

Pozměňovací návrh

**poslankyně Soni Markové k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
(sněmovní tisk č. 10)**

ZÁKON

ze dne 2014,

kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

Čl. I

Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb., zákona č. 2/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 363/1999 Sb., zákona č. 18/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 155/2000 Sb., nálezu Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 167/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 459/2000 Sb., zákona č. 176/2002 Sb., zákona č. 198/2002 Sb., zákona č. 285/2002 Sb., zákona č. 309/2002 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 222/2003 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 362/2003 Sb., zákona č. 424/2003 Sb., zákona č. 425/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 85/2004 Sb., zákona č. 359/2004 Sb., zákona č. 422/2004 Sb., zákona č. 436/2004 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 123/2005 Sb., zákona č. 168/2005 Sb., zákona č. 253/2005 Sb., zákona č. 350/2005 Sb., zákona č. 361/2005 Sb., zákona č. 47/2006 Sb., zákona č. 109/2006 Sb., zákona č. 112/2006 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 165/2006 Sb., zákona č. 189/2006 Sb., zákona č. 214/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 264/2006 Sb., zákona č. 340/2006 Sb., nálezu Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 57/2007 Sb., zákona č. 181/2007 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 129/2008 Sb., zákona č. 137/2008 Sb., zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 274/2008 Sb., zákona č. 306/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 158/2009 Sb., zákona č. 227/2009 Sb., zákona č. 281/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 365/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 1/2012 Sb., zákona č. 275/2012 Sb., zákona č. 401/2012 Sb., zákona č. 403/2012 Sb., zákona č. 44/2013 Sb. a nálezu Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 238/2013 Sb., se mění takto:

1. V § 11 odst. 1 se písmeno i) zrušuje.

Dosavadní písmena j) a k) se označují jako písmena i) a j).

2. V § 11 odst. 1 písmeno i) se slova „regulačního poplatku podle § 16a odst. 1 písm. d) a o zaplacení“ zrušují.
3. V § 11 odst. 1 písmeno j) se slova „regulační poplatky a“ zrušují.
4. V § 12 se písmeno m) zrušuje.
Dosavadní písmeno n) se označuje jako písmeno m).
5. § 16a se včetně nadpisu zrušuje.
6. V nadpisu § 16b se slova „regulačních poplatků a“ zrušují.
7. V § 16b odst. 1 větě první se slova „regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a za“ a slova „5 000 Kč, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši“ se zrušují.
8. V § 16b se za odstavec 1 vkládá nový odstavec 2, který zní:
„(2) Poskytovatel lékařské péče je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o doplatecích vybraných za plně nebo částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s uvedením čísla pojištěnce, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.“
Dosavadní odstavce 2 a 3 se označují jako odstavce 3 a 4.
9. V § 16b odst. 3 větě první a druhé se slova „regulačních poplatků a“ a slova „podle § 16a odst. 7 a 8“ zrušují a za slovy „oznámených poskytovateli“ se doplňují slova „lékárenské péče“.
10. V § 43 odstavec 2 větě první a druhé se slova „regulačních poplatků podle § 16a a“ zrušují
11. V § 53 odst. 1 větě druhé v části za středníkem se slova „regulačních poplatků, které se započítávají do limitu podle § 16b a doklady o zaplacení“ zrušují.

Čl. II

Přechodná ustanovení

Zápočet částek uhrazených pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem pro účely limitů přede dnem účinnosti tohoto zákona se provede podle zákona ve znění účinném přede dnem účinnosti tohoto zákona.

ČÁST DRUHÁ

Změna souvisejících zákonů

Čl. III

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění zákona č. 592/1992 Sb., zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 305/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 69/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb.,

zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 188/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 458/2011 Sb., se mění takto:

1. V § 5 písmeno e) se slova „regulační poplatky a“ zrušují.
2. V poznámce pod čarou 1b se slova „16a a“ zrušují.
3. V § 7 odst. 1 písmeno a) větě druhé se slova „regulační poplatky a “ zrušují.

Čl. IV

Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 351/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 188/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 458/2011 Sb., se mění takto:

1. V § 13 písmeno e) se slova „regulační poplatky a“ zrušují.
2. V poznámce pod čarou 1b se slova „16a a“ zrušují.
3. V § 17 odst. 1 větě první se slova „regulační poplatky a “ zrušují.

ČÁST TŘETÍ

Čl. V

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po dni jeho vyhlášení.

Důvodová zpráva

Obecná část:

Popis současného právního stavu :

Části zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, navrhované předkladateli ke zrušení, se součástí zákona staly jeho změnou přijatou zákonem č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů v části čtyřicáté. Ke změně došlo přijetím rozsáhlého pozměňovacího návrhu předloženého v průběhu druhého čtení jako typický „přílepek“ – tedy bez možnosti dostatečného posouzení a projednání v řádném legislativním procesu – jenž není v legislativní tvorbě přípustný, což potvrdila již judikatura Ústavního soudu.

Přijetím návrhu došlo pro občany, zejména pak pro nízkopříjmové, sociálně slabé a sociálně ohrožené skupiny, k výrazným negativním změnám spočívajícím v zavedení spoluúčasti občanů na hrazení zdravotní péče formou regulačních poplatků. Principy a výše regulačních poplatků, výjimky z povinnosti regulační poplatky hradit, jejich limity a limity doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jsou obsaženy zejména v § 16a a § 16b zákona. Návrh na zrušení regulačních poplatků a doplatků obsažený ve sněmovním tisku č. 504 projednala a přijala Sněmovna na konci roku 2008. Návrh zákona byl Senátem vrácen do Sněmovny s pro předkladatele nepřijatelnými pozměňovacími návrhy a v této nepřijatelné podobě byl Sněmovnou dne 11.2.2009 přijat těsnou většinou hlasů. Také další dva návrhy obsažené ve sněmovních tiscích č. 735 (poslanecký návrh zákona) a 739 (návrh předložený krajským zastupitelstvem) byly Senátem vráceny do Sněmovny a zde v závěrečném hlasování těsně neprošly.

Důvod předložení :

- 1) I nadále se předkladatelé ztotožňují s výhradami k zavedení regulačních poplatků ve zdravotní péči obsaženými ve Sněmovnou projednávaných sněmovních tiscích číslo 503,504, 735 a 739 a ve vystoupeních zástupců opozice při jejich projednávání v Parlamentu ČR.
- 2) Zrušení poplatků může výrazně ulehčit situaci osobám potřebujícím zdravotní péči ohroženým v současné době také stále negativními dopady ekonomické krize a zhoršením jejich sociální situace. Jejich postavení se zhoršilo ještě více zavedením daňových úprav, které mají přímý dopad na zvýšení jejich výdajů.
- 3) Úplné a celoplošné zrušení poplatků a doplatků zákonem je „nejčistším“ řešením stávající situace v rámci celé ČR.

Předkládaný návrh zákona nezasahuje do ustanovení zákonů, jimiž dochází ke změně zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 551/1991 Sb. a zákona č. 280/1992 Sb. s účinností od 1.1.2015.

Současná praxe ukazuje, že se ne vždy postupuje zcela v souladu s platnou právní úpravou pokud jde o regulační poplatky. Poplatky se nedostávají zpět do systému, ale stávají se příjmem těch, kteří je vybírají. Dále praxe ukázala, že regulační poplatky nepřinesly žádný přínos do systému v tom smyslu, že by zdravotnictví mělo dostatek peněz. Proto se navrhuje jejich zrušení.

Soulad navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem České republiky, s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána, a s právem Evropské unie

Předkládaný návrh je v souladu s ústavním pořádkem České republiky. Sleduje odstranění důsledků, k nimž došlo při schvalování zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci

veřejných rozpočtů a zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví. Jeho účelem je zaručit právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem tak, jak je zakotvuje čl. 31 věta druhá Listiny základních práv a svobod. Návrh není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána ani s právem Evropské unie.

Předpokládaný finanční dopad navrhované právní úpravy:

Návrh bude mít pozitivní dopad do životních nákladů sociálně slabších skupin obyvatelstva.

Zvláštní část :

K čl. I

Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění se vypouští všechna ustanovení týkající se regulačních poplatků, nově zavedených zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Na hrazení doplatků za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené ze zdravotního pojištění se nově zavádí limit 2 500 Kč na kalendářní rok. Informace o výši doplatků u jednotlivých pojištěnců předávají pojišťovnám poskytovatelé lékařské péče. Evidenci doplatků a navracení doplatků nad stanovený limit zpět pojištěnci provádějí zdravotní pojišťovny.

K čl. II

Přechodným ustanovením je zabezpečeno, aby byl řádně zajištěn a proveden zápočet pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem uhrazených částech započítávaných do limitu.

K čl. III (body 1 až 3)

Ze zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky se vypouští všechna ustanovení týkající se regulačních poplatků, nově zavedených zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

K čl. IV

Ze zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách se vypouští všechna ustanovení týkající se regulačních poplatků, nově zavedených zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

K čl. V

Navrhuje se nabytí účinnosti předloženého zákona prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po dni jeho vyhlášení. Umožní se tak pojištěncům i zdravotnickým zařízením lépe určit den, od něhož již regulační poplatky nebudou placeny. Regulační poplatky vybrané od 1. ledna 2008 až do dne účinnosti navrženého zákona se nebudou vracet a zůstanou příjmem zdravotnického zařízení.

V Praze dne 5. 2. 2014

Znění dotčených částí zákonů s vyznačením navrhovaných změn
(text navrhovaný ke zrušení je označen přeškrtnutým písmem, nově navrhovaný text je zapsán tučným písmem)

48/1997 Sb.

ZÁKON

ze dne 7. března 1997

o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

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 pojišťovny¹⁹⁾ 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,
- b) na výběr poskytovatele zdravotních služeb (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 lékárenské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu,

f) vybrat si variantu poskytnutí zdravotních služeb podle [§ 13](#),

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,~~

~~ji) 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 lékárenské péče; poskytovatel lékárenské péče je povinen tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,~~

~~kj) 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](#).~~

(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 pojištěnci 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 pojišťovny¹⁸⁾ 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,^{22a)} s výjimkou vojáků v záloze povoláných k vojenskému cvičení, a za žáky vojenských škol,^{22b)} 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 předpisu²⁸⁾, 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^{22c)} 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.

§ 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 zahraničí,
- 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](#),
- ~~nn)~~ uhradit poskytovateli, popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní

služby, rozdíl mezi cenou poskytnutých zdravotních služeb a výší úhrady ze zdravotního pojištění podle [§ 13](#).

§ 16a

Regulační poplatky

~~(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazených služeb hradit poskytovateli, který hrazené služby poskytl, regulační poplatek ve výši~~

~~a) 30 Kč za~~

- ~~1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření^{27a)} (dále jen "návštěva") u lékaře poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u lékaře poskytovatele v oboru zubní lékařství;~~
- ~~2. návštěvu u lékaře poskytovatele specializované ambulantní péče;~~
- ~~3. návštěvní službu poskytnutou lékařem poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost;~~

~~b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa;~~

~~c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda;~~

~~d) 30 Kč za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení;~~

~~e) 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství (dále jen „pohotovostní služba“) v pracovní dny v době od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli a ve svátek, není-li tato doba pravidelnou ordinační dobou poskytovatele zajišťujícího pohotovostní službu; regulační poplatek za využití pohotovostní služby se neplatí, pokud dojde k následnému přijetí pojištěnce do lůžkové péče;~~

~~f) 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována lůžková péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle [§ 25](#) hrazen ze zdravotního pojištění. Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.~~

~~(2) Regulační poplatek podle [odstavce 1 písm. a\) až f\)](#) se neplatí~~

~~a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech^{27d)}, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy^{27e)} nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením^{27h)} nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc²⁷ⁱ⁾ nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,~~

~~b) při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem^{27j)} bez jeho souhlasu do lůžkové péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud^{27k)} nebo při výkonu zabezpečovací detence;~~

~~c) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené~~

~~izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu^{27f)};~~

~~d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu^{27g)}, ne starším 30 dnů;~~

~~e) při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantčního zákona^{27h)};~~

~~f) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu^{27m)} poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu²⁷ⁿ⁾ méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.~~

(3) Regulační poplatek podle [odstavce 1 písm. a\)](#) se neplatí, jde-li o

~~a) preventivní prohlídku ([§ 29](#), [30](#) a [35](#));~~

~~b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v [§ 31 odst. 1 písm. b\) a d\)](#);~~

~~c) hemodialýzu;~~

~~d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření^{27a)};~~

~~e) vyšetření lékařem poskytovatele transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně;~~

~~f) děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.~~

(4) Regulační poplatek podle [odstavce 1 písm. f\)](#) se neplatí při lůžkové péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení lůžkové péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.

(5) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

(6) Regulační poplatek podle [odstavce 1 písm. a\) až e\)](#) se platí poskytovateli v souvislosti s poskytováním hrazených služeb. Regulační poplatek podle [odstavce 1 písm. f\)](#) se platí poskytovateli nejdéle do 8 kalendářních dnů po ukončení hospitalizace, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec hospitalizován po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni kalendářního měsíce. Poskytovatel je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení regulačního poplatku, s uvedením čísla pojištěnce, výše regulačního poplatku, otiskem razítka poskytovatele a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o poskytovatele lékařské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle [§ 16b odst. 1](#).

(7) Poskytovatel je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnutých hrazených služeb za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní

čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle [odstavce 1](#), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

~~(8) Poskytovatel lékařské péče je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle [odstavce 1 písm. d\)](#), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek popřípadě doplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle [§ 16b odst. 1](#).~~

~~(9) Poskytovatel je povinen regulační poplatek uvedený v [odstavci 1](#) od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle [odstavce 2 až 4](#). Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.~~

~~(10) Poskytovatel nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazených služeb, které podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhají. Při zjištění opakovaného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.~~

~~(11) Opakované udělení pokuty poskytovateli podle [odstavců 9 a 10](#) je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez výpovědní lhůty podle [§ 17 odst. 2](#).~~

§ 16b

Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

(1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za regulační poplatky podle [§ 16a odst. 1 písm. a\) až d\)](#) a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši 2 500 Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit ([§ 32 odst. 2](#)); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro

zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(2) Poskytovatel lékařské péče je povinen sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o doplatcích vybraných za plně nebo částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s uvedením čísla pojištěnce, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.

(23) Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet ~~regulačních poplatků~~ a doplatků započítatelných do limitu, oznámených poskytovateli zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 7 a 8, limit podle odstavce 1, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit podle odstavce 1 již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu ~~regulačních poplatků~~ a doplatků započítatelných do limitu za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených poskytovateli **lékárenské péče** zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 7 a 8, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku podle věty první nebo druhé, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhla 50 Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

(34) Při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle odstavce 2. Částku podle odstavce 2 uhradí pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Zdravotní pojišťovna uvedená ve větě druhé oznámí zdravotním pojišťovnám, u kterých byl pojištěnec v kalendářním roce pojištěn, celkovou částku, o kterou byl limit tohoto pojištěnce překročen, jakož i poměrnou částku vypočtenou podle doby pojištění připadající na pojišťovnu, které je částka oznamována. Zdravotní pojišťovny jsou povinny částku na ně připadající uhradit zdravotní pojišťovně uvedené ve větě druhé do 30 dnů ode dne doručení oznámení o výši této částky.

§ 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 písemný souhlas, může být tento osobní účet zpřístupněn i ošetřujícímu lékaři pojištěnce.

ČÁST DESÁTÁ

USTANOVENÍ SPOLEČNÁ

§ 53

Rozhodování

(1) Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se přirážek 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,⁴⁷⁾ 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 pojištěnec 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 platebními výměry. Platební výměr na dlužné pojistné je vykonatelný bez ohledu na právní moc, jestliže od jeho doručení uplynulo 15 dnů s výjimkou rozhodování o vracení přeplatku na pojistném, snížení záloh na pojistné a hrazení částek podle [§ 16b](#).

(2) Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předepsat 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^{47a)} nebo správní⁴⁷⁾ 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.

Vybraná ustanovení novel

[Čl. XXVIII zákona č. 458/2011 Sb.](#)

Přechodná ustanovení

1. Výše a podmínky úhrady těch léčivých přípravků, které mohou být vydávány i bez lékařského předpisu, zanikají dnem 30. června 2012 u těch léčivých přípravků, u kterých

Ústav do 1. června 2012 neobdrží žádost od všech zdravotních pojišťoven o ponechání úhrady při poskytování ambulantních zdravotních služeb ve veřejném zájmu. Řízení o stanovení, změně, zrušení nebo nepřiznání úhrady těmto léčivým přípravkům se nevede, a je-li vedeno, dnem zániku úhrady se takové řízení zastavuje.

2. Řízení o zrušení úhrady léčivým přípravkům a potravinám pro zvláštní lékařské účely, jejichž cena pro konečného spotřebitele je nižší nebo rovna 50 Kč, se nevede, a je-li vedeno, dnem zániku úhrady se takové řízení zastavuje.

**Čl. II zákona č./201.
Přechodná ustanovení**

Zápočet částek uhrazených pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem pro účely limitů přede dnem účinnosti tohoto zákona se provede podle zákona ve znění účinném přede dnem účinnosti tohoto zákona.

551/1991 Sb.

ZÁKON

České národní rady

ze dne 6. prosince 1991

o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

§ 5

Výdaje Pojišťovny zahrnují:

- a) platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) podle smluv uzavřených s osobami oprávněnými poskytovat zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách (dále jen „poskytovatel“),
- b) platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny,
- c) úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině,^{1a)}
- d) náklady na činnost Pojišťovny podle [§ 2 odst. 1](#), kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),
- e) úhrady částek, přesahujících limit pro ~~regulační poplatky~~ a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)}.

1b) [§ 16a-a 16b](#) zákona č. [48/1997 Sb.](#), o veřejném zdravotním pojištění a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. [261/2007 Sb.](#)

§ 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 přidělení do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělení dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem, podle [odstavce 3](#) a k úhradám částek přesahujících limit pro ~~regulační poplatky~~ a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)}

b) rezervní fond; výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly 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 trhu¹⁰⁾, 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, 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 můstků nové účtové osnovy.

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

(6) Pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele⁵⁾ a podnikat⁶⁾ s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění.

280/1992 Sb.

ZÁKON

České národní rady

ze dne 28. dubna 1992

o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

§ 13

Výdaje zaměstnanecké pojišťovny

Výdaji zaměstnanecké pojišťovny jsou

- a) platby za hrazené služby podle smluv uzavřených s poskytovateli,
- b) platby jiným zdravotním pojišťovnám anebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny,
- c) úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině.
- d) náklady na činnost zaměstnanecké pojišťovny podle § 8, kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),
- e) úhrady částek, přesahujících limit pro ~~regulační poplatky~~ a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za

podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)}.

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

§ 17

Základní fond zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny

(1) Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě poskytnutých hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost zaměstnanecké pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem a k úhradám částek, přesahujících limit pro ~~regulační poplatky~~ a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhradám podílů na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)}. Zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem.

(2) Schodky vzniklé při hospodaření s tímto fondem jsou kryty finančními prostředky rezervního fondu.