožňuje přepravu běžným způsobem bez použití zdravotnické dopravní služby. Pokud k onemocnění pojištěnce došlo v místě bydliště, je přeprava do místa trvalého pobytu, které je vzdálenější než místo bydliště, hrazena jen tehdy, pokud to podle vyjádření ošetřujícího lékaře nezbytně vyžaduje zdravotní stav pojištěnce. Přeprava se provádí vozidly smluvní zdravotnické dopravní služby. Je-li ošetřujícím lékařem indikován doprovod pojištěnce, hradí zdravotní pojišťovna, která hradí přepravu pojištěnce, i přepravu doprovázející osoby, a to ve stejném rozsahu jako přepravu pojištěnce.

(2) Přepravu podle odstavce 1 hradí zdravotní pojišťovna ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadovanou ~~zdravotnickou dopravní~~ **hrazenou** službu poskytnout.

(3) V mimořádných případech nebo v případech, kdy

a) je to ekonomicky výhodnější, hradí zdravotní pojišťovna na základě indikace ošetřujícím lékařem a schválení revizního lékaře i nezbytnou leteckou dopravu,

b) hrozí nebezpečí z prodlení, hradí zdravotní pojišťovna náklady i jinému poskytovateli zdravotních služeb; o takové přepravě rozhoduje ošetřující lékař,

c) jde o osobu pohybující se převážně na vozíku pro tělesně postižené a je indikována přeprava ze zdravotních důvodů dopravní zdravotní službou, hradí zdravotní pojišťovna přepravu i jinému dopravci, pokud tuto dopravu zajišťuje dopravním prostředkem speciálně upraveným pro převoz osob na vozíku pro tělesně postižené; o takové přepravě rozhoduje ošetřující lékař.

(4) Vyžaduje-li to nezbytně zdravotní stav pojištěnce a je-li bezprostředně ohrožen jeho život, hradí zdravotní pojišťovna na území České republiky přepravu transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, jakož i dopravu lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

\* \* \*

### § 39

## Prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva

Hrazenou službou je i prohlídka zemřelého pojištěnce, pitva, přeprava k pitvě **k nejbližšímu smluvnímu poskytovateli, který je schopen určený druh pitvy podle Listu o prohlídce zemřelého provést**, a přeprava z pitvy do místa, kde k úmrtí došlo, popřípadě do místa pohřbu, je-li toto místo stejně vzdálené nebo bližší než místo, kde osoba zemřela.

Hrazenou službou není anatomická pitva a soudní pitva a přeprava k takovýmto pitvám a z nich.

\* \* \*

## § 39l

### **Hloubková revize systému maximálních cen nebo úhrad**

(1) Ústav pravidelně hodnotí nejméně jedenkrát za **5 let** ~~3 roky~~, zda stanovené maximální ceny nepřekračují omezení stanovená tímto zákonem, výši základní úhrady, soulad výši úhrad všech v zásadě terapeuticky zaměnitelných léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely se základní úhradou, jednotnost a účelnost stanovených podmínek úhrady a soulad stanovené výše a podmínek úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely s tímto zákonem, a to zejména splnění očekávaných výsledků a důvodů farmakoterapie, účelnost stanovení referenčních skupin, výše základní úhrady, podmínek úhrady, hodnocení klinické a nákladové efektivity a porovnání s původními cíli farmakoterapie.

(2) Ústav pravidelně vyhodnocuje údaje získané z vlastní činnosti a od třetích osob a zjištěný stav maximálních cen nebo úhrad.

(3) Na základě poznatků získaných podle odstavců 1 a 2 Ústav zpracovává revizní zprávu včetně návrhu na úpravu referenčních skupin a postupuje podle odstavce 4 stanovením, změnou nebo zrušením maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.

(4) Hloubková revize systému maximálních cen nebo úhrad (dále jen „hloubková revize“) se provádí ve společném řízení pro celou referenční skupinu ve lhůtě stanovené podle § 39g odst. 2. Hloubkovou revizi lze samostatně zahájit a vést i o těch léčivých přípravcích nebo potravinách pro zvláštní lékařské účely, u kterých je vedeno řízení o stanovení, změně nebo zrušení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady, nebo zkrácená revize.

\* \* \*

## § 39q

### **Správní delikty**

(1) Právnícká nebo fyzická podnikající osoba se dopustí správního deliktu, pokud poruší

a) závazek předložený podle § 15 odst. 6 písm. e),

b) písemné ujednání podle § 39c odst. 2 písm. c), na jehož základě byla stanovena základní úhrada referenční skupiny,

c) písemné ujednání podle § 39c odst. 2 písm. d), na jehož základě byla stanovena základní

úhrada referenční skupiny, nebo

d) závazek z úhradové soutěže podle § 39e.

(2) Za správní delikt podle odstavce 1 se uloží pokuta

a) do 10 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 ~~písm. b) nebo e)~~ **písm. a) až c)**,

b) do výše třetiny ročního obrátu v rámci předmětné léčivé látky a lékové formy v České republice, nejvýše však do 100 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. d).

(3) Právnická nebo fyzická podnikající osoba za správní delikt neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení povinnosti zabránila.

(4) Při určení výměry pokuty se přihlédne k závažnosti správního deliktu, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a okolnostem, za nichž byl spáchán, a k tomu, zda jde o opakované porušení tohoto zákona.

(5) Odpovědnost za správní delikt zaniká, jestliže správní orgán o něm nezahájil řízení do 2 let, kdy se o něm dozvěděl, nejpozději však do 5 let ode dne, kdy byl spáchán.

(6) Správní delikty podle odstavce 1 projednává Ústav. Pokuty vymáhá celní úřad. Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.

\* \* \*

## ČÁST SEDMÁ

### § 40

#### Zdravotní pojišťovny

(1) Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:

a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,<sup>43)</sup>

b) resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.<sup>44)</sup>

(2) Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit poskytovatelům, popřípadě jiným subjektům uvedeným v § 17 odst. 7, kteří v souladu s tímto zákonem poskytnou hrazené služby pojištěncům, tyto poskytnuté služby ve lhůtách sjednaných ve smlouvě podle § 17 odst. 1. Pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem smlouva sjednána, a jsou-li zdravotní pojišťovny podle tohoto zákona povinny poskytnuté zdravotní služby uhradit, uhradí je ve stejných lhůtách jako poskytovatelům, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu podle § 17 odst. 1.

(3) Zdravotní pojišťovna poskytne smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb úhradu ve výši 100 Kč za každý den, ve kterém byla v období od 1. ledna do 31. prosince 2014 poskytnuta lůžková péče jejímu pojištěnci, a to za každého takového pojištěnce, přičemž

se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování lůžkové péče, a den, ve kterém bylo poskytování lůžkové péče ukončeno, počítá jako jeden den (dále jen „kompenzace“). Zdravotní pojišťovna kompenzaci vypočte z údajů o poskytnuté lůžkové péči vykázaných poskytovatelem do 31. března 2015 a uznaných zdravotní pojišťovnou.

(4) Kompenzace podle odstavce 3 se poskytne formou měsíčních záloh s následným vyúčtováním. Základ zálohy se vypočte jako jedna dvanáctina z úhrnu regulačních poplatků za lůžkovou péči, které byl poskytovatel povinen v roce 2013 za tuto péči vybrat a vybrání tohoto regulačního poplatku zdravotní pojišťovně vykázal. V měsíci červenci 2014 uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli sedminásobek základu zálohy, a to nejpozději do 31. července 2014. Měsíční zálohy na měsíce srpen až prosinec 2014 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí ve výši základu zálohy nejpozději k poslednímu dni každého takového kalendářního měsíce. Vyúčtování měsíčních záloh a vypočtené kompenzace zdravotní pojišťovna provede do 30. června 2015.

(5) Zdravotní pojišťovny rozhodují o žádostech svých pojištěnců o vydání povolení podle koordinačních nařízení. Ze žádosti musí být patrné, jaké zdravotní služby pojištěnec hodlá čerpat, místo jejich čerpání a předpokládaná doba jejich čerpání. Zdravotní pojišťovna povolení podle koordinačních nařízení vydá pouze v případě, že jsou pro jeho vydání splněny podmínky<sup>52)</sup> stanovené koordinačními nařízeními. Je-li zde důvodná obava, že požadovaná zdravotní služba nemůže být pojištěnci vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu nemoci poskytnuta na území České republiky včas a hrozí-li nebezpečí z prodlení, musí zdravotní pojišťovna vydat povolení podle koordinačních nařízení bezodkladně.

(6) Zdravotní pojišťovny poskytnou pojištěnci na jeho žádost náhradu nákladů podle § 14 odst. 2 až 5 nejpozději do posledního dne měsíce následujícího po dni nabytí právní moci rozhodnutí podle § 53 odst. 1.

(7) Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům

a) místní dostupnost hrazených služeb. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Místní dostupnost zdravotnické záchranné služby stanoví zákon, upravující zdravotnickou záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením,

b) časovou dostupnost hrazených služeb. Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánovaných hrazených služeb stanoví vláda nařízením.

(8) Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz nebo náhradní doklad nezletilého pojištěnce nebo osoby **s omezenou svéprávností** vydá příslušná zdravotní pojišťovna zákonnému zástupci, **opatrovníkovi nebo poručníkovi**. Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad obsahuje jméno, příjmení, popřípadě titul, platnost a číslo pojištěnce, kterým je v případě občanů České republiky rodné číslo. Zdravotní pojišťovny vedou v informačních systémech údaje o svých

pojištěncích potřebné k provádění veřejného zdravotního pojištění pod číslem pojištěnce.

(9) Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad může obsahovat vedle údajů identifikujících pojištěnce písemnou formou rovněž obdobné údaje v elektronické formě. Za vydání náhradního dokladu umožňujícího nést údaje v elektronické formě má zdravotní pojišťovna nárok na úhradu nákladů na jeho pořízení. Na průkazu pojištěnce nebo na náhradním dokladu mohou být uloženy i další údaje o pojištěnci, pokud tak stanoví zákon. Další údaje mohou být uloženy na průkazu pojištěnce nebo náhradním dokladu, pokud se na tom dohodne pojištěnec s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

(10) Zdravotní pojišťovny vedou

a) seznam smluvních poskytovatelů; tento seznam, který neobsahuje údaje uvedené v písmenu b), je každá zdravotní pojišťovna povinna zveřejnit způsobem umožňujícím dálkový přístup,

b) přehled zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u jednotlivých smluvních poskytovatelů v členění lékař, zubní lékař a zdravotnický pracovník vykonávající nelékařské zdravotnické povolání podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, kteří vykazují zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „nositel výkonu“); za tímto účelem jsou poskytovatelé povinni sdělovat zdravotním pojišťovnám za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 30 dnů, seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, s uvedením jména, příjmení, titulu, rodného čísla a kategorie nositele výkonu podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami; poskytovatel tuto povinnost splní i tehdy, pokud zdravotním pojišťovnám sdělí pouze ty změny, k nimž došlo od předchozího hlášení.

(11) Zdravotní pojišťovny dávají podnět živnostenskému úřadu ke zrušení živnostenského oprávnění podnikateli z důvodu neplnění závazků podnikatele platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění.

(12) Zdravotní pojišťovna je uživatelem referenčních údajů vedených v základním registru obyvatel o subjektech údajů, kteří jsou jejími pojištěnci, v rozsahu

a) příjmení,

b) jméno, popřípadě jména,

c) adresa místa pobytu,

d) datum, místo a okres narození; u subjektu údajů, který se narodil v cizině, datum, místo a stát, kde se narodil,

e) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí subjektu údajů mimo území České republiky, datum úmrtí, místo a stát, na jehož území k úmrtí došlo.

(13) Zdravotní pojišťovna je uživatelem údajů vedených v registru rodných čísel o fyzických osobách, které jsou jejími pojištěnci, v rozsahu

a) jméno, popřípadě jména, a příjmení,

- b) rodné číslo,
- c) v případě změny rodného čísla původní rodné číslo,
- d) den, měsíc a rok narození.

(14) Údaje, jichž je zdravotní pojišťovna uživatelem podle odstavců 12 a 13, může využívat, jen jsou-li nezbytné pro výkon její působnosti. Využívání údajů ze základního registru obyvatel a z registru rodných čísel je pro zdravotní pojišťovny bezplatné.

(15) Zdravotní pojišťovny shromažďují údaje týkající se správních řízení vedených ve věcech náhrady nákladů za zdravotní služby čerpané pojištěnci v jiných členských státech Evropské unie, zejména údaje o

- a) zahájených řízeních o náhradě nákladů podle § 14 odst. 2 až 4, o jejich počtu, místě jejich čerpání a o tom, jak bylo v jednotlivých řízeních rozhodnuto,
- b) zahájených řízeních pro udělení předchozího souhlasu, o jejich počtu a o tom, jak bylo v jednotlivých řízeních rozhodnuto,
- c) částkách, které byly podle § 14 odst. 2 až 4 pojištěncům nahrazeny.

(16) Údaje shromažďované podle odstavce 13 sdělují zdravotní pojišťovny v anonymizované podobě na žádost Ministerstvu zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví tyto informace poskytuje Evropské komisi v jí stanovených lhůtách.

\* \* \*

## § 41

**(1) Zdravotní pojišťovna využívá pro účely řízení podle § 53 ze základního registru obyvatel údaje v rozsahu**

- a) příjmení,**
- b) jméno, popřípadě jména,**
- c) adresa místa pobytu,**
- d) datum, místo a okres narození; u subjektu údajů, který se narodil v cizině, datum, místo a stát, kde se narodil,**
- e) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí subjektu údajů mimo území České republiky, datum úmrtí, místo a stát, na jehož území k úmrtí došlo; je-li vydáno rozhodnutí soudu o prohlášení za mrtvého, den, který je v rozhodnutí uveden jako den smrti nebo den, který subjekt údajů prohlášený za mrtvého nepřežil, a datum nabytí právní moci tohoto rozhodnutí,**
- f) státní občanství, popřípadě více státních občanství.**

**(2) Zdravotní pojišťovna využívá pro účely řízení podle § 53 z informačního systému obyvatel údaje v rozsahu**

- a) jméno, popřípadě jména, příjmení, popřípadě jejich změna, rodné příjmení,**
- b) datum narození,**

- c) místo a okres narození; u občana, který se narodil v cizině, místo a stát, kde se narodil,
- d) rodné číslo a jeho změny,
- e) státní občanství, popřípadě více státních občanství,
- f) adresa místa trvalého pobytu, včetně předchozích adres místa trvalého pobytu,
- g) počátek trvalého pobytu, popřípadě datum zrušení údaje o místě trvalého pobytu nebo datum ukončení trvalého pobytu na území České republiky,
- h) datum nabytí právní moci rozhodnutí soudu o schválení smlouvy o nápomoci nebo zastoupení členem domácnosti včetně uvedení soudu, který smlouvu nebo zastoupení schválil, datum nabytí právní moci rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti, jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo opatrovníka; nebylo-li opatrovníkovi rodné číslo přiděleno, datum, místo a okres jeho narození a u opatrovníka, který se narodil v cizině, místo a stát, kde se narodil, je-li opatrovníkem právnická osoba, název a adresa sídla,
- i) jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo otce, matky, popřípadě jiného zákonného zástupce; v případě, že jeden z rodičů nebo jiný zákonný zástupce nebo opatrovník nemá rodné číslo, jeho jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození; je-li jiným zákonným zástupcem dítěte právnická osoba, název a adresa sídla,
- j) rodinný stav a datum jeho změny,
- k) rodné číslo manžela; je-li manželem fyzická osoba, která nemá přiděleno rodné číslo, jeho jméno, popřípadě jména, příjmení manžela a datum jeho narození,
- l) rodné číslo dítěte,
- m) u osvojení původní a nové jméno, popřípadě jména, příjmení osvojence, původní a nové rodné číslo osvojence, datum a místo narození osvojence, rodná čísla osvojitelů a datum nabytí právní moci rozhodnutí o osvojení nebo rozhodnutí o zrušení osvojení,
- n) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí občana mimo území České republiky, datum, místo a stát, na jehož území k úmrtí došlo,
- o) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za mrtvého uveden jako den smrti popřípadě jako den, který nepřežil,
- p) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za nezvěstného uveden jako den, kdy nastaly účinky prohlášení nezvěstnosti, a datum nabytí právní moci rozhodnutí soudu o prohlášení za nezvěstného.

**(3) Zdravotní pojišťovna využívá pro účely řízení podle § 53 z informačního systému cizinců údaje v rozsahu**

- a) jméno, popřípadě jména, příjmení, jejich změna, rodné příjmení,
- b) datum narození,
- c) místo a stát narození,
- d) rodné číslo a jeho změny,
- e) státní občanství, popřípadě státní příslušnost,
- f) druh a adresa místa pobytu,
- g) číslo a platnost oprávnění k pobytu,
- h) počátek pobytu, popřípadě datum ukončení pobytu,
- i) omezení svéprávnosti,

j) správní nebo soudní vyhoštění a doba, po kterou není umožněn vstup na území České republiky,

k) rodinný stav, datum a místo jeho změny, jméno, popřípadě jména, příjmení manžela a jeho rodné číslo; v případě, že rodné číslo nebylo přiděleno, datum narození,

l) jméno, popřípadě jména, příjmení dítěte a jeho rodné číslo; v případě, že rodné číslo nebylo přiděleno, datum narození,

m) jméno, popřípadě jména, příjmení otce, matky, popřípadě jiného zákonného zástupce nebo opatrovníka a jejich rodné číslo; v případě, že jeden z rodičů nebo jiný zákonný zástupce nebo opatrovník nemá rodné číslo, jeho jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození,

n) u osvojení původní a nové jméno, popřípadě jména, příjmení osvojence, původní a nové rodné číslo osvojence, datum a místo narození osvojence, rodná čísla osvojitelů a datum nabytí právní moci rozhodnutí o osvojení nebo rozhodnutí o zrušení osvojení,

o) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí mimo území České republiky, stát, na jehož území k úmrtí došlo, popřípadě datum úmrtí,

p) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za mrtvého uveden jako den smrti nebo den, který cizinec prohlášený za mrtvého nepřežil,

q) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za nezvěstného uveden jako den, kdy nastaly účinky prohlášení nezvěstnosti, a datum nabytí právní moci rozhodnutí soudu o prohlášení za nezvěstného,

r) jméno, popřípadě jména, a příjmení

1. zletilého nezaopatřeného dítěte cizince,

2. nezletilého cizince, který byl cizinci, nebo jeho manželu rozhodnutím příslušného orgánu svěřen do náhradní rodinné péče, nebo který byl cizincem, nebo jeho manželem osvojen anebo jehož poručníkem nebo manželem jeho poručníka je cizinec,

3. osamělého cizince staršího 65 let nebo bez ohledu na věk cizince, který se o sebe nedokáže ze zdravotních důvodů sám postarat, jde-li o sloučení rodiny s rodičem nebo dítětem, kteří jsou cizinci,

4. cizince, který je nezaopatřeným přímým příbuzným ve vzestupné nebo sestupné linii nebo takovým příbuzným manžela občana Evropské unie,

5. rodiče nezletilého cizince a jeho rodné číslo; jde-li o cizince, kteří nemají přiděleno rodné číslo, jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození.

(4) Zdravotní pojišťovna využívá pro účely řízení podle § 53 z registru rodných čísel o fyzických osobách, kterým bylo přiděleno rodné číslo, avšak nejsou vedeny v informačních systémech uvedených v odstavci 2 nebo 3, údaje v rozsahu

a) jméno, popřípadě jména, příjmení, popřípadě rodné příjmení,

b) rodné číslo a jeho změny,

c) datum narození,

d) místo a okres narození, u fyzické osoby narozené v cizině místo a stát narození.

(5) Údaje, které jsou vedeny jako referenční údaje v základním registru obyvatel, se využijí z informačního systému evidence obyvatel nebo informačního systému cizinců, pouze pokud jsou ve tvaru předcházejícím současný stav.



**(6) Z poskytovaných údajů lze v konkrétním případě použít vždy jen takové údaje, které jsou nezbytné ke splnění daného úkolu.**

\* \* \*

#### § 43

(1) Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky.

(2) Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na hrazené služby poskytnuté tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b odst. 1. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o hrazených službách uhrazených za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn. Zdravotní pojišťovna je povinna na vyžádání pojištěnce zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu. Dá-li k tomu pojištěnec, ~~nebo~~ jeho zákonný zástupce, **opatrovník nebo poručník** písemný souhlas, může být tento osobní účet zpřístupněn i ošetřujícímu lékaři pojištěnce.

\* \* \*

#### § 45a

~~(1) Zdravotní pojišťovně, která nepostupuje v souladu s [§ 17 odst. 1, 2, 5 až 7](#), [§ 46 odst. 1](#) a [§ 52 odst. 2](#), může Ministerstvo zdravotnictví uložit pokutu až do výše 10 000 000 Kč. Pokuta je příjmem státního rozpočtu. Zdravotní pojišťovna je povinna hradit pokutu z jejího provozního fondu.~~

~~(2) Zdravotní pojišťovna za správní delikt neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránila.~~

~~(3) 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.~~

~~(4) Odpovědnost zdravotní pojišťovny za správní delikt zaniká, jestliže správní orgán o něm nezačal řízení do 1 roku ode dne, kdy se o něm dozvěděl, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy byl spáchán.~~

~~(5) Správní delikty podle tohoto zákona v prvním stupni projednává Ministerstvo zdravotnictví.~~

~~(6) Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.~~

**(1) Právnická osoba v postavení zdravotní pojišťovny se dopustí správního deliktu tím, že**

a) nezveřejní smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb podle § 17 odst. 9 nebo její dodatek anebo změnu,

b) nevede seznam smluvních poskytovatelů podle § 40 odst. 10 písm. a) nebo takový seznam nezveřejní,

c) nevede přehled zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u jednotlivých poskytovatelů podle § 40 odst. 10 písm. b),

d) nezajistí svým pojištěncům poskytování hrazených služeb včetně jejich místní a časové dostupnosti podle § 46 odst. 1, nebo

e) v rozporu s § 52 odst. 2 uzavře smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s uchazečem bez doporučení uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení.

**(2) Za správní delikt se uloží pokuta do**

a) 100 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. b) nebo c),

b) 1 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. e),

c) 10 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. a) nebo d).

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

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

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

**(6) Správní delikty podle odstavce 1 projednává Ministerstvo zdravotnictví.**

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

**(8) Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.**

\* \* \*

## § 46

(1) Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito

poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).

(2) Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se koná výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná

a) pro poskytovatele lékařské péče,

b) je-li poskytovatelem hrazených služeb Vězeňská služba,

c) v případech rozšíření sítě již smluvního poskytovatele zdravotnické záchranné služby,

d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb,

e) jde-li o vysoce specializovanou péči zajišťovanou poskytovatelem, kterému byl na poskytování takové zdravotní péče udělen podle zákona o zdravotních službách statut centra vysoce specializované zdravotní péče.

(3) V případě změny právní formy poskytovatele, který má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a v případě, je-li zakladatelem společnosti s ručením omezeným fyzická osoba, která má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, jejíž oprávnění k poskytování zdravotních služeb jako fyzické osoby zanikne při udělení oprávnění k poskytování těchto zdravotních služeb jako společnosti s ručením omezeným, se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb.

(4) Konání výběrového řízení může navrhnout zdravotní pojišťovna, ~~nebo uchazeč~~ **uchazeč nebo obec**. Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče.

## § 47

(1) Výběrové řízení vyhláší způsobem v místě obvyklým krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy (dále jen "krajský úřad"). Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče vyhláší Ministerstvo zdravotnictví.

(2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:

a) rozsah hrazených služeb a **konkrétně vymezené** území, pro které mají být poskytovány, a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovna navrhovatelem výběrového řízení,

b) lhůtu, ve které lze podat nabídku; tato lhůta nesmí být kratší než 30 pracovních dnů,

c) místo pro podání přihlášky,

d) lhůtu, od které je třeba zajistit poskytování zdravotních služeb, které jsou předmětem výběrového řízení.

#### § 49

(1) Činnost komise řídí její předseda, kterým je zástupce krajského úřadu, jde-li o výběrové řízení, jehož vyhlášovatelem je krajský úřad, nebo zástupce Ministerstva zdravotnictví, jde-li o výběrové řízení, jehož vyhlášovatelem je Ministerstvo zdravotnictví.

(2) Komise je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina všech členů komise. Rozhodnutí je přijato, hlasovala-li pro něj nadpoloviční většina přítomných členů komise. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas zástupce příslušné zdravotní pojišťovny. O **jednání komise**, průběhu a výsledku výběrového řízení komise vyhotoví zápis, který podepíše předseda a všichni přítomní členové komise. Zápis musí obsahovat jména členů komise a stanovení pořadí přihlášek s uvedením počtu získaných hlasů. **Předseda komise předá zápis vyhlášovateli neprodleně po skončení jednání komise. Tím činnost komise končí.**

~~(3) O jednání komise se pořizuje zápis. Předseda komise předá zápis vyhlášovateli neprodleně po skončení jednání komise. Tím činnost komise končí.~~

~~(4)~~ (3) Náklady spojené s vyhlášením výběrového řízení a činností komise hradí vyhlášovatel. Náklady spojené s účastí na výběrovém řízení hradí uchazeč.

\* \* \*

#### § 51

(1) Při posuzování přihlášek členové komise přihlížejí zejména **k síti zdravotní pojišťovny v daném oboru a území**, k dobré pověsti uchazeče, k praxi uchazeče v příslušném oboru, k disciplinárním opatřením uloženým podle zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, k etickému přístupu k pacientům, ke stížnostem na poskytování zdravotních služeb. Členové komise dále posuzují záměr uchazeče na zajišťování hrazených služeb v oboru zdravotní péče, který je předmětem výběrového řízení, a jeho možnostem splnit předpoklady pro zajištění hrazených služeb ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení.

(2) Po posouzení přihlášek stanoví komise pořadí uchazečů.

#### § 52

(1) Vyhlášovatel je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů podle § 49 odst. 2.

(2) Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.

(3) Nebylo-li uzavření smlouvy s uchazečem ve výběrovém řízení doporučeno, může tento uchazeč podat návrh na vyhlášení nového výběrového řízení ve stejném oboru a území znovu až po uplynutí 3 měsíců ode dne zveřejnění výsledku takového výběrového řízení.

(4) Bylo-li uzavření smlouvy s uchazečem ve výběrovém řízení doporučeno, může tento uchazeč znovu podat návrh na vyhlášení výběrového řízení nebo podat přihlášku do již vyhlášeného výběrového řízení pro daný obor, území a zdravotní pojišťovnu, pro kterou bylo uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb doporučeno, až po uplynutí 3 měsíců ode dne zveřejnění výsledku takového výběrového řízení.

\* \* \*

## ČÁST DESÁTÁ

### USTANOVENÍ SPOLEČNÁ

#### § 53

#### Rozhodování

(1) Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se udělení předchozího souhlasu podle § 14b, vydání povolení podle koordinačních nařízení, náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4, přírážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení,<sup>47)</sup> nestanoví-li tento zákon jinak. Ve správním řízení zahajovaném na návrh pojištěnce se rozhoduje též ve sporných případech o hrazení částek podle § 16b; k návrhu pojištěnce přiloží doklady o zaplacení regulačních poplatků, které se započítávají do limitu podle § 16b a doklady o zaplacení doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b, ze kterých vyplývá, že limit podle § 16b byl překročen. Zdravotní pojišťovny rozhodují ve věcech přírážek k pojistnému, pokut a ~~pravděpodobné výše pojistného~~ a ve sporných případech ve věcech placení pojistného a penále platebními výměry. Odvolání proti platebnímu výměru **ve věcech dlužného pojistného** nemá odkladný účinek.

(2) Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předeepsat k úhradě též výkazem nedoplatků. Výkaz nedoplatků musí obsahovat

- a) označení plátce pojistného, jemuž se nedoplatky vykazují,
- b) výši nedoplatků podle stavu účtu plátce pojistného k určitému dni vycházející z údajů vykázaných plátcem pojistného nebo z kontrol provedených zdravotní pojišťovnou, z pravděpodobné výše pojistného, byla-li stanovena, a z penále vypočteného k tomuto dni,
- c) den, ke kterému byla výše nedoplatků zjištěna,
- d) čísla účtů příslušné zdravotní pojišťovny, na která musí být nedoplatky uhrazeny,

e) poučení o vykonatelnosti,

f) poučení o námitkách,

g) označení zdravotní pojišťovny, která výkaz nedoplatků vydala, a datum vydání. Výkaz nedoplatků musí být opatřen úředním razítkem a podepsán s uvedením jména, příjmení a funkce oprávněné osoby.

(3) Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem jeho doručení. Výkaz nedoplatků se doručuje stejným způsobem jako platební výměr.

(4) Proti výkazu nedoplatků lze zdravotní pojišťovně, která výkaz nedoplatků vydala, podat do 8 dnů od doručení písemné námitky, pokud plátce pojistného nesouhlasí s existencí dluhu na pojistném a penále nebo s jeho výší. Důvod podání námitek je plátce pojistného povinen v námitkách uvést.

(5) Na základě námitek zdravotní pojišťovna do 30 dnů od jejich doručení vydá rozhodnutí, kterým výkaz nedoplatků buď potvrdí, byla-li výše nedoplatků stanovena správně, nebo zruší. Pokud zdravotní pojišťovna nerozhodne o námitkách ve lhůtě výše uvedené, pozbývá výkaz nedoplatků platnost.

(6) Zdravotní pojišťovna může výkaz nedoplatků zrušit z vlastního podnětu.

(7) Na řízení o vydání výkazu nedoplatků se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

(8) Vykonatelná rozhodnutí ve věcech uvedených v [odstavci 1](#) a vykonatelné výkazy nedoplatků jsou titulem pro soudní<sup>47a)</sup>, -nebo správní<sup>47)</sup> výkon rozhodnutí.

(9) Správní výkon rozhodnutí ve věcech uvedených v [odstavci 1](#) provádí zdravotní pojišťovna, která platební výměr vydala v prvním stupni řízení; to platí obdobně pro výkazy nedoplatků.

(10) O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle [odstavce 1](#) rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, jednoho zástupce Ministerstva zdravotnictví, jednoho zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, jednoho zástupce Ministerstva financí, tří zástupců, které určí ze svých členů Správní rada zdravotní pojišťovny, a tří zástupců, které určí ze svých členů Dozorčí rada zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více než dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. K prvému jednání svolá členy rozhodčího orgánu ředitel zdravotní pojišťovny. Na tomto prvním jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí jednání rozhodčího orgánu.

(11) Za výkon funkce může být členu rozhodčího orgánu poskytnuta odměna, o které rozhoduje Správní rada zdravotní pojišťovny.

(12) Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvním stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu.

(13) Pravomocná rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle [odstavce 1](#) jsou přezkoumatelná soudem podle zvláštních předpisů.

#### § 53a

(1) Zdravotní pojišťovna může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti.

(2) Rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč.

(3) O odstranění tvrdostí podle [odstavce 1](#) nebo [2](#) nelze rozhodnout, jestliže

a) plátce pojistného nezaplatil pojistné na zdravotní pojištění splatné do dne vydání rozhodnutí o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále,

b) na plátce pojistného byl podán insolvenční návrh<sup>47b)</sup>,

c) plátce pojistného vstoupil do likvidace.

(4) O prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále se rozhoduje na základě písemné žádosti plátce pojistného nebo jiné oprávněné osoby (dále jen "žadatel"). Žádost může být podána do nabytí právní moci rozhodnutí, kterým byla uložena pokuta, vyměřena přírážka k pojistnému nebo předepsáno penále; jestliže se objevily nové skutečnosti, které žadatel bez vlastního zavinění nemohl uplatnit do doby nabytí právní moci tohoto rozhodnutí, může být žádost podána do tří let od právní moci tohoto rozhodnutí.

(5) Na řízení o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.<sup>47)</sup> Rozhodnutí o odstranění tvrdostí je rozhodnutím konečným. **Rozhodnutí o odstranění tvrdosti je vyloučeno ze soudního přezkumu.**

#### § 53b

##### **Doručování veřejnou vyhláškou**

~~(1) Zdravotní pojišťovna použije v řízení podle § 53 odst. 1 doručení veřejnou vyhláškou v případě, kdy jí není znám pobyt nebo sídlo účastníka řízení, nebo v případě, že se účastník řízení nezdržuje na místě svého pobytu, sídla nebo adrese pro doručování, které pojišťovně oznámil.~~

~~(2) Doručení veřejnou vyhláškou provede zdravotní pojišťovna tak, že vyvěsí ve svém sídle po dobu patnácti dnů způsobem v místě obvyklým oznámení o místě uložení písemnosti s jejím přesným označením; oznámení se rovněž vyvěsí v sídle místně příslušné organizační jednotky zdravotní pojišťovny, která písemnost doručuje. Poslední den lhůty podle věty první se považuje za den doručení.~~

## Doručování

(1) Není-li dále uvedeno jinak, postupuje se při doručování písemností v řízení podle § 53 odst. 1 a § 53a podle správního řádu.

(2) Zdravotní pojišťovna použije v řízení podle [§ 53 odst. 1 a § 53a](#) doručení veřejnou vyhláškou v případě, kdy jí není znám pobyt nebo sídlo účastníka řízení, nebo v případě, že se účastník řízení nezdržuje na místě svého pobytu, sídla nebo adresy pro doručování, které zdravotní pojišťovně oznámil.

(3) Doručení veřejnou vyhláškou provede zdravotní pojišťovna tak, že písemnost vyvěsí v sídle místně příslušné organizační jednotky zdravotní pojišťovny, která tuto písemnost doručuje. Oznámení o uložení písemnosti se zveřejní též způsobem umožňujícím dálkový přístup.

\* \* \*

### Příloha 1

#### SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NEHRAZENÝCH NEBO HRAZENÝCH JEN ZA URČITÝCH PODMÍNEK

Seznam použitých zkratk a symbolů

Označení, symbol	Vysvětlení
ODB	odbornost
KAT	kategorie zdravotního výkonu z hlediska úhrady ze zdravotního pojištění - symboly N, Z, W - viz dále
N	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "N" - zdravotní výkon zásadně nehrazený ze zdravotního pojištění, výjimkou může být předchozí povolení revizním lékařem pro konkrétního pojištěnce, vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu (nebo k jeho zvláštní zdravotní potřebě)
W	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "W" - zdravotní výkon plně hrazený ze zdravotního pojištění jen při splnění určitých podmínek nebo limitovaný maximální hrazenou frekvencí, není nutné schválení revizním lékařem
Z	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "Z" - zdravotní výkon plně hrazený zdravotní pojišťovnou jen za určitých podmínek a po schválení revizním lékařem
dg-	diagnóza
poř. č.	pořadové číslo výkonu
ODB	Název
001	Všeobecné praktické lékařství
002	Praktické lékařství pro děti a dorost
014	Stomatologie všeobecná - praktický zubní lékař - stomatolog
015	Ortodoncie
201	Rehabilitační a fyzikální medicína
401	Pracovní lékařství



404	Dermatovenerologie
504	Cévní chirurgie
601	Plastická chirurgie
603	Gynekologie a porodnictví
605	Orální a maxilofaciální chirurgie
606	Ortopedie
701	Otorinolaryngologie
705	Oftalmologie
706	Urologie
808	Soudní lékařství
809	Radiologie a zobrazovací metody
903	Klinická logopedie
911	Všeobecná sestra
999	Universální lékařské výkony - bez vazby na odbornost

Seznam zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek

Poř.č.	ODB	Název zdravotního výkonu	KAT	Podmínka úhrady
1.	001	Zdravotně výchovná činnost	N	
2.	002	Zdravotně výchovná činnost	N	
3.	014	Pečetění fisury - zub	N	
4.	014	Koferdam - jedna čelist	N	
5.	014	Trepanace alveolu	N	
6.	014	Augmentace, řízená tkáňová regenerace a implantace v zubním lékařství	N	
7.	014	Provizorní můstek zhotovený v ordinaci	N	
8.	014	Oprava fixní náhrady v ordinaci	N	
9.	015	Odborná ortodontická konzultace na žádost pacienta	N	
10.	504	Rekonstrukce a. iliaca int. a další výkony pro vaskulární	N	

		impotenci		
11.	603	Rekanalizace vejcovodu po předchozí sterilizaci	N	
12.	701	Nepřímá laryngoskopie s instilací léku do hrtanu	N	
13.	706	Implantace penilních protéz	N	
14.	706	Penis - kavernosometrie	N	
15.	706	Kavernosografie	N	
16.	903	Logopedické preventivní vyšetření - depistáž v terénu	N	
17.	001	Setření na pracovišti prováděné závodním lékařem	W	Výkon bude hrazen, pokud je nezbytný ke zjištění epidemiologické situace na pracovišti
18.	014	Injekční anestézie	W	Výkon bude hrazen s výjimkou intraligamentární anestezie
19.	014	Komplexní vyšetření lékařem poskytovatele v oboru zubní lékař	W	Výkon bude hrazen pouze při převzetí pojištěnce do péče při registraci pojištěnce Hrazeno dvakrát ročně
20.	014	Kontrola ústní hygieny - profylaktická	W	
21.	014	Odstranění zubního kamene prořlaktické	W	Hrazeno jedenkrát ročně
22.	014	Lokální fluoridace s vysušením	W	Hrazeno při použití přípravku s aminofluoridem bez nosiče
23.	014	Výplň stálého zubu (bez ohledu na počet plošek, včetně rekonstrukce růžku)	W	Hrazeno pouze při použití nedózovaného amalgámu v rozsahu celého chrupu, při použití samopolymeruj ícího kompozita pouze v rozsahu špičáků včetně
24.	014	Fotokompozitní výplň stálého zubu (bez ohledu na počet plošek, včetně rekonstrukce růžku a dostavby plastické)	W	Hrazeno u dětí do dovršení 18 let v rozsahu špičáků včetně
25.	014	Endodontické	W	Hrazeno při použití registrovaného materiálu metodou

		ošetření		centrálního čepu
26.	014	Přechodná dlaha bez preparace - na zub	W	Hrazeno při použití samopolymerující kompozitní pryskyřice
27.	014	Přechodná dlaha s preparací - na zub	W	Hrazeno při použití samopolymerující kompozitní pryskyřice
28.	201	Stanovení dlouhodobého rehabilitačního plánu na základě proběhlé rehabilitační konference	W	Hrazen jedenkrát během léčby
29.	401	Setření na pracovišti pojištěnce z hlediska rizika profesionálního poškození	W	Výkon bude hrazen jen v indikaci vyšetření pro hrozící, suspektní nebo nastalé profesionální postižení
30.	601	Modelace a přitažení odstálého boltce	W	Plná úhrada do 10 let věku dítěte, nad 10 let zdravotní pojišťovna nehradí
31.	701	Testy na agravaci a simulaci	W	V případě prokázané simulace nehrazen
32.	705	Aplikace kontaktní čočky	W	Výkon bude hrazen po operaci katarakty
33.	808	Konzultace nálezu soudním lékařem	W	Výkon bude hrazen, pokud je na žádost ošetřujícího lékaře nutný k vysvětlení nálezu u konkrétního případu
34.	911	Komplexní posouzení zdravotního stavu pojištěnce v jeho prostředí	W	Výkon bude hrazen jen na doporučení praktického lékaře při převzetí pojištěnce do lékařem indikované dočasné nebo dlouhodobé ošetrovatelské péče v domácnosti
35.	911	Cílená kontrola pojištěnce v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
36.	911	Ošetrovatelská intervence jednoduchá v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
37.	911	Komplexní péče o ošetrovatelsky náročné nebo nepohyblivé pojištěnce v domácím prostředí	W	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období
38.	999	Psychoterapie	W	Výkon bude hrazen jen na jednoho pojištěnce jedenkrát

		podpůrná - prováděná lékařem nepsychiatrem		ročně v jednom oboru po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci
39.	999	Rozhovor lékaře s rodinou	W	Výkon bude hrazen na jednoho pojištěnce ve věku do 15 let maximálně dvakrát ročně, u dospělého jedenkrát ročně po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci
40.	999	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou	W	Hrazeno pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně ve zdravotnické dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce
41.	999	Konzilium lékařem poskytovatele specializované ambulantní péče	W	Výkon hrazen jen pokud je na žádost praktického lékaře
<b>42.</b>	<b>403</b>	<b>Protonová radioterapie</b>	<b>Z</b>	<b>Výkon bude hrazen jen, pokud byl proveden na základě indikace poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované zdravotní péče v oboru onkologie udělený podle zákona o zdravotních službách.</b>
<del>4342.</del>	404	Epilace á 30 minut	Z	Výkon bude hrazen pouze u dg. E00 - E07 (poruchy štítné žlázy, hormonální poruchy), E 10 - E 14 (diabetes mellitus), E 20 - E 35 (diencefalo-hypofyzární poruchy)
<del>4443.</del>	601	Korekce malé vrozené anomálie boltce a okolí (výrůstky před boltcem)	Z	
<del>4544.</del>	601	Xanthelasma	Z	
<del>4645.</del>	601	Operace ptózy obličeje - horní, dolní	Z	
<del>4746.</del>	601	Operace ptózy obličeje - celková (smas lifting)	Z	
<del>4847.</del>	601	Operace tvrdého a měkkého nosu pro funkční poruchu	Z	
<del>4948.</del>	601	Rinoplastika - měkký nos	Z	
<del>5049.</del>	601	Rinoplastika - sedlovitý nos (L-štěp, včetně odběru)	Z	
<del>5150.</del>	601	Rinofyma	Z	
<del>5251.</del>	601	Operace gigantomastie	Z	
<del>5352.</del>	601	Ablace prsu se	Z	

		zachováním dvorce		
<del>5453.</del>	601	Rekonstrukce areomamilárního komplexu	Z	
<del>5554.</del>	601	Kapsulotomie pouzdra implantátu	Z	
<del>5655.</del>	601	Odstranění implantátu prsu s kapsulektomií	Z	
<del>5756.</del>	601	Implantace tkáňového expanderu	Z	
<del>5857.</del>	605	Zvětšení brady kostí, chrupavkou nebo protézou	Z	
60.	605	Subperiostální implantát - jedna čelist	Z	
61.	605	Korekce brady	Z	
62.	606	Osteotomie proximálního femuru	Z	
63.	606	Prodloužení, zkrácení dlouhé kosti	Z	
64.	701	Septoplastika	Z	
65.	705	Laserová iridotomie	Z	Výkon je hrazen při provedení na 1 oku nejvíce třikrát, při dalším provedení je k úhradě třeba souhlasu revizního lékaře
66.	705	Dermatoplastika jednoho víčka nebo blepharochalasis - exize z jednoho víčka + odstranění tuku a záhybu	Z	
67.	705	Laserová koagulace sítnice	Z	Výkon je hrazen při provedení na 1 oku nejvíce pětkrát, při dalším provedení je k úhradě třeba souhlasu revizního lékaře
68.	705	Plastická operace kůže víčka otočným lalokem nebo posunem	Z	
69.	706	Transuretrální termoterapie prostaty	Z	
70.	706	Penis -	Z	

		intrakavernózní injekce vazoaktivních látek		
71.	706	Ligatura vas deferens - vazektomie	Z	
72.	999	Vybavení pacienta pro péči mimo zdravotnické zařízení	Z	

\* \* \*

### Příloha 3

\* \* \*

### ODDÍL C

#### Seznam zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantních zdravotních služeb

Položka	Skupina	Název druhu (typu) zdravotnického prostředku	Omezení	Limitace výše úhrady
1	1	prostředky pro klasické hojení ran	max. rozměr 10 x 10 cm	100 %; max. 4 Kč za 1 ks; A
2	1	netkaná textilie	max. rozměr 10 x 10 cm; max. 100 ks za měsíc;	100 %; max. 50 Kč za 100 ks; A
3	1	prostředky pro vlhké hojení ran	max. rozměr 12x12 cm; po předepsání CHR, DIA, DRV, GER, INT, JI6; předepsání možno delegovat na PRL; při léčbě delší než 3 měsíce po schválení revizním lékařem	100 %; max. 160 Kč za 1 ks; A
4	1	náplasti hypoalergické	do 18 let, pouze pro stomiky a diabetiky	100 %; max. 30 Kč za balení; A
5	1	obinadlo elastické	max. rozměr 14 cm x 5 m	100 %; max. 50 Kč za 1 ks; A
6	1	obinadlo hydrofilní sterilní	max. rozměr 12 cm x 5 m	100 %; max. 15 Kč za 1 ks; A
7	1	obinadlo pružné hadicové		100 %; max. 30 Kč za 1 ks; A
8	1	tampóny vinuté	max. 1 000 ks za rok; po předepsání DIA	100 %; max. 70 Kč za 1 000 ks; A
9	1	vata buničitá	max. 500 g	100 %; max. 50 Kč za 500 g; A
10	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložky pro lehkou inkontinenci	max. 150 ks za měsíc	100 %; max. 450 Kč za 150 ks; A
11	2	absorpční prostředky pro střední inkontinenci - vložné pleny	max. 150 ks za měsíc	100 %; max. 900 Kč za 150 ks; A
12	2	absorpční prostředky pro těžkou inkontinenci - plenkové kalhotky	max. 150 ks za měsíc	100 %; max. 1 700 Kč za 150 ks; A

13	2	fixace absorpčních prostředků pro vložné pleny	max. 24 ks za rok	100 %; max. 190 Kč za 24 ks; A
14	2	kondomy urinální	max. 30 Ks za měsíc	100 %; max. 700 Kč za 30 ks; A
15	2	sáčky sběrné urinální	max. 10 Ks za měsíc	100 %; max. 500 Kč za 10 ks; A
16	3	podložky kolostomické	max. 10 ks za měsíc	100 %; max. 3 000 Kč za 10 ks; B
17	3	podložky ileostomické	max. 15 ks za měsíc	100 %; max. 4 500 Kč za 15 ks; B
18	3	podložky urostomické	max. 15 ks za měsíc	100 %; max. 4 500 Kč za 15 ks; B
19	3	krytky stomické	max. 30 ks za měsíc; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 3 100 Kč za 30 ks; B
20	3	zátky stomické	max. 30 ks za měsíc; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 3 100 Kč za 30 ks; A
21	3	systémy kolostomické dvoudílné uzavřené - sáčky	max. 60 ks za měsíc	100 %; max. 4 000 Kč za 60 ks; B
22	3	systémy kolostomické jednodílné uzavřené - sáčky (včetně podložky)	max. 60 ks za měsíc	100 %; max. 7 500 Kč za 60 ks; B
23	3	systémy ileostomické jednodílné výpustné - sáčky	max. 30 ks za měsíc	100 %; max. 9 000 Kč za 30 ks; B
24	3	systémy ileostomické jednodílné výpustné - sáčky (včetně podložky)	max. 30 ks za měsíc	100 %; max. 8 500 Kč za 30 ks; B
25	3	systémy urostomické dvoudílné - sáčky	max. 30 ks za měsíc	100 %; max. 5 500 Kč za 30 ks; B
26	3	systémy urostomické jednodílné - sáčky (včetně podložky)	max. 30 ks za měsíc	100 %; max. 9 000 Kč za 30 ks; B
27	3	pásky a přídržné prostředky pro stomiky	max. 2 ks za rok; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 600 Kč za 2 ks; A
28	3	systémy stomické irigační - sety a příslušenství	max. 2 sety včetně příslušenství za rok; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 800 Kč za 2 sety; A
29	3	systémy stomické - na dočasnou kontinenci stomie	max. 1 systém (10 ks podložek, 60 ks uzavřených sáčků a 15 ks zařízení na dočasnou kontinenci stomie) za měsíc; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 13 000 Kč za 1 systém; A
30	3	podložky stomické - drenážní	max. 10 ks za měsíc; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 3 000 Kč za 10 ks; B
31	3	systémy stomické - drenážní jednodílné - sáčky (včetně podložky)	max. 30 ks za měsíc; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 8 500 Kč za 30 ks; B
32	3	systémy stomické - drenážní dvoudílné - sáčky	max. 30 ks za měsíc; po schválení revizním lékařem	100 %; max. 7 000 Kč za 30 ks; B
33	3	prostředky stomické - vyplňovací a vyrovnávací		100 %; A
34	3	prostředky stomické - zahušťovací	max. 30 ks za měsíc;	100 %; max. 360 Kč za 30 ks; A

pro ileostomiky

35	3	prostředky stomické - čistící	100 %; max. 350 Kč za měsíc; A
36	3	odstraňovače stomické podložky	100 %; max. 300 Kč za měsíc; A
37	3	prostředky stomické - ochranné	100 %; max. 1 000 Kč za měsíc; A
38	3	prostředky stomické - deodorační	po schválení revizním lékařem 100 %; max. 350 Kč za měsíc; A
39	4	ortéza sériově vyráběná ORT, ORP, REH, CHR, NEU, TRA, TVL	max. 1 ks za rok; po předepsání 100 %; A
40	4	návlék pahýlový	max. 8 ks za rok 100 %; A
41	4	suspensor	max. 2 ks za rok 100 %; max. 130 Kč za 2 ks; A
42	4	epitéza mamární po předepsání CHR, OHM, PRL	max. 1 ks za 2 roky; 100 %; max. 1 800 Kč za 1 ks; A
43	4	epitéza mamární samolepicí lymfatickém otoku; po předepsání OHM, J16	max. 1 ks za 2 roky; při 100 %; max. 3 000 Kč za 1 ks; A
44	4	epitéza mamární pooperační po předepsání CHR, OHM	max. 1 ks v rámci 1 operace; 100 %; max. 500 Kč za 1 ks; A
45	4	kompresivní podprsenka lymfatickém otoku; po předepsání CHR, OHM	max. 1 ks za rok; při 100 %; max. 1 300 Kč za 1 ks; A
46	5	ortéza individuálně zhotovená CHR, NEU a po schválení revizním lékařem	po předepsání ORP, ORT, REH, 100 %; A
47	5	epitéza individuálně zhotovená po předepsání CHR, ORP, ORT a po schválení revizním lékařem	max. 1 ks za 2 roky; 100 %; A
48	5	protézy horních a dolních končetin - základní provedení	max. 1 ks za 2 roky; 100 %; A po předepsání ORP, REH, ORT
49	5	protézy modulární horních a dolních končetin, které jsou zhotoveny ze stavebnicových polotovarů a sestav, včetně tahových protéz horních končetin	max. 1 ks za 2 roky; 100 %; A po předepsání ORP, REH, ORT a po schválení revizním lékařem
50	5	protézy myoelektrické, ztráta obou horních končetin, nebo jednostranná amputace s funkčním postižením druhé horní končetiny	max. 1 ks za 5 let (v případě 100 %; A postižení obou končetin 1 pár za 5 let); po předepsání ORP, REH, ORT a po schválení revizním lékařem S5
51	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové II. K. T J16	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 820 Kč za 2 páry; A předepsání PRL, CHR, INT, DRV,
52	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové III. K. T	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 900 Kč za 2 páry; A předepsání CHR, INT, DRV, J16
53	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové IV. K. T	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 2 000 Kč za 2 páry; A předepsání CHR, INT, DRV, J16
54	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní II. K. T J16	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 1 050 Kč za 2 páry; A předepsání PRL, CHR, INT, DRV,
55	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní III. K. T	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 1 200 Kč za 2 páry; A předepsání CHR, INT, DRV, J16
56	6	kompresivní elastické	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 2 600 Kč za 2 páry; A



		punčochy polostehenní IV. K. T	předepsání CHR, INT, DRV, J16	
57	6	kompresivní elastické punčochy stehenní II. K. T J16	max. 2 páry za rok; po předepsání 100 %; max. 1 200 Kč za 2 páry; A PRL, CHR, INT, DRV,	
58	6	kompresivní elastické punčochy stehenní III. K. T	max. 2 páry za rok; po předepsání 100 %; max. 1 200 Kč za 2 páry; A CHR, INT, DRV, J16	
59	6	kompresivní elastické punčochy stehenní IV. K. T	max. 2 páry za rok; po předepsání 100 %; max. 3 000 Kč za 2 páry; A CHR, INT, DRV, J16	
60	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase II. K. T	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 700 Kč za 2 ks; A PRL, CHR, INT, DRV, J16	
61	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase III. K. T	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 750 Kč za 2 ks; A CHR, INT, DRV, J16	
62	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase IV. K. T	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 800 Kč za 2 ks; A CHR, INT, DRV, J16	
63	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské II. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 1 900 Kč za 2 ks; A PRL, CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	
64	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské III. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 2 000 Kč za 2 ks; A CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	
65	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské IV. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 2 000 Kč za 2 ks; A CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	
66	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské II. K. T.	max. 1 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 950 Kč za 1 ks; A CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	
67	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské III. a IV. K. T.	max. 1 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 1 300 Kč za 1 ks; A CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	
68	6	pažní návlek komplet II. K.T.	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 1 000 Kč za 2 ks; A CHR, INT, DRV, J16, OHM a po schválení revizním lékařem	
69	6	pažní návlek komplet III. a IV. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 1 000 Kč za 2 ks; A CHR, INT, DRV, J16, OHM	
70	6	kompresivní elastické punčochy a návleky II., III. a IV. K. T. - individuálně zhotovené technologií kruhového pletení	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 4 000 Kč za 2 ks; A CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	
71	6	kompresivní elastické punčochy a návleky II., III. a IV. K. T. - individuálně zhotovené technologií plochého pletení	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 15 000 Kč za 2 ks; A J16 a po schválení revizním lékařem S5	
72	6	kotníkový díl a kolenní díl II. a III. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 260 Kč za 2 ks; A CHR, ORT, REH, PRL, DRV, J16	
73	6	pomůcka pro navlékání kompresivních elastických punčoch II., III. a IV. K. T.	max. 1 ks za rok; po předepsání 100 %; max. 300 Kč za 1 ks; A PRL, CHR, INT, DRV, J16	
74	7	kočárek zdravotní	max. 1 ks za 3 roky; po předepsání 100 %; max. 21 000 Kč za 1 ks; A REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	
75	7	kočárek zdravotní - příslušenství	max. 1 ks za 3 roky; po 100 %; max. 5 000 Kč za 1 ks; A	

			předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	
76	7	vozik mechanický - základní	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 9 000 Kč za 1 ks; A
77	7	vozik mechanický - odlehčený	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 19 000 Kč za 1 ks; A
78	7	vozik mechanický - aktivní	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 21 000 Kč za 1 ks; A
79	7	vozik mechanický - dětský	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 21 000 Kč za 1 ks; A
80	7	vozik mechanický - speciální s ohledem na míru a závažnost zdravotního postižení	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 55 000 Kč za 1 ks; A
81	7	vozik mechanický - příslušenství	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem	100 %; A
82	7	rukavice kožené pro vozičkáře (k mechanickému vozíku)	max. 2 páry za rok	100 %; max. 300 Kč za 2 páry; A
83	7	vozik s elektrickým pohonem - pro provoz obvykle v exteriéru	max. 1 ks za 7 let; po předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 136 000 Kč za 1 ks; A
84	7	vozik s elektrickým pohonem - standardní pro lehký provoz obvykle v interiéru	max. 1 ks za 7 let; po předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem S5	100 %; max. 115 000 Kč za 1 ks; A
85	7	vozik elektrický - příslušenství	max. 1 ks za 7 let; po předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem	100 %; A
86	7	opravy vozíku mechanického, elektrického a zdravotního kočárku	po schválení revizním lékařem	90 %
87	8	sluchadlo pro vzdušné vedení - pro středně těžkou nedoslýchavost od 30 dB do 59 dB SRT	max. 2 ks za 5 let; od 0 do 7 let; po předepsání FON	100 %; max. 10 600 Kč za 2 ks; A
88	8	sluchadlo pro vzdušné vedení - pro těžkou a velmi těžkou nedoslýchavost od nad 60 dB SRT výše, zbytky sluchu, hluchota	max. 2 ks za 5 let; od 0 do 7 let; po předepsání FON	100 %; max. 11 600 Kč za 2 ks; A
89	8	sluchadlo na kostní vedení - ztráta sluchu při oboustranné anomálii zvukovodu a středouší s těžkou převodní nedoslýchavostí, chronický výtok ze středouší, stavy po kofochirurgických operacích, neřešitelná alergie na tvarovku, špatný efekt sluchadla na vzdušné vedení	max. 2 ks za 5 let; od 0 do 7 let; po předepsání FON a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 22 000 Kč za 2 ks; A
90	8	sluchadlo pro vzdušné vedení - pro středně těžkou nedoslýchavost od 30 dB do 59 dB SRT	max. 2 ks za 5 let; od 7 do 18 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 10 600 Kč za 2 ks; A
91	8	sluchadlo pro vzdušné vedení - pro těžkou a velmi těžkou nedoslýchavost od 60 dB SRT, zbytky sluchu, hluchota	max. 2 ks za 5 let; od 7 do 18 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. <del>5 800 Kč</del> <b>11 600 Kč</b> za 2 ks; A

92	8	sluchadlo na kostní vedení - ztráta sluchu při oboustranné anomálii zvukovodu a středouší s těžkou převodní nedoslýchavostí, chronickém výtoku ze středouší, stavech po kofochirurgických operacích, neřešitelných alergiích na tvarovku, špatném efektu sluchadla na vzdušné vedení	max. 2 ks za 5 let; od 7 do 18 let; po předepsání FON a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 6 800 Kč za 2 ks; A
93	8	sluchadlo pro vzdušné vedení - pro středně těžkou nedoslýchavost od 40 dB do 59 dB SRT	max. 1 ks za 5 let; od 18 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 2 700 Kč za 1 ks; A
94	8	sluchadlo pro vzdušné vedení - pro těžkou nedoslýchavost od 60 dB do 79 dB SRT	max. 1 ks za 5 let; od 18 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 3 900 Kč za 1 ks; A
95	8	sluchadlo pro vzdušné vedení - pro velmi těžkou nedoslýchavost, ztráty od 80 dB SRT, zbytky sluchu, hluchota	max. 1 ks za 5 let; od 18 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 5 100 Kč za 1 ks; A
96	8	sluchadlo na kostní vedení - ztráta sluchu při oboustranné anomálii zvukovodu a středouší s těžkou převodní nedoslýchavostí, chronickém výtoku ze středouší, stavech po kofochirurgických operacích, neřešitelných alergiích na tvarovku, špatném efektu sluchadla	max. 1 ks za 5 let; od 18 let; po předepsání FON, OTO S3 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 6 800 Kč za 1 ks; A
97	8	baterie ke sluchadlu	max. 4 ks za 5 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 80 Kč za 4 ks; A
98	8	brýlový adaptér k závěsnému sluchadlu	max. 1 ks za 5 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 90 Kč za 1 ks; A
99	8	ušní tvarovka - individuálně zhotovená	max. 2 ks za 1 rok; od 18 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 700 Kč za 2 ks; A
100	8	ušní tvarovka - individuálně zhotovená	max. 1 ks za 5 let; od 18 let; max. 2 ks za 5 let - pouze pro hluchoslepé; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 350 Kč za 1 ks; A
101	8	ušní tvarovka ochranná - individuálně zhotovená	max. 1 ks za 2 roky; od 18 let; stavy s otevřeným středouším; po předepsání OTO a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 250 Kč za 1 ks; A
102	8	ušní tvarovka - sériově vyráběná	max. 1 ks za 5 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 20 Kč za 1 ks; A
103	9	obruba brýlová	max. 3 ks za rok - do 6 let; max. 1 ks za rok - od 6 do 15 let; dvoje brýle při refrakční vadě <b>nad</b> +- 3 DPT do dálky; po předepsání OPH	100 %; max. 300 Kč za 1 ks
104	9	obruba brýlová	max. 1 ks za 3 roky - od 15 let; dvoje brýle při refrakční vadě <b>nad</b> +- 3 DPT do dálky; po předepsání OPH	100 %; max. 150 Kč za 1 ks; A
105	9	čochka brýlová sférická, torická	max. 3x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky - od 15 let; bez změny korekce; epileptikům, jednookým - vždy tvrzená úprava; po předepsání OPH	100 %; A

106	9	čočka brýlová lentikulární	max. 3x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky - od 15 let; bez změny korekce; nad +- 10 DPT; do 3 let u afakie; po předepsání OPH	100 %; A
107	9	čočka brýlová vysokindexová	max. 3x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky - od 15 let; bez změny korekce; myopie nad -10 DPT; poruchy centrálního zorného pole; po předepsání OPH a po schválení revizním lékařem	100 %; A
108	9	čočka brýlová bifokální, franklinova, zatavovaná, vybrušovaná, silikát, plast	max. 2x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 18 let; bez změny korekce; strabismus; afakie; po předepsání OPH; od 18 let nehrazeno	100 %; A
109	9	čočka brýlová prismatická	max. 3x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky - od 15 let; bez změny korekce; diplopie; strabismus; po předepsání OPH	100 %; A
110	9	prismatické folie - měkké, tvrdé	max. 3x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky - od 15 let; bez změny korekce; diplopie; strabismus; po předepsání OPH	100 %; A
111	9	čočka brýlová plastová - sférická, torická	max. 2x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky - od 15 let; bez změny korekce; od 15 let +- 10 DPT; do 15 let nad +- 3 DPT; po předepsání OPH	100 %; A
112	9	absorpční vrstvy na brýlové čočky	max. 3x za rok - do 6 let; max. 1x za rok - od 6 do 15 let; max. 1x za 3 roky - od 15 let; bez změny korekce; afakie, pseudoafakie, choroby a vady provázané světloplachostí; po předepsání OPH	100 %; A
113	9	čočka brýlová hyperokulární	max. 2x za rok - do 18 let; max. 1x za 3 roky - od 18 let; bez změny korekce; po předepsání OPH a po schválení revizním lékařem	100 %; A
114	9	čočka kontaktní měkká	max. 2x za rok - do 15 let; max. 1x za rok - od 15 let; bez změny korekce; refrakce; nad +- 10 DPT; afakie alespoň u jednoho oka, astigmatismus irregularis, anisometropie 3 DPT a více; po předepsání OPH	100 %; A
115	9	čočka kontaktní tvrdá	max. 2x za rok - do 15 let; max. 1x za 2 roky - od 15 let; bez změny korekce; keratokonus astigmatismus irregularis, do 15 let u afakie; po předepsání OPH a po schválení revizním lékařem	100 %; A
116	9	čočka kontaktní tvrdá - individuálně zhotovená	max. 2x za rok - do 15 let; max. 1x za 2 roky - od 15 let; bez změny korekce; keratokonus astigmatismus irregularis; do 15 let u afakie; po předepsání OPH a po schválení revizním lékařem	100 %; A

117	9	čochka kontaktní stenoapeutická, barevná, terapeutická	max. 2x za rok - do 15 let; max. 1x za rok - od 15 let; bez změny korekce; pouze závažné choroby rohovky, duhovky nebo kombinace; po předepsání OPH a po schválení revizním lékařem	100 %; A
118	9	okluzor gelový, náplastový, plastový	po předepsání OPH	100 %; A
119	9	dalekohledový systém na dálku i na blízko, s příslušenstvím	max. 1 ks za 7 let; po předepsání OPH S4 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 8 000 Kč za 1 ks; A
120	9	lupa asferická zvětšující 4x a více	max. 1 ks za 5 let; po předepsání OPH S4 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 500 Kč za 1 ks; A
121	9	lupa sférická zvětšující do 4x	max. 1 ks za 5 let; po předepsání OPH	100 %; max. 100 Kč za 1 ks; A
122	9	protéza oční skleněná OPH	max. 2 ks za rok; po předepsání OPH	100 %; max. 800 Kč za 1 ks; A
123	9	protéza oční akrylátová - individuálně zhotovená	max. 2 ks za 3 roky; po předepsání OPH a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 000 Kč za 1 ks; A
124	10	aplikátory aerosolových přípravků	po předepsání TRN, ALG, OTO, PED; od 18 let po schválení revizním lékařem	100 %; max. 500 Kč za 1 ks; A
125	10	inhalátor kompresorový	max. 1 ks za 5 let; po předepsání TRN, ALG, OTO a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 4 500 Kč za 1 ks; A
126	10	inhalátor ultrazvukový	max. 1 ks za 10 let; po předepsání TRN, ALG, OTO a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 4 500 Kč za 1 ks; A
127	10	koncentrátor kyslíku	po předepsání TRN a po schválení revizním lékařem	100 %; A
128	10	prostředky pro aplikaci práškových inhalačních forem léčiv	max. 1 ks. za 2 roky; po předepsání dle preskripčního omezení léčiva	100 %; max. 300 Kč za 1 ks; A
129	10	přístroj CPAP	po předepsání TRN, NEU a po schválení revizním lékařem S5	100 %; max. 40 000 Kč za 1 ks; A
130	10	přístroj BPAP	po předepsání TRN, NEU a po schválení revizním lékařem S5	100 %; max. 60 000 Kč za 1 ks; A
131	10	spirometr osobní	po předepsání TRN, ALG a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 300 Kč za 1 ks; A
132	10	nebulizátor k inhalátoru (nástavec)	max. 1 ks za 2 roky; po předepsání TRN, ALG, OTO a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 600 Kč za 1 ks; A
133	11	aplikátor inzulínu - inzulínové pero	max. 1 ks za 3 roky; max. 2 ks za 3 roky při souběžné aplikaci dvou druhů inzulínu; po předepsání DIA	100 %; max. 1 500 Kč za 1 ks; A
134	11	aplikátor inzulínu k aplikaci injekční stříkačkou	max. 1 ks za 3 roky; po předepsání DIA	100 %; max. 1 200 Kč za 1 ks; A
135	11	aplikátor odběru krve pomocí lancet	max. 1 ks za 5 let; po předepsání DIA	100 %; max. 250 Kč za 1 ks; A
136	11	glukometr - pro diabetiky léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem (3 dávky denně nebo inzulínová pumpa), pro labilní diabetiky se	max. 1 ks za 10 let; po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 000 Kč za 1 ks; A

2 dávkami inzulínu denně			
137	11	jehly k injekčním stříkačkám k aplikaci inzulínu	po předepsání DIA 100 %; max. 120 Kč za 100 ks; A
138	11	jehly k inzulínovým perům	max. 200 ks za rok; po předepsání DIA 100 %; max. 530 Kč za 200 ks; A
139	11	jehly k neinzulínovým perům	max. 100 ks za rok; po předepsání DIA 100 %; max. 270 Kč za 100 ks; A
140	11	komplet k aplikaci (stříkačka s fixovanou jehlou)	po předepsání DIA 100 %; max. 370 Kč za 100 ks; A
141	11	lancety pro odběr krve	max. 100 ks za rok; po předepsání DIA 100 %; max. 300 Kč za 100 ks; A
142	11	proužky diagnostické na stanovení glukózy	max. 400 ks za rok; po předepsání DIA 100 %; max. 3 200 Kč za 400 ks; A
			max. 1 000 ks za rok; pro pacienty léčené intenzifikovaným inzulínovým režimem nebo inzulínovou pumpou; po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem 100 %; max. 8 000 Kč za 1 000 ks; A
			max. 1 800 ks za rok - do 18 let a pro těhotné diabetičky; po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem, 100 %; max. 14 400 Kč za 1 800 ks; A
143	11	pumpa inzulínová sadu; A	max. 1 ks nebo sada 2 ks za 4 roky; po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem S5 100 %; max. 100 000 Kč za 1 ks nebo 1
144	11	sety infusní kovové k inzulínové pumpě	po předepsání DIA 100 %; max. 160 Kč za 1 set; A
145	11	sety infusní teflonové k inzulínové pumpě	po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem 100 %; max. 300 Kč za 1 set; A
146	11	stříkačka injekční k aplikaci inzulínu	po předepsání DIA 100 %; max. 230 Kč za 100 ks; A
147	12	berle podpažní	max. 1 pár za 2 roky 100 %; max. 400 Kč za 1 pár; A
148	12	berle předloketní	max. 1 pár nebo 1 ks za 2 roky 100 %; max. 300 Kč za 1 ks; A
149	12	chodítko	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, NEU, ORP, <b>ORT</b> a po schválení revizním lékařem 100 %; max. 7 000 Kč za 1 ks; A
150	12	hůl	max. 1 ks za 3 roky 100 %; max. 130 Kč za 1 ks; A
151	12	lůžko polohovací s možností elektrického nastavení	max. 1 ks za 10 let; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem S5 100 %; max. 30 000 Kč za 1 ks; A
152	12	křeslo klozetové	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU, PRL, GER 100 %; max. 4 000 Kč za 1 ks; A
153	12	nástavec na WC	max. 1 ks za 3 roky; po předepsání REH, ORT, NEU, PRL, GER 100 %; max. 1 200 Kč za 1 ks; A
154	12	sedačka do vany a pod sprchu	max. 1 ks za 5 let; po předepsání REH, ORT, NEU, PRL, GER 100 %; max. 2 000 Kč za 1 ks; A
155	12	zařízení polohovací	max. 1 ks za 10 let; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem 100 %; max. 60 000 Kč za 1 ks; A
156	12	příslušenství k polohovacímu zařízení	max. 1 ks za 10 let; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem 100 %; max. 10 000 Kč za 1 ks; A

157	12	zvedák mechanický, elektrický, hydraulický	max. 1 ks za 10 let; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 30 000 Kč za 1 ks; A
158	12	lůžko polohovací s možností mechanického nastavení	max. 1 ks za 10 let; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 15 000 Kč za 1 ks; A
159	13	paruka	max. 1 ks za rok; po předepsání OHM, DRV, INT	100 %; max. 1 000 Kč za 1 ks
160	13	podložka antidekubitní	max. 1 ks za 3 roky; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	100 %; A
161	13	přilba ochranná	max. 1 ks za 2 roky; po předepsání REH, NEU, PSY a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 500 Kč za 1 ks; A
162	13	katetr pro intermitentní - potahovaný	katetrizaci max. 150 ks za měsíc; po předepsání URL a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 7 500 Kč za 150 ks; A
163	13	katetr pro intermitentní - nepotahovaný	katetrizaci max. 150 ks za měsíc; po předepsání URL a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 300 Kč za 150 ks
164	14	hůl bílá slepecká	max. 3 ks za rok; po předepsání OPH, PRL	100 %; A
165	14	kompensační pomůcky pro nevidomé	max. 1 ks za 7 let; po předepsání OPH, PRL a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 000 Kč za 1 ks; A
166	15	indukční set zesilovače	max. 1 ks za 7 let; po předepsání FON, OTO S3	100 %; max. 1 000 Kč za 1 ks; A
167	15	kompensační pomůcky pro postižené	sluchově max. 1 ks za 7 let; po předepsání FON, OTO S3 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 000 Kč za 1 ks; A
168	16	obuv ortopedická dětská - zhotovená	individuálně max. 3 páry za rok; po předepsání REH, ORT, ORP a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 6 000 Kč za 3 páry
169	16	obuv ortopedická dětská - vyráběná	sériově max. 3 páry za rok; po předepsání REH, ORT, ORP a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 3 000 Kč za 3 páry
170	16	obuv ortopedická - individuálně zhotovená - jednoduchá	max. 1 pár za 2 roky; po předepsání REH, ORT, ORP	50 %
171	16	obuv ortopedická - individuálně zhotovená - složitější a velmi složitá	max. 1 pár za 2 roky; po předepsání REH, ORT, ORP	90 %
172	16	obuv pro diabetiky	max. 1 pár za 2 roky; po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 000 Kč za 1 pár
173	16	vložka ortopedická - individuálně zhotovená	max. 1 pár za 2 roky; po předepsání REH, ORT, ORP	100 %; max. 100 Kč za 1 pár
174	16	vložka ortopedická - individuálně zhotovená - dětská	max. 2 páry za rok; po předepsání REH, ORT, ORP	100 %; max. 600 Kč za 2 páry
175	16	vložka ortopedická - speciální	max. 2 páry za rok; po předepsání REH, ORT, ORP	80 %
176	17	tracheostomická kanyla	z ušlechtilého kovu max. 3 ks za rok; do 18 let; po předepsání OTO, FON a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 10 500 Kč za 3 ks; A
177	17	tracheostomická kanyla	z ušlechtilého kovu max. 2 ks za 5 let; od 18 let; po předepsání OTO, FON	100 %; max. 4 000 Kč za 2 ks; A

178	17	tracheostomická kanyla silikonová pediatrická	max. 3 ks za rok; do 18 let; po předepsání OTO, FON a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 10 500 Kč za 3 ks; A
179	17	tracheostomická kanyla silikonová	max. 2 ks za rok; od 18 let; po předepsání OTO, FON a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 4 000 Kč za 2 ks; A
180	17	odsávačka elektrická, mechanická	max. 1 ks za 5 let; po předepsání OTO, TRN a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 4 000 Kč za 1 ks; A
181	17	příslušenství k odsávačce - cévky odsávací	max. 150 ks za rok; po předepsání OTO, TRN a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 000 Kč za 150 ks; A
182	17	příslušenství ke kanyle tracheostomické OTO, FON	max. 1x za rok; po předepsání 1 balení kompletního příslušenství; A	100 %; max. 2 000 Kč za 1 balení
183	17	příslušenství k hlasové protéze kompletního	max. 1x za rok; po předepsání OTO, FON a schválení revizním lékařem	100 % max. 12 500 Kč za 1 balení příslušenství; A
184	17	elektrolaryng	max. 1 ks za 10 let; po předepsání FON a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 15 500 Kč za 1 ks; A
185	17	akumulátor k elektrolaryngu	max. 1 ks za 2 roky; po předepsání FON a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 700 Kč za 1 ks; A

-----

Symbole úhradových limitů

A - Úhrada ve výši ceny pro konečného spotřebitele zdravotnického prostředku v provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení (dále jen "ekonomicky nejméně náročná varianta"); cenu ekonomicky nejméně náročných variant zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu.

B - Úhrada ve výši ceny ekonomicky nejméně náročných variant celého systému složeného ze zdravotnických prostředků skupiny č. 3 tohoto oddílu."



# Platné znění částí zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, s vyznačením navrhovaných změn

\* \* \*

## § 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 vyplývající.

(3) Pojišťovna **nesmí provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetí osoby** a nesmí při náboru pojištěnců, ~~a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob,~~ poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k Pojišťovně **nebo svým pojištěncům anebo třetím osobám v souvislosti s náborem 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.

\* \* \*

## § 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 prováděcím právním předpisem podle odstavce 3 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<sup>1b)</sup>,

b) rezervní fond; výše rezervního fondu činí **4,5 0,75** % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. Pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou, cenných papírů vydávaných obcemi, veřejně obchodovatelných dluhopisů vydaných obchodními společnostmi a přijatých k obchodování na regulovaném trhu<sup>10)</sup>, veřejně obchodovatelných akcií a podílových listů přijatých k obchodování na burze cenných papírů a pokladničních poukázek České národní banky; tyto cenné papíry a pokladniční poukázky České národní banky zůstávají součástí rezervního fondu. 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 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 ~~zdravotní péče~~ **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, a finanční prostředky podle § 6 odst. 7.

(3) 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.

(4) 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 můstek nové účtové osnovy.

(5) Finanční prostředky Pojišťovny musí být uloženy v bance požívající výhody jednotné licence podle práva ~~Evropských společenství~~ **Evropské unie**.

(6) Pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele<sup>5)</sup> a podnikat<sup>6)</sup> s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.

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

\* \* \*

## § 11

(1) Pojišťovna je povinna bezplatně předat Ministerstvu zdravotnictví na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 24, které jsou nezbytné k výkonu působnosti Ministerstva zdravotnictví 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 informace podle odstavce 1 písm. c) a d) nezbytné pro výkon působnosti Ministerstva financí tomuto ministerstvu, pokud o to požádá.

(3) Předáváním informací podle odstavce 1 a 2 nejsou dotčena ustanovení jiných právních předpisů upravujících ochranu osobních údajů.

(4) Pojišťovna je povinna bezplatně poskytnout Českému statistickému úřadu na základě jeho žádosti údaje z informačního systému podle § 24 nezbytné pro výkon jeho působnosti<sup>11)</sup>, zejména pro sestavování Zdravotnického účtu České republiky.

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

\* \* \*

## § 15

### nadpis vypuštěn

(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 jmenován občan České republiky, který**

- a) je plně **svěprávná způsobilý k právním úkonům,**
- b) je **bezúhonná bezúhonný,** 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) Funkci ředitele Pojišťovny nemůže z důvodu střetu zájmů vykonávat osoba, která~~

~~a) je členem statutárního orgánu, dozorčí rady, společníkem právnické osoby, která je dodavatelem zboží či služeb Pojišťovně, nebo je zaměstnancem či v obdobném právním vztahu k této právnické osobě,~~

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

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

**(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 tohoto subjektu,**

**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 tohoto subjektu,**

**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 či služby Pojišťovně.**

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

~~(5)~~ **(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 z důvodu střetu zájmů.**

~~(6)~~ **(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, kterým byl zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům o omezení svéprávnosti,~~

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

~~f) g) úmrtím, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného.~~

~~(7)~~ **(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 pověřil Správní rada.

\* \* \*

§ 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,~~

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

**(1) Členem orgánu Pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonná osoba, která dosáhla věku nejméně 25 let a je plně svéprávná. Členem orgánu Pojišťovny a vedoucím pracovníkem ústředí, případně vedoucím pracovníkem nižší organizační jednotky nebo jejich zástupcem nesmí být osoba, která**

**a) je vedoucím zaměstnancem nebo členem orgánu jiné zdravotní pojišťovny; členství v**

orgánu jiné zdravotní pojišťovny není překážkou, je-li člen jmenován vládou,

**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 tohoto subjektu,**

**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 tohoto subjektu,**

**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 či služby Pojišťovně.**

(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, které 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.**

~~(5) Výkon funkce člena orgánu Pojišťovny končí~~

~~a) uplynutím funkčního období,~~

~~b) odvoláním,~~

~~e) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce předsedovi příslušného~~

~~orgánu Pojišťovny, nebo~~

~~d) úmrtím nebo dnem prohlášení za mrtvého.~~

**(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) úmrtím, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného, nebo**

**g) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 23 odst. 1 písm. a) nebo c).**

~~(6)~~ (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.

~~(7)~~ (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 vlastnoručním podpisem a doručit Pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce.**

\* \* \*

**ČÁST PÁTÁ**

**SPRÁVNÍ DELIKTY**

**§ 23a**

**Přestupky**

**(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, které 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, které 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**

**Správní delikty právnických osob**

**(1) Pojišťovna se dopustí správního deliktu tím, že**

**a) provádí nábor pojištěnců v rozporu s § 2 odst. 3,**

**b) nepředloží Ministerstvu zdravotnictví a 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 vlastní majetkový podíl na právnické osobě, která je poskytovatelem, nebo podniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění,**

**d) nepodá Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření podle § 8 odst. 1, nebo**

**e) neposkytne Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí na jejich žádost informace z informačního systému Pojišťovny podle § 11.**

**(2) Za správní delikt se uloží pokuta do**

**a) 200 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. d),**

**b) 1 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. b) nebo c),**

**c) 2 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. e),**

**d) 5 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. a).**



## § 23c

### Společná ustanovení ke správním deliktům

- (1) Pojišťovna za správní delikt neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránila.
- (2) Při určení výměry pokuty Pojišťovně se přihlédne k závažnosti správního deliktu, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž byl spáchán.
- (3) Odpovědnost Pojišťovny za správní delikt zaniká, jestliže správní orgán o něm nezahájil řízení do 1 roku ode dne, kdy se o něm dozvěděl, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy byl spáchán.
- (4) Správní delikty podle tohoto zákona projednává Ministerstvo zdravotnictví.
- (5) Pokuty vybírá a vymáhá orgán, který je uložil.
- (6) Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.

## ČÁST PÁTÁ ŠESTÁ

### Informační systém Pojišťovny

\* \* \*

## ČÁST ŠESTÁ SEDMÁ

### Společná, přechodná a závěrečná ustanovení

\* \* \*

## § 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 ~~ve vztahu k soudům a orgánům činným v trestním řízení~~ 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.

#### ~~§ 24b~~

~~(1) Za porušení povinností uvedených v § 6 odst. 3 může Ministerstvo zdravotnictví uložit Pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč a za porušení povinností uvedených v § 2 odst. 3 až do výše 1 000 000 Kč. Za porušení povinnosti podle zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění<sup>8)</sup> může Ministerstvo zdravotnictví uložit Pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč.~~

~~(2) Pokutu podle odstavce 1 lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy se Ministerstvo zdravotnictví dozvědělo o porušení povinnosti, nejpozději však do pěti let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo. Při stanovení výše pokuty se přihlédne k míře závažnosti porušení povinnosti. Na rozhodování o pokutách se vztahují obecné předpisy o správním řízení.<sup>7)</sup>~~

~~(3) Pokuta podle odstavce 1 je příjmem Ministerstva zdravotnictví; toto ministerstvo pokutu též vybírá.~~

~~(4) Pokutu podle odstavce 1 nesmí Pojišťovna hradit z prostředků základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu.~~

**Platné znění části zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových,  
podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších  
předpisů, s vyznačením navrhovaných změn**

\* \* \*

§ 5

**Postavení zaměstnanecké pojišťovny**

(1) Zaměstnanecká pojišťovna je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících.

(2) Zaměstnanecká pojišťovna je nositelem veřejného zdravotního pojištění pro pojištěnce,<sup>3)</sup> kteří jsou u ní zaregistrováni.

(3) Zaměstnanecká pojišťovna se zapisuje do obchodního rejstříku.

(4) Zaměstnanecká pojišťovna **nesmí provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetí osoby a nesmí při náboru pojištěnců, a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob, poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k této zaměstnanecké pojišťovně nebo svým pojištěncům anebo třetím osobám v souvislosti s náborem 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.**

\* \* \*

§ 9a

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

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

(3) Ředitelem zaměstnanecké pojišťovny může být **jmenována osoba, která občan České republiky, který**

a) je plně **svéprávná** způsobilý k právním úkonům,

b) je bezúhonná a

c) má ukončené vysokoškolské vzdělání.

(4) 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.

~~(5) Funkci ředitele zaměstnanecké pojišťovny nemůže z důvodu střetu zájmů vykonávat osoba, která~~

~~a) je ředitelem, členem Správní rady nebo Dozorčí rady jiné zaměstnanecké pojišťovny;~~

~~b) je členem statutárního orgánu, dozorčí rady, společníkem právnické osoby, která je dodavatelem zboží či služeb zaměstnanecké pojišťovně, nebo je zaměstnancem nebo v obdobném právním vztahu k této právnické osobě;~~

~~e) jako fyzická osoba podnikající dodává zboží či služby zaměstnanecké pojišťovně, nebo~~

~~d) je v postavení osoby blízké k osobám uvedeným v písmenech a) až e).~~

**(5) Ředitelem zaměstnanecké 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 zaměstnanecká pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu,**

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

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

**g) jako podnikající fyzická osoba dodává zboží či služby zaměstnanecké pojišťovně.**

(6) Funkci ředitele zaměstnanecké pojišťovny nemůže vykonávat osoba, která v posledních 5 letech vykonávala funkci ředitele, člena Správní rady nebo člena Dozorčí rady jiné zaměstnanecké pojišťovny, která byla zrušena s likvidací podle § 6 odst. 6.

**(7) Neexistenci překážek podle odstavců 5 a 6 osvědčuje osoba čestným prohlášením. V čestném prohlášení je osoba povinna uvést pravdivé údaje, opatřit jej vlastnoručním podpisem a doručit zaměstnanecké pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny.**

~~(7)~~ **(8) Výkon funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny končí**

- a) uplynutím funkčního období,
- b) odvoláním,
- c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce **nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 10, že přestal splňovat podmínky pro výkon funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny**, Správní radě,
- d) dnem nabytí právní moci rozsudku,  ~~kterým byl zbaven způsobilosti k právním úkonům~~ **nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům o omezení svéprávnosti**,
- e) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 22a odst. 1 písm. a) nebo b),
- ⇒ f) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v odstavci 4, nebo
- ⇒ g) úmrtím, **prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného.**

~~(8)~~ (9) Uvolní-li se funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny před uplynutím jeho funkčního období, jmenuje Správní rada nového ředitele zaměstnanecké pojišťovny nejpozději do 60 kalendářních dnů. Do doby jmenování nového ředitele zaměstnanecké pojišťovny vykonává tuto funkci vedoucí zaměstnanec zdravotní pojišťovny, kterého výkonem této funkce pověří Správní rada.

~~(9)~~ (10) Ředitel zaměstnanecké pojišťovny je povinen bez zbytečného odkladu oznámit Správní radě, že u něj nastala některá ze skutečností uvedených v odstavci 5, které brání výkonu funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny ~~z důvodu střetu zájmů.~~

## § 10

(1) Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou ředitel zaměstnanecké pojišťovny, Správní rada a Dozorčí rada.

(2) Správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje o

- a) schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy,
- b) schválení zásad smluvní politiky,
- c) žádosti zaměstnanecké pojišťovny o úvěr,
- d) nákupu nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč,
- e) nákupu hmotného a nehmotného majetku v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč,
- f) převzetí ručitelského závazku,
- g) použití prostředků rezervního fondu,

h) o návrhu na podání žádosti o povolení sloučení zaměstnaneckých pojišťoven,

i) dalších důležitých věcech, které souvisí s činností zaměstnanecké pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

(3) Správní radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří 5 členů jmenovaných vládou a 10 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že 5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(4) Správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí Správní rady podle odstavce 2 písm. a), c), f) až h) je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady zaměstnanecké pojišťovny. K ostatním rozhodnutím Správní rady podle odstavce 2 je třeba souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů. Správní rada je usnášeníschopná, jestliže je přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů.

(5) Dozorčí radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří

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

b) 6 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

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

(7) 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. Členem Správní rady nebo Dozorčí rady se dále nemůže stát osoba, která v posledních 5 letech vykonávala funkci ředitele, člena Správní rady nebo člena Dozorčí rady jiné zaměstnanecké pojišťovny, která byla zrušena s likvidací podle § 6 odst. 6.

(8) Funkční období člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny činí 4 roky. Členy orgánu lze z funkce odvolat i před uplynutím funkčního období.

(9) Člen Správní rady a Dozorčí rady nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k zaměstnanecké pojišťovně; má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a za výkon funkce mu lze poskytnout odměnu ve výši stanovené ve zdravotně pojistném plánu.

(10) Pravidla jednání a způsob rozhodování orgánů zaměstnanecké pojišťovny upraví

statut zaměstnanecké pojišťovny.

~~(11) Funkci člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nemůže z důvodu střetu zájmů zastávat osoba, která~~

~~a) je členem statutárního orgánu, dozorčí rady, společníkem právnické osoby, která je dodavatelem zboží či služeb zaměstnanecké pojišťovně, nebo je zaměstnancem či v obdobném právním vztahu k této právnické osobě,~~

~~b) jako fyzická osoba podnikající dodává zboží či služby zaměstnanecké pojišťovně,~~

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

**(11) Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny nesmí být osoba, která**

**a) je vedoucím zaměstnancem nebo členem orgánu jiné zdravotní pojišťovny; členství v orgánu jiné zdravotní pojišťovny není překážkou, je-li člen jmenován vládou,**

**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 zaměstnanecká pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu,**

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

**f) je společníkem, statutárním orgánem nebo členem orgánu právnické osoby, který je dodavatelem zboží nebo služeb zaměstnanecké pojišťovně, nebo**

**g) jako podnikající fyzická osoba dodává zboží či služby zaměstnanecké pojišťovně.**

**(12) Neexistenci překážek podle odstavců 7 a 11 osvědčuje osoba čestným prohlášením. V čestném prohlášení je osoba povinna uvést pravdivé údaje, opatřit jej vlastnoručním podpisem a doručit zaměstnanecké pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce.**

~~(12)~~ **(13) Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonná osoba, která dosáhla bezúhonný občan České republiky s trvalým pobytem na jejím území, který dosáhl věku nejméně 25 let. Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny a vedoucím pracovníkem nesmí být občan, který je v zaměstnaneckém nebo obdobném vztahu k subjektu, se kterým uzavřela zaměstnanecká pojišťovna smlouvu o**

~~poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu.~~

**(14) Volený člen orgánu zaměstnanecké pojišťovny je povinen bez zbytečného odkladu oznámit zaměstnanecké pojišťovně, že u něj nastala některá ze skutečností uvedených v odstavci 11, které brání výkonu funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny. Jde-li o člena orgánu, který byl jmenován, je povinen tuto skutečnost bez zbytečného odkladu oznámit zaměstnanecké pojišťovně a tomu, kdo navrhl vládě jeho jmenování.**

~~(13) Výkon funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny končí~~

~~a) uplynutím funkčního období,~~

~~b) odvoláním,~~

~~e) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce předsedovi příslušného orgánu zaměstnanecké pojišťovny,~~

~~d) dnem, kdy se stal člen, který je do orgánu volen zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, nebo~~

~~e) úmrtím nebo dnem prohlášení za mrtvého.~~

**(15) Výkon funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny končí**

**a) uplynutím funkčního období,**

**b) odvoláním,**

**c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 14 zaměstnanecké pojišťovně,**

**d) dnem, kdy se stal člen, který je do orgánu volen zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny,**

**e) dnem nabytí právní moci rozsudku o omezení svéprávnosti,**

**f) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 9a odst. 4,**

**g) úmrtím, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného, nebo**

**h) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 22a odst. 1 písm. a) nebo c).**

\* \* \*

§ 14a



**(1) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna bezplatně předat Ministerstvu zdravotnictví na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 21, které jsou nezbytné k výkonu působnosti Ministerstva zdravotnictví 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) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna bezplatně předat informace podle odstavce 1 písm. c) a d) nezbytné pro výkon působnosti Ministerstva financí tomuto ministerstvu, pokud o to požádá.**

**(3) Předáváním informací podle odstavce 1 a 2 nejsou dotčena ustanovení jiných právních předpisů upravujících ochranu osobních údajů.**

**(4) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna bezplatně poskytnout Českému statistickému úřadu na základě jeho žádosti údaje z informačního systému podle § 21 nezbytné pro výkon jeho působnosti<sup>24)</sup>, zejména pro sestavování Zdravotnického účtu České republiky.**

<sup>24)</sup> Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

\* \* \*

## § 16

### Fondy zaměstnanecké pojišťovny

**(1) Zaměstnanecká pojišťovna vytváří a spravuje**

- a) základní fond zdravotního pojištění,**
- b) rezervní fond,**
- c) provozní fond,**
- d) sociální fond,**
- e) fond investičního majetku,**
- f) fond reprodukce investičního majetku.**

**(2) Vojenská zdravotní pojišťovna vytváří a spravuje vedle fondů uvedených v odstavci 1 fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany podle zvláštního právního předpisu.<sup>16a)</sup>**

(3) Vojenská zdravotní pojišťovna může vytvářet fond pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec hrazených služeb pro vojáky v činné službě a žáky vojenských škol.

(4) Zaměstnanecká pojišťovna může vytvářet fond prevence. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby, u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a které jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít 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 ~~zdravotní péče zdravotních služeb~~, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Zdrojem fondu jsou finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění stanoveného statutárním orgánem zaměstnanecké pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění zaměstnanecká pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem zaměstnanecké pojišťovny, a příjmy podle § 19 odst. 1.

(5) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna zabezpečit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání prostředků. Zaměstnanecká pojišťovna je povinna vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupů účtování pro zdravotní pojišťovny, které vydá Ministerstvo financí.

(6) 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 zaměstnanecké pojišťovny, s výjimkou nákladů na činnosti podle § 8, 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 zaměstnanecká pojišťovna použít k tvorbě provozního fondu za každé účetní období, včetně postupu propočtu tohoto limitu. Ministerstvo financí po projednání s Ministerstvem zdravotnictví a s Ministerstvem obrany stanoví vyhláškou podrobné podmínky tvorby a užití finančních prostředků fondů uvedených v odstavcích 2 a 3.

(7) 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 investičního majetku<sup>18)</sup> čerpaného v souladu s rozhodnutím správní rady ve prospěch zaměstnanců zaměstnanecké pojišťovny se převádí k 1. lednu 1999 jako mimořádný příděl sociálního fondu. Pokud zaměstnanecká 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 zaměstnanecká pojišťovna rezervní fond naplněn, převede zůstatky účelových fondů do základního fondu. Převod ostatních zůstatků účelových fondů provede zaměstnanecká pojišťovna v souladu s podmínkami uvedenými ve vyhlášce Ministerstva financí s využitím převodových můstků nové účtové osnovy.

**(8) Pokutu uloženou podle tohoto zákona nebo jiného právního předpisu je zaměstnanecká pojišťovna povinna hradit z prostředků provozního fondu.**

\* \* \*

## § 18

### Rezervní fond zaměstnanecké pojišťovny

(1) Výše rezervního fondu činí ~~1,5~~ **0,75** % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly převodem části zůstatku základního fondu. Zaměstnanecká pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou, cenných papírů vydávaných obcemi, veřejně obchodovatelných dluhopisů vydaných obchodními společnostmi a přijatých k obchodování na burze cenných papírů, veřejně obchodovatelných akcií a podílových listů přijatých k obchodování na regulovaném trhu<sup>22)</sup> a pokladničních poukázek České národní banky; tyto cenné papíry a pokladniční poukázky České národní banky zůstávají součástí rezervního fondu. Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout pod minimální výši. Nejde-li o případy uvedené v předchozí větě, je zaměstnanecká pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené výši. Zaměstnanecká pojišťovna je povinna rezervní fond naplnit do tří let ode dne získání povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění.

(2) V případě vyčerpání jedné poloviny tohoto fondu je zaměstnanecká pojišťovna povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví návrh opatření.

(3) Je-li vyčerpání fondu uvedené v odstavci 2 způsobeno nedostatky v hospodaření zaměstnanecké pojišťovny, rozhodne Ministerstvo zdravotnictví o dohledu nad dalším hospodařením zaměstnanecké pojišťovny, případně o dalších opatřeních k řešení vzniklých nedostatků.

## § 19

### Nakládání s finančními prostředky

(1) Finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu zaměstnanecké pojišťovny a příjmy plynoucí z pokut, přírůzků k pojistnému a penále účtovaných touto pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění může zaměstnanecká pojišťovna použít jako zdroj fondu prevence až v případě, kdy má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně.

(2) Finanční prostředky zaměstnanecké pojišťovny musí být uloženy v bance požívající výhody jednotné licence podle práva ~~Evropských společenství~~ **Evropské unie**.

(3) Zaměstnanecká pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele<sup>13)</sup> a podnikat<sup>14)</sup> s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.

\* \* \*

## § 22

nadpis vypuštěn

(1) Členové a náhradníci orgánů zaměstnanecké 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 zaměstnanecké pojišťovně. Povinnosti mlčenlivosti mohou být tyto osoby zproštěny pouze písemně s uvedením rozsahu a účelu tím, v jehož zájmu mají tuto povinnost.

(2) 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 zaměstnanecké pojišťovny ~~ve vztahu k soudům a orgánům činným v trestním řízení~~ při uplatňování nároků zaměstnanecké pojišťovny vyplývajících ze zákona.

(3) Zaměstnanecká 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.

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

## ČÁST PÁTÁ

**S účinností od 1. července 2015:**

### ZAJIŠŤOVACÍ FOND

#### § 22a

(1) Tímto zákonem se zřizuje Zajišťovací fond (dále jen "Fond"), který je právnickou osobou. Fond se zapisuje do obchodního rejstříku. Fond není státním fondem ve smyslu zvláštního zákona.

(2) Fond slouží k úhradě hrazených služeb poskytnutých poskytovateli pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny likvidované podle 6 odst. 6 písm. a) v případech, kdy nebyly ke dni skončení likvidace zaměstnanecké pojišťovny uspokojeny všechny splatné pohledávky poskytovatelů, a v případech, kdy zaměstnanecká pojišťovna má více věřitelů a není schopna po delší dobu plnit své splatné závazky, nebo je-li předlužena.

(3) Fond může investovat peněžní prostředky do státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou nebo poukázek České národní banky.

(4) Fond je řízen pětičlennou správní radou. Členy správní rady jmenuje ministr zdravotnictví. Členové správní rady jsou jmenováni na období pěti let, a to i opakovaně. Za výkon funkce člena správní rady nenáleží odměna.

(5) Podrobnosti o činnosti Fondu upraví statut Fondu, který vydá Ministerstvo zdravotnictví.

**(6) Fond se zrušuje bez likvidace k 31. prosinci 2015.**

**(7) Finanční prostředky Fondu představující zejména příspěvky jednotlivých zdravotních pojišťoven a jejich výnosy Fond rozdělí na jednotlivé částky tak, že každé zdravotní pojišťovně, která do Fondu přispívala, nebo právnímu nástupci takové zdravotní pojišťovny přiřadí částku, jejíž výše se stanoví jako součin celkové výše finančních prostředků Fondu a koeficientu stanoveného jako podíl souhrnné výše všech ročních příspěvků zdravotní pojišťovny do Fondu a souhrnné výše všech ročních příspěvků všech zdravotních pojišťoven do Fondu. Fond převede jednotlivé částky stanovené postupem podle věty první na účty zdravotních pojišťoven nebo jejich právních nástupců nejpozději ke dni předcházejícímu dni zrušení Fondu.**

**(8) Nejpozději ke dni předcházejícímu dni zrušení Fondu sestaví Fond účetní závěrku a všechny účetní záznamy a ostatní dokumentaci předá Ministerstvu zdravotnictví.**

**(9) Ministerstvo zdravotnictví podá návrh na výmaz Fondu z obchodního rejstříku do 15 dnů ode dne jeho zrušení. Funkční období správní rady Fondu končí dnem zrušení Fondu.**

**S účinností od 1. února 2016:**

## **ZAJIŠŤOVACÍ FOND**

### **§ 22a**

~~(1) Tímto zákonem se zřizuje Zajišťovací fond (dále jen "Fond"), který je právnickou osobou. Fond se zapisuje do obchodního rejstříku. Fond není státním fondem ve smyslu zvláštního zákona.~~

~~(2) Fond slouží k úhradě hrazených služeb poskytnutých poskytovateli pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny likvidované podle 6 odst. 6 písm. a) v případech, kdy nebyly ke dni skončení likvidace zaměstnanecké pojišťovny uspokojeny všechny splatné pohledávky poskytovatelů, a v případech, kdy zaměstnanecká pojišťovna má více věřitelů a není schopna po delší dobu plnit své splatné závazky, nebo je-li předložena.~~

~~(3) Fond může investovat peněžní prostředky do státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou nebo poukázek České národní banky.~~

~~(4) Fond je řízen pětičlennou správní radou. Členy správní rady jmenuje ministr zdravotnictví. Členové správní rady jsou jmenováni na období pěti let, a to i opakovaně. Za výkon funkce člena správní rady nenáleží odměna.~~

~~(5) Podrobnosti o činnosti Fondu upraví statut Fondu, který vydá Ministerstvo zdravotnictví.~~

~~(6) Fond se zrušuje bez likvidace k 31. prosinci 2015 podle jiného právního předpisu.~~

### **§ 22b**

~~(1) Fond poskytne úhradu poskytovateli na základě jeho žádosti, jsou-li splněny podmínky podle § 22a odst. 2. Fond má právo přezkoumat oprávněnost poskytnutí zdravotní péče, kterou má uhradit; ustanovení tohoto zákona a ostatních zákonů o povinné mlčenlivosti zaměstnanců zaměstnanecké pojišťovny se nepoužijí.~~

~~(2) Úhrada se poskytne takto:~~

~~a) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí hrazených služeb registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 200 Kč na jednoho pojištěnce,~~

~~b) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí hrazených služeb poskytovatelem v jiném oboru, než je uvedeno v písmenu a), ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 900 Kč na jednoho pojištěnce,~~

~~e) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu poskytnutí lůžkové zdravotní péče, ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 1200 Kč na jednoho pojištěnce,~~

~~d) pokud jde o pohledávky vzniklé z titulu výdeje léčiv na základě lékařského předpisu, ve výši 80 % dlužné částky, nejvýše však 700 Kč na jednoho pojištěnce.~~

~~(3) Právo poskytovatele na úhradu z Fondu se promlčí uplynutím pěti let ode dne stanoveného podle odstavce 1.~~

#### ~~§ 22e~~

~~Fond se stává věřitelem zdravotní pojišťovny ve výši práv poskytovatelů na plnění z Fondu.~~

## **ČÁST ŠESTÁ**

### **SPRÁVNÍ DELIKTY**

#### **§ 22d**

#### **Přestupky**

**(1) Fyzická osoba se dopustí přestupku tím, že**

**a) uvede v čestném prohlášení nepravdivé údaje v rozporu s**

**1. § 9a odst. 7, nebo**

**2. § 10 odst. 12,**

**b) jako ředitel zaměstnanecké pojišťovny v rozporu s § 9a odst. 10 neoznámí Správní radě, že u něj nastala některá ze skutečností, které brání výkonu funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny, nebo**

**c) jako volený nebo jmenovaný člen orgánu zaměstnanecké pojišťovny v rozporu s § 10 odst. 14 neoznámí zaměstnanecké pojišťovně nebo tomu, kdo vládě navrhl jeho**

**jmenování, že u něj nastala některá ze skutečností, které brání výkonu funkce člena orgánu zaměstnanecké 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).**

## **§ 22e**

### **Správní delikty právnických osob**

**(1) Zaměstnanecká pojišťovna se dopustí správního deliktu tím, že**

**a) provádí nábor pojištěnců v rozporu s § 5 odst. 4,**

**b) nepodá Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření podle § 7 odst. 1,**

**c) neposkytne Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí na jejich žádost informace z informačního systému zaměstnanecké pojišťovny podle § 14a,**

**d) nepředloží Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora podle § 15 odst. 2, nebo**

**e) v rozporu s § 19 odst. 3 vlastní majetkový podíl na právnické osobě, která je poskytovatelem, nebo podniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.**

**(2) Za správní delikt se uloží pokuta do**

**a) 200 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. b),**

**b) 1 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. d) nebo e),**

**c) 2 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. c),**

**d) 5 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. a).**

## **§ 22f**

### **Společná ustanovení ke správním deliktům**

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

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

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

(4) Správní delikty a přestupky podle tohoto zákona projednává Ministerstvo zdravotnictví.

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

(6) Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.

## ~~ČÁST ŠESTÁ~~

## ~~ČÁST SEDMÁ~~

~~\* \* \*~~

### ~~§ 23a~~

~~(1) Za porušení povinností uvedených v § 15 odst. 2 může Ministerstvo zdravotnictví uložit zaměstnanecké pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč a za porušení povinností uvedených v § 5 odst. 4 až do výše 1 000 000 Kč. Za porušení povinností podle zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění<sup>15)</sup> může Ministerstvo zdravotnictví uložit zaměstnanecké pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč.~~

~~(2) Pokutu podle odstavce 1 lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy se Ministerstvo zdravotnictví dozvědělo o porušení povinností, nejpozději však do pěti let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo. Při stanovení výše pokuty se přihlédne k míře závažnosti porušení povinností.~~

~~(3) Pokuta podle odstavce 1 je příjmem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.<sup>16)</sup>~~

~~(4) Pokutu podle odstavce 1 nesmí zaměstnanecká pojišťovna hradit z prostředků základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu.~~