

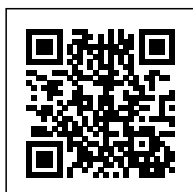


PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY
POSLANECKÁ SNĚMOVNA

VII. volební období

386/0

Vládní návrh 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, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů



Zástupce předkladatele: ministr zdravotnictví
Doručeno poslancům: 7. ledna 2015 v 15:50

V l á d n í n á v r h

ZÁKON

ze dne.....2015,

kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění

Čl. I

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., nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 238/2013 Sb., zákona č. 60/2014 Sb., zákona č. 109/2014 Sb., zákona č. 250/2014 Sb., zákona č. 256/2014 Sb., zákona č. 267/2014 Sb. a zákona č. 1/2015 Sb., se mění takto:

1. V § 3 odst. 2 písm. a) se slovo „úmrtí“ nahrazuje slovem „smrti“.

2. V § 8 odst. 4 se věta pátá nahrazuje větami „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; penále se v takovém případě nevymáhá. 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; penále se v takovém případě nevymáhá. Další prohlášení podle věty první lze zdravotní pojišťovně podat nejdříve po uplynutí 2 celých kalendářních měsíců následujících po dni opětovného přihlášení.“

3. V § 8 se doplňuje odstavce 6, který zní:

„(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 nečerpал 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.“

4. V § 10 odst. 5 se slova „nezletilé nebo osoby bez způsobilosti k právním úkonům“ nahrazují slovy „s omezenou svéprávností“ a na konci textu odstavce se doplňují slova „ , opatrovník nebo poručník“.

5. V § 10 odst. 6 se za slova „zákonný zástupce“ vkládají slova „ , opatrovník nebo poručník“ a za slova „v den jeho narození“ se vkládají slova „ ; 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“.

6. V § 10 odst. 7 se slovo „Úmrtí“ nahrazuje slovem „Smrt“.

7. V § 11 odst. 1 písmeno a) zní:

„a) na výběr zdravotní pojišťovny, nestanoví-li tento zákon jinak,“.

8. Za § 11 se vkládá nový § 11a, který zní:

„§ 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 má ke změně zdravotní pojišťovny dojít. 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 pojišťovny¹⁹⁾, 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 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.“.

9. V § 12 písm. j) bodě 3 se slovo „zahraničí“ nahrazuje slovy „cizině podle § 8 odst. 4“.

10. V § 15 odstavec 3 zní:

„(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.“.

11. V § 17 odstavec 4 zní:

„(4) Poskytovatelé a další subjekty poskytující hrazené služby při vykazování zdravotních výkonů používají seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování a zdravotní pojišťovna tento způsob vykazování akceptuje, nedohodnou-li si se zdravotní pojišťovnou jiný způsob vykazování. Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování.“.

12. V § 17 odst. 5 se za slova „výši úhrad hrazených služeb“ vkládají slova „ , výši záloh na úhradu hrazených služeb“.

13. V § 17 se doplňuje odstavec 9, který zní:

„(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 odstavců 1 a 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.“.

14. V § 30 odst. 2 písm. b) bodě 5 se slova „3 dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce“ nahrazují slovy „se do sedmého měsíce věku pojištěnce aplikují všechny dávky očkovací látky základního očkování podle Ústavem schváleného souhrnu údajů o přípravku“.

15. V § 30 odst. 2 písm. b) bodě 6 se slova „třemi dávkami očkovací látky“ zrušují.

16. V § 36 odst. 2 se slova „zdravotnickou dopravní“ nahrazují slovem „hrazenou“.

17. V § 39 se za slovo „pitvě“ vkládají slova „k nejbližšímu smluvnímu poskytovateli, který je schopen určený druh pitvy podle Listu o prohlídce zemřelého provést,“ a slova „k úmrtí“ se nahrazují slovy „ke smrti“.

18. V § 39l odst. 1 se slova „3 roky“ nahrazují slovy „5 let“.

19. V § 39q odst. 2 písm. a) se slova „písm. b) nebo c)“ nahrazují slovy „písm. a) až c)“.

20. V § 40 odst. 8 se slova „nezletilého pojištěnce nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům“ nahrazují slovy „osoby s omezenou svéprávností“ a za slova „zákonnému zástupci“ se vkládají slova „ , opatrovníkovi nebo poručníkovi“.

21. § 41 zní:

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

n) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za mrtvého uveden jako den smrti popřípadě jako den, který nepřežil,

o) 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) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí mimo území České republiky, stát, na jehož území k úmrtí došlo, popřípadě datum úmrtí,
- o) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za mrtvého uveden jako den smrti nebo den, který cizinec prohlášený za mrtvého 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,
- q) 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.“

22. V § 43 odst. 2 větě poslední se slovo „nebo“ nahrazuje čárkou a za slova „zákonný zástupce“ se vkládají slova „ , opatrovník nebo poručník“.

23. § 45a zní:

„§ 45a

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

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

(5) Odpovědnost zdravotní pojišťovny za správní delikt zaniká, jestliže 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.

(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.“.

24. V § 46 odst. 4 se slova „nebo uchazeč“ nahrazují slovy „, uchazeč nebo obec“.

25. V § 47 odst. 2 písm. a) se za slova „služeb a“ vkládají slova „konkrétně vymezené“.

26. V § 49 odst. 2 větě čtvrté se za slovo „O“ vkládají slova „jednání komise,“ a na konci odstavce se doplňují věty „Předseda komise předá zápis vyhlášovateli neprodleně po skončení jednání komise. Tím činnost komise končí.“.

27. V § 49 se odstavec 3 zrušuje.

Dosavadní odstavec 4 se označuje jako odstavec 3.

28. V § 51 odst. 1 se za slovo „zejména“ vkládají slova „k síti zdravotní pojišťovny v daném oboru a území,“.

29. V § 52 se doplňují odstavce 3 a 4, které znějí:

„(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.“.

30. V § 53 odst. 1 větě třetí se slova „a pravděpodobné výše pojistného“ zrušují a ve větě poslední se za slovo „výměru“ vkládají slova „ve věcech dlužného pojistného“.

31. § 53b včetně nadpisu zní:

„§ 53b

Doručování veřejnou vyhláškou

(1) 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 se účastníkovi řízení prokazatelně nedaří doručovat.

(2) Doručení veřejnou vyhláškou provede zdravotní pojišťovna tak, že písemnost, popřípadě oznámení o možnosti převzít písemnost, vyvěsí na své úřední desce. Písemnost nebo oznámení o možnosti převzít písemnost se zveřejní též způsobem umožňujícím dálkový přístup.“.

32. V příloze č. 1 se za bod 41 vkládá nový bod 42, který zní:

„42.	403	Protonová radioterapie	Z	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.“.
------	-----	------------------------	---	---

Dosavadní body 42 až 57 se označují jako body 43 až 58.

33. V příloze č. 1 se bod 72 zrušuje.

34. V příloze č. 3 oddílu C se v položce 68 slova „a po schválení revizním lékařem“ zrušují.

35. V příloze č. 3 oddílu C se v položce 91 částka „5 800 Kč“ nahrazuje částkou „11 600 Kč“.

36. V příloze č. 3 oddílu C se v položkách 103 a 104 za slovo „vadě“ vkládá slovo „nad“.

37. V příloze č. 3 oddílu C se v položce 149 za slovo „ORP“ vkládá slovo „ , ORT“.

Čl. II

Přechodná ustanovení

1. Smlouvy podle § 17 odst. 1 a § 17 odst. 7 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, včetně jejich změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli zdravotních služeb za poskytnuté zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo rozsah těchto služeb, které jsou účinné ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona, zveřejní zdravotní pojišťovny nejpozději do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.
2. Zdravotní pojišťovny jsou povinny zveřejnit smlouvy podle § 17 odst. 1 a § 17 odst. 7 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, včetně jejich změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli zdravotních služeb za poskytnuté zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo rozsah těchto služeb, uzavřené v roce 2014 nejpozději do 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Čl. III

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., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 60/2014 Sb., zákona č. 109/2014 Sb. a zákona č. 256/2014 Sb., se mění takto:

1. V § 2 odst. 3 se za slovo „Pojišťovna“ vkládají slova „nesmí provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetí osoby a“, slova „ , a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob,“ se zrušují a za slovo „Pojišťovně“ se vkládají slova „nebo svým pojištěncům anebo třetím osobám v souvislosti s nábořem pojištěnců“.
2. V § 7 odst. 1 písm. b) se číslo „1,5“ nahrazuje číslem „0,75“.
3. V § 7 odst. 2 se slova „zdravotní péče“ nahrazují slovy „zdravotních služeb“.
4. V § 7 odst. 5 se slova „Evropských společenství“ nahrazují slovy „Evropské unie“.
5. V § 7 se doplňuje odstavec 7, který zní:

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

6. § 11 včetně poznámky pod čarou č. 11 zní:

„§ 11

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

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

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

(3) Pojišťovna je povinna bezplatně předat Českému statistickému úřadu na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 24, které si Český statistický úřad vyžádá

jako nezbytné k výkonu své působnosti¹¹⁾, zejména pro sestavování Zdravotnického účtu České republiky.

(4) Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a Český statistický úřad mohou žádat jen takové informace z informačního systému podle § 24, které jsou nezbytné k výkonu jejich působnosti.

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

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

7. V § 15 odst. 2 úvodní části ustanovení se slova „jmenován občan České republiky, který“ nahrazují slovy „jmenována osoba, která“.

8. V § 15 odst. 2 písm. a) se slova „způsobilý k právním úkonům“ nahrazují slovem „svéprávná“.

9. V § 15 odst. 2 se slovo „bezúhonný“ nahrazuje slovem „bezúhonná“.

10. V § 15 odstavec 4 zní:

„(4) Ředitelem Pojišťovny nesmí být osoba, která

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

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

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

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

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

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

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

11. V § 15 se za odstavec 4 vkládá nový odstavec 5, který zní:

„(5) Neexistenci překážek podle odstavce 4 osvědčuje osoba čestným prohlášením. V čestném prohlášení je osoba povinna uvést pravdivé údaje, opatřit jej vlastnoručním podpisem nebo jejím uznávaným elektronickým podpisem a doručit Pojišťovně nejpozději

v den předcházející dni začátku výkonu funkce ředitele Pojišťovny, jinak osobě funkce ředitele Pojišťovny zaniká.“.

Dosavadní odstavce 5 až 7 se označují jako odstavce 6 až 8.

12. V § 15 odst. 6 se slova „z důvodu střetu zájmů“ zrušují.

13. V § 15 odst. 7 písm. c) se za slovo „funkce“ vkládají slova „nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 6, že přestal splňovat podmínky pro výkon funkce ředitele Pojišťovny,“.

14. V § 15 odst. 7 se za písmeno c) vkládá nové písmeno d), které zní:

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

Dosavadní písmena d) až f) se označují jako písmena e) až g).

15. V § 15 odst. 7 písm. e) se slova „ , kterým byl zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům“ nahrazují slovy „o omezení svéprávnosti“.

16. V § 15 odst. 7 písmeno g) zní:

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

17. V § 18 odstavec 1 zní:

„(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 zaměstnancem 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 této osoby,

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

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

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

18. V § 18 se za odstavec 4 vkládá nový odstavec 5, který zní:

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

Dosavadní odstavce 5 až 7 se označují jako odstavce 6 až 8.

19. V § 18 odstavec 6 zní:

„(6) Výkon funkce člena orgánu Pojišťovny končí

- a) uplynutím funkčního období,
- b) odvoláním,
- c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 5 Pojišťovně,
- d) dnem nabytí právní moci rozsudku o omezení svéprávnosti,
- e) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 15 odst. 3,
- f) smrtí, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného, nebo
- g) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 23a odst. 1 písm. a) nebo c).“.

20. V § 18 se doplňuje odstavec 9, který zní:

„(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 nebo jejím uznávaným elektronickým podpisem a doručit Pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce, jinak osobě funkce člena orgánu Pojišťovny zaniká.“.

21. Za část čtvrtou se vkládá nová část pátá, která včetně nadpisu zní:

„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, která brání výkonu funkce ředitele Pojišťovny, nebo

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

(2) Za přestupek lze uložit pokutu do

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

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

§ 23b

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 nebo Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora podle § 6 odst. 3,

c) v rozporu s § 7 odst. 6 zřídí nebo provozuje poskytovatele, nebo podniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění,

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

e) neposkytne Ministerstvu zdravotnictví 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.“.

Dosavadní části pátá a šestá se označují jako části šestá a sedmá.

22. V § 24a odst. 3 se slova „ve vztahu k soudům a orgánům činným v trestním řízení“ zrušují.

23. § 24b se zrušuje.

Čl. IV

Přechodné ustanovení

Neprokáží-li osoby, které ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona vykonávají funkci ředitele nebo člena orgánu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, že splňují požadavky stanovené pro její výkon zákonem č. 551/1991 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, výkon jejich funkce končí uplynutím 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST TŘETÍ

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

Čl. V

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. 267/2006 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., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 60/2014 Sb., zákona č. 109/2014 Sb. a zákona č. 256/2014 Sb., se mění takto:

1. V § 5 odst. 4 se za slova „Zaměstnanecká pojišťovna“ vkládají slova „nesmí provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetí osoby a“, slova „ , a to ani je-li tento nábor

prováděn prostřednictvím třetích osob,“ se zrušují a za slova „zaměstnanecké pojišťovně“ se vkládají slova „nebo svým pojištěncům anebo třetím osobám v souvislosti s náborem pojištěnců“.

2. V § 9a odst. 3 úvodní části ustanovení se slova „jmenován občan České republiky, který“ nahrazují slovy „jmenována osoba, která“.
3. V § 9a odst. 3 písm. a) se slova „způsobilý k právním úkonům“ nahrazují slovem „svéprávná“.
4. V § 9a odst. 3 písm. b) se slovo „bezúhonný“ nahrazuje slovem „bezúhonná“.
5. V § 9a odstavec 5 zní:

„(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 této osoby,
- 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 této osoby,
- 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 nebo služby zaměstnanecké pojišťovně.“

6. V § 9a se za odstavec 6 vkládá nový odstavec 7, který zní:

„(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 nebo jejím uznávaným elektronickým podpisem a doručit zaměstnanecké pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny, jinak osobě funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny zaniká.“

Dosavadní odstavce 7 až 9 se označují jako odstavce 8 až 10.

7. V § 9a odst. 8 písm. c) se za slovo „funkce“ vkládají slova „nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 10, že přestal splňovat podmínky pro výkon funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny,“.

8. V § 9a odst. 8 písm. d) se slova „ , kterým byl zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům“ nahrazují slovy „o omezení svéprávnosti“.

9. V § 9a odst. 8 se za písmeno d) vkládá nové písmeno e), které zní:

„e) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 22d odst. 1 písm. a) nebo b),“.

Dosavadní písmena e) a f) se označují jako písmena f) a g).

10. V § 9a odst. 8 písmeno g) zní:

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

11. V § 9a odst. 10 se slova „z důvodu střetu zájmů“ zrušují.

12. V § 10 odstavec 11 zní:

„(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 této osoby,

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 této osoby,

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 nebo služby zaměstnanecké pojišťovně.“.

13. V § 10 se za odstavec 11 vkládá nový odstavec 12, který zní:

„(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 nebo jejím uznávaným elektronickým podpisem a doručit zaměstnanecké pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce, jinak osobě funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny zaniká.“.

Dosavadní odstavce 12 a 13 se označují jako odstavce 13 a 14.

14. V § 10 odst. 13 se slova „bezúhonný občan České republiky s trvalým pobytem na jejím území, který dosáhl“ nahrazují slovy „bezúhonná osoba, která dosáhla“ a věta druhá se zrušuje.

15. V § 10 se za odstavec 13 vkládá nový odstavec 14, který zní:

„(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, která 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.“.

Dosavadní odstavec 14 se označuje jako odstavec 15.

16. V § 10 odstavec 15 zní:

„(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) smrtí, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného, nebo
- h) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 22d odst. 1 písm. a) nebo c).“.

17. Za § 14 se vkládá nový § 14a, který včetně poznámky pod čarou č. 24 zní:

„§ 14a

(1) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna bezplatně předat Ministerstvu zdravotnictví na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 21, které si Ministerstvo zdravotnictví vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti při

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

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

(3) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna bezplatně předat Českému statistickému úřadu na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 21, které si Český statistický úřad vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti²⁴⁾, zejména pro sestavování Zdravotnického účtu České republiky.

(4) Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a Český statistický úřad mohou žádat jen takové informace z informačního systému podle § 21, které jsou nezbytné k výkonu jejich působnosti.

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

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

18. V § 16 odst. 4 se slova „zdravotní péče“ nahrazují slovy „zdravotních služeb“.

19. V § 16 se doplňuje odstavec 8, který zní:

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

20. V § 18 odst. 1 se číslo „1,5“ nahrazuje číslem „0,75“.

21. V § 19 odst. 2 se slova „Evropských společenství“ nahrazují slovy „Evropské unie“.

22. V § 22 odst. 2 se slova „ve vztahu k soudům a orgánům činným v trestním řízení“ zrušují.

23. V § 22a se doplňují odstavce 6 až 9, které znějí:

„(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.“.

24. Část pátá se včetně nadpisu zrušuje.

25. Za část pátou se vkládá nová část šestá, která včetně nadpisu zní:

„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, která 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, která 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 nebo 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 nebo 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 zřídí nebo provozuje poskytovatele, 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 podle tohoto zákona projednává Ministerstvo zdravotnictví.

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

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

Dosavadní část šestá se označuje jako část sedmá.

26. § 23a se zrušuje.

Čl. VI

Přechodné ustanovení

Neprokáží-li osoby, které ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona vykonávají funkci ředitele nebo člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny, že splňují požadavky stanovené pro její výkon zákonem č. 280/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, výkon jejich funkce končí uplynutím 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST ČTVRTÁ

ÚČINNOST

Čl. VII

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. července 2015, s výjimkou ustanovení čl. V bodu 24, které nabývá účinnosti dnem 1. února 2016.

DŮVODOVÁ ZPRÁVA
SHRnutí ZÁVĚREČNÉ ZPRÁVY RIA

Název návrhu zákona:	
Zpracovatel / zástupce předkladatele: Ministerstvo zdravotnictví	Předpokládaný termín nabytí účinnosti, v případě dělené účinnosti rozvedte 1. 7. 2015 1. 1. 2016 – zrušení dosavadní právní úpravy týkající se Zajišťovacího fondu, která se po jeho zrušení stane obsoletní
Implementace práva EU: <i>Ne</i>	
2. Cíl návrhu zákona	
<p>Návrh vychází z Programového prohlášení vlády České republiky, které v části týkající se zdravotnictví obsahuje mimo jiné závazek k posílení státního dozoru nad finančními toky zdravotního pojištění a nad fungováním zdravotních pojišťoven. Konkrétní cíle návrhu jsou poté následující:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb zdravotními pojišťovnami, b) poskytování informací zdravotních pojišťoven Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí, c) zákazu náboru pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob, d) sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami, e) snížení povinného přídělu do rezervního fondu a f) specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven. <p>Mimo výše uvedených oblastí upravuje návrh rovněž některé dílčí nedostatky vyplývající z dosavadní aplikace účinné právní úpravy.</p>	
3. Agregované dopady návrhu zákona	
3.1 Dopady na státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty:	
<p>Náklady budou na straně orgánů veřejné správy maximálně v řádu stovek tisíc korun ročně a budou souviset zejména s novou agendou a zřízením nových systemizovaných míst. Zdravotní pojišťovny budou částečně dotčeny stanovením nových informačních povinností, nicméně v tomto případě se jedná o data, která již povinně archivují a veškeré náklady budou souviset pouze s jejich tříděním a zasláním příslušnému orgánu státní správy (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí). V souvislosti se</p>	

zveřejňováním smluv se předpokládají na straně jednotlivých zdravotních pojišťoven náklady ve výši 500 tis. Kč až 1 000 tis. Kč podle počtu uzavřených smluv. Tyto náklady budou hrazeny z provozního fondu zdravotních pojišťoven.
3.2 Dopady na podnikatelské subjekty:
NE
3.3 Dopady na územní samosprávné celky (obce, kraje)
NE
3.4 Sociální dopady:
Dílčími úpravami zejména v zákoně č. 48/1997 Sb. dochází k posílení postavení pojištěnců a jejich nároků vyplývajících z účasti na systému veřejného zdravotního pojištění. Lze uvést např.: a) V případě dlouhodobého pobytu v cizině bude hradit pojištěnec pouze za tu část pobytu, po níž neprokáže uzavření zdravotního pojištění v zahraničí. Zároveň návrh zmírňuje dopady opomenutí odhlášení od zdravotního pojištění v ČR. b) Prodlužuje se lhůta, po kterou mají pojištěnci možnost změnit v průběhu kalendářního roku zdravotní pojišťovnu (do 31. 8.).
3.5 Dopady na životní prostředí:
NE

I. Obecná část

A. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace (RIA)

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Návrh 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, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

1.2 Definice problému

Programové prohlášení vlády České republiky obsahuje v části týkající se zdravotnictví mimo jiné závazek k posílení státního dozoru nad finančními toky zdravotního pojištění a nad fungováním zdravotních pojišťoven. Na základě této skutečnosti se navrhuje změna právní úpravy v zákonech upravujících systém veřejného zdravotního pojištění a činnost zdravotních pojištění v následujících oblastech.

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

Jako nedostatečná se v současnosti jeví právní úprava kontroly nakládání s finančními prostředky systému veřejného zdravotního pojištění, zejména v oblasti smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Příjmy zdravotních pojišťoven jsou přitom tvořeny platbami od plátců pojistného (pojištěnci a zaměstnavatelé) nebo od státu, který hradí pojistné za tzv. státní pojištěnce z prostředků státního rozpočtu. Ve všech případech se jedná o veřejné finanční prostředky, jejichž využívání má podléhat podrobné kontrole jak ze strany orgánů státní správy, tak ze strany veřejnosti. Veřejná kontrola by se přitom měla realizovat prostřednictvím dohledu nad obsahem smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. To tím spíše, že obsah smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb může být sjednán mimo parametry stanovené každoročně vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. Může tak docházet k individuálnímu zvýhodňování jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven, které nakládají s veřejnými prostředky.

Obsah smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb je v současnosti dostupný pouze na základě žádosti prostřednictvím zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon č. 106/1999 Sb.“), a to v souladu s rozsudkem Nejvyššího správního soudu Sp. zn. 3 Ads 33/2006. Takovou praxi považuje předkladatel za nedostatečnou, především s ohledem na velké množství smluv uzavřených mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb a rovněž na nekomplexnost stávající právní úpravy ve vztahu k silné potřebě veřejné kontroly. Je třeba uvést, že celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění (resp. základních fondů všech zdravotních pojišťoven) činily v roce 2013 cca 221,8 mld. Kč, a s ohledem na to, že se tyto veřejné finanční prostředky používají zejména k úhradě poskytovaných hrazených služeb na základě individuálních smluv, je nezbytné zajistit jejich transparentnost prostřednictvím veřejné kontroly nad jejich obsahem.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

Stávající právní úprava v zákoně č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o VZP“), a zákoně č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách“), nebrání zdravotním pojišťovnám provádět nábor pojištěnců prostřednictvím tzv. třetích osob, tedy právnických a fyzických osob, které vykonávají tuto činnost na základě smlouvy a za provizi mimo pracovněprávní vztah s pojišťovnou. Jak ukazuje dlouhodobá praxe, využívají tyto třetí osoby při náboru pojištěnců problematické metody, např. uvádějí oslovené osoby v omyl, sjednávají přechod k jiné pojišťovně mimo lhůty stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. apod. Předchozí snahy o částečnou regulaci této činnosti nevedly k pozitivním výsledkům.

Výše uvedené skutečnosti vyplývají z přímých poznatků Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven, na které se se stížnostmi na postupy třetích osob obracují jak pojištěnci, tak pojišťovny, které jsou těmito praktikami negativně dotčeny.

Dle dostupných dat Ministerstva zdravotnictví došlo např. k 1. 1. 2012 k nestandardnímu přechodu cca 24 000 pojištěnců z Všeobecné zdravotní pojišťovny do Vojenské zdravotní pojišťovny, což pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu znamená přibližný pokles v příjmu 500 000 tis. Kč za rok. Nad činností třetích osob přitom nemá Ministerstvo zdravotnictví dohledovou pravomoc, tudíž neumožňuje na případné nekalé praktiky reagovat jiným způsobem než podáním trestního oznámení. K tomu již v souvislosti s Vojenskou zdravotní pojišťovnou došlo v roce 2013, kdy kontrola provedená Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí odhalila vynaložení finančních prostředků ve výši přesahující 100 000 tis. Kč právě na nábor pojištěnců jednou konkrétní osobou.

Zdravotní pojišťovny zároveň evidují stovky stížností na postup náborových společností za kalendářní rok. Jedná se jak o stížnosti na postup při změně registrace, tak přímo žádosti o storno registrace. Zaznamenávají jsou rovněž hromadné stížnosti pojištěnců proti nekalým praktikám společností provádějících nábor pojištěnců.

Z výše uvedených důvodů je stávající právní úprava zajištění přechodu pojištěnců považována za nedostatečnou.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Stávající právní úpravu sankcí podle zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách je třeba považovat za nedostatečnou. V současnosti by mohly být potenciálně sankcionovány pouze dvě protiprávní jednání zdravotních pojišťoven v zákoně o VZP a zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách, konkrétně

i. pokud zdravotní pojišťovna při náboru pojištěnců poskytuje nebo nabízí těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k této zdravotní pojišťovně peněžní nebo nepeněžní plnění nebo jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to i v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění,

ii. pokud zdravotní pojišťovna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu nepředloží Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora.

Je třeba uvést, že ani jedna ze sankcí nebyla dosud uložena, resp. nebylo zahájeno správní řízení o správním deliktu za porušení výše uvedených povinností.

V souvislosti se snahou posílit kontrolu nad zdravotními pojišťovnami je žádoucí upravit rozsah sankčního ustanovení, aby povinnosti stanovené zdravotním pojišťovnám zákonem byly řádně vynutitelné a jejich porušení přiměřeně sankcionováno.

d) Snížení povinného přídělu do rezervního fondu

Zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost naplňovat rezervní fond. Ten musí být naplněn alespoň ve výši 1,5 % průměrných výdajů základního fondu za tři poslední roky. Zdravotní pojišťovna je oprávněna tyto prostředky použít pouze ke krytí schodku na základním fondu a v případě pohrom a katastrof. S ohledem na aktuální stav systému veřejného zdravotního pojištění je nezbytné uvolnit část těchto prostředků na úhradu poskytovaných hrazených služeb. Lze očekávat, že na základě takového postupu dojde k úspoře ve výši cca 600 mil. Kč ve prospěch základního fondu zdravotního pojištění.

Všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají naplněny rezervní fondy v souladu s právními předpisy. Všeobecná zdravotní pojišťovna naproti tomu rezervní fond nemá naplněn a snížením povinného přídělu dojde fakticky pouze ke snížení vnitřního dluhu, který eviduje vůči rezervnímu fondu.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Ze stávající právní úpravy zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách není zcela zřejmé, za jakých podmínek dochází ke střetu zájmů u osob, které vykonávají funkci ředitele nebo funkci člena některého orgánu zdravotní pojišťovny (správní a dozorčí rady). Z aplikační praxe má přitom předkladatel za potvrzené, že v některých případech dochází u těchto osob k takovému střetu zájmů (pozn. není myšleno ve smyslu zákona č. 159/2006 Sb., o střetu zájmů, ve znění pozdějších předpisů), kdy zároveň vykonávají činnost nebo funkci, která je s výše uvedeným neslučitelná. Zejména se jedná o členství v orgánech právnických osob (případně se může jednat i o fyzické osoby jako podnikatele), která jsou ve smluvním vztahu ke konkrétní zdravotní pojišťovně, a to bez ohledu na to, zda se jedná přímo o poskytovatele zdravotních služeb nebo jiné dodavatele zboží a služeb (např. dodavatel IT technologií). Jednoznačně žádoucí je zamezit, aby se na rozhodování zdravotní pojišťovny podílely osoby, které by mohly rozhodování zdravotní pojišťovny ovlivnit ve svůj prospěch.

Tento problém identifikoval předkladatel zejména u Všeobecné zdravotní pojišťovny, kdy lze nesoulad s podmínkami stávající právní úpravy nalézt u některých členů orgánů již nahlédnutím do obchodního rejstříku. Zároveň chybí zákonná možnost Ministerstva zdravotnictví těmto případům účinně zabránit (nedostatečná regulační schopnost).

f) Dílčí problémy vyplývající z aplikace právní úpravy v oblasti veřejného zdravotního pojištění, nedostatečná právní úprava informační povinnosti zdravotních pojišťoven vůči Ministerstvu zdravotnictví, podmínky pro poskytování protonové léčby

i. Povinnost zpětně doplatit pojistné v případě, kdy pojištěnec neprokáže placení pojistného v jiném státě při tzv. dlouhodobém pobytu v cizině, není zcela jednoznačně vymezena. Ustanovení § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. tak v současném znění umožňuje více výkladů, což se projevuje i v odlišné praxi zdravotních pojišťoven při rozhodování takových případů.

ii. V případě očkování proti papilomaviru zákon č. 48/1997 Sb. stanoví, že hrazené je pouze v případech, kdy je podáváno ve třech dávkách. Vzhledem k tomu, že v současnosti lze úspěšně očkovat již ve schématu dvou dávek, které je zároveň ekonomicky méně náročné, je nezbytné na tuto skutečnost reagovat i změnou právní úpravy. Stejně tak je tomu u očkování proti pneumokokovým infekcím.

iii. S ohledem na potřebu upřesnění regulace ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění a vyhlášek, kterými se každoročně stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení, je potřeba revidovat a zpřesnit obsah zmocňovacích ustanovení některých prováděcích právních předpisů.

iv. Jako nedůvodné se jeví zachování Zajišťovacího fondu, který v současné době disponuje prostředky cca ve výši 44 mil. Kč a neplní tak funkci, pro níž byl zřízen. Jeho účelem bylo primárně uspokojení poskytovatelů hrazených služeb v případech, kdy z prostředků likvidované zaměstnanecké pojišťovny nebylo možné uspokojit splatné pohledávky za hrazené služby nebo nebyla-li zaměstnanecká pojišťovna s více věřiteli dlouhodobě schopna plnit své splatné závazky. Vzhledem k tomu, že na základě zákona č. 298/2011 Sb. bylo 95 % finančních prostředků Zajišťovacího fondu převedeno na zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění a následně přerozděleno, je stávající zůstatek Zajišťovacího fondu nedostatečný k naplnění výše uvedeného účelu.

v. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí často nedisponuje podstatnými informacemi, které jsou nezbytné pro výkon jeho působnosti stanovené zákonem. Jedná se především o data a informace nezbytné k tvorbě úhradových mechanismů (úhradová vyhláška, systém DRG), sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, rozvoji systému přerozdělování a sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb. Tyto informace přitom mají k dispozici zdravotní pojišťovny, kterým ovšem není stanovena zákonná povinnost je Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí poskytovat.

Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán státní správy v oblasti zdravotnictví vychází při tvorbě základní politiky často pouze ze zobecněných údajů a dat, která nemají dostatečnou relevanci. To se může projevovat zejména ve zkreslení údajů, na nichž je postavena každoročně vydávaná úhradová vyhláška. Za tím účelem je žádoucí rozšířit oprávnění Ministerstva zdravotnictví výslovně i na uvedené oblasti, a stejně tak oprávnění Ministerstva financí k dohledu nad účelným vynakládáním veřejných prostředků systému veřejného zdravotního pojištění.

Je třeba uvést, že povinnost vydat požadovaná data se vztahuje pouze k těm údajům a informacím, kterými již zdravotní pojišťovny budou disponovat, a nezavádí se tak povinnost zdravotních pojišťoven je nově vytvářet.

vi. V závislosti na relativně nové možnosti protonové terapie pro léčbu některých nádorových onemocnění (zejména u dětských pacientů) považuje předkladatel za nezbytné stanovit podrobnější pravidla pro její poskytování. Takový požadavek vyplývá nejen z vysokých

nákladů na takovou léčbu, ale zároveň ze skutečnosti, že protonová terapie není z medicínského hlediska vhodná pro léčbu všech nádorových onemocnění a je nutné vždy zvažovat, zda v konkrétním případě lze využít alternativní metody léčby, zejména fotonové ozařování.

Novelou zákona č. 48/1997 Sb. by mělo dojít pouze ke stanovení podmínek pro poskytování protonové terapie. Celkové náklady na systém veřejného zdravotního pojištění budou závislé především na stanovení indikací v Seznamu zdravotních výkonů, pro které bude tato léčba hrazená. Předkladatel v současnosti očekává, že ročně by mělo být protonovou terapií omléčeno odhadem 50 – 100 pacientů, přičemž předpokládané náklady na jednoho pacienta jsou ve výši 500 tis. Kč (konečná cena je odvislá od počtu frakcí – jednotek ozařování). Je třeba uvést, že v minulosti uzavřená smlouva mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Proton Therapy Center, jako jediným poskytovatelem této péče v ČR, předpokládala až 1600 omléčených pacientů ročně. Takový počet je přitom z hlediska nákladové efektivity a vhodnosti léčby pro jednotlivé diagnózy onkologických onemocnění dle názoru odborných společností vysoce nadhodnocený.

Cílem předkladatele je v rámci předkládané novely zejména naplnění úkolů, které pro něj vyplývají z usnesení vlády č. 308 ze dne 28. dubna 2014 k materiálu „Návrh systémových změn v oblasti veřejného zdravotního pojištění s cílem zvýšit efektivitu a transparentnost systému veřejného zdravotního pojištění.“ Další cíle vyplývající z Programového prohlášení vlády, jako např. revize úhradových mechanismů a systému přerozdělování pojistného, budou řešeny v dlouhodobějším rámci odpovídajícím závažnosti takových změn na systém veřejného zdravotního pojištění.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

Oblast zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb není dosud právními předpisy řešena, přičemž z hlediska systematického připadá pro její zařazení v úvahu zejména ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb.

Právní úprava povinného přidělu zdravotních pojišťoven do rezervního fondu, nábory pojištěnců, a ukládání sankcí zdravotním pojišťovnám je obsažena v zákoně o VZP a zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách. Rezervní fond je v současnosti udržován ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Z dikce ustanovení upravujících nábory pojištěnců vysloveně vyplývá, že zdravotní pojišťovny mohou k nábory využívat i služby třetích osob, byť s částečnými omezeními, která se ve světle dosavadní praxe jeví jako nedostatečné. Stejně tak nedostatečná je s ohledem na potřeby kontroly i právní úprava ukládání sankcí zdravotním pojišťovnám, přičemž vymezení skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven absentuje rovněž v zákoně č. 48/1997 Sb.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

a) Pojištěnci

K posílení postavení pojištěnců v rámci systému veřejného zdravotního pojištění bude sloužit navrhované opatření spočívající ve zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Transparentnější kontrola veřejnosti může přispět ke zvýšení efektivity při uzavírání jednotlivých smluv a jejich naplňování.

Stejně tak se pozitivně na straně pojištěnců projeví opatření zamezující zdravotním pojišťovně provádění náboru prostřednictvím třetích osob.

b) Poskytovatelé zdravotních služeb

Jako smluvní strana smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb budou poskytovatelé zdravotních služeb dotčeni skutečností, že zdravotní pojišťovny začnou tyto smlouvy zveřejňovat. Zároveň bude zajištěna ochrana poskytovatelů v tom v rozsahu, v jakém je předpokládána jinými právními předpisy, například zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

c) Zdravotní pojišťovny

Zvýšené administrativní náklady lze na straně zdravotních pojišťoven předpokládat zejména v souvislosti s povinností zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. K této činnosti budou pojišťovny využívat prostředků provozního fondu a s ohledem na to, že se předpokládá zveřejňování smluv v elektronické podobě způsobem umožňující dálkový přístup, budou tyto náklady v řádu desítek tisíc korun ročně.

Dopad na činnost zdravotních pojišťoven bude mít rovněž zákaz náboru pojištěnců prostřednictvím třetích osob. Zdravotní pojišťovny budou muset do budoucna pro nábor pojištěnců využívat pouze své vlastní zaměstnance. Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví nemá k dispozici přesný obsah smluv týkajících se náboru pojištěnců, nelze určit přesné náklady pojišťoven na tuto činnost. Lze nicméně očekávat, že v případě zákazu této možnosti dojde ke snížení výdajů zdravotních pojišťoven.

Dopad na hospodaření zdravotních pojišťoven bude mít snížení povinně udržované výše rezervního fondu z 1,5 % na 0,75 %, nicméně se jedná o prostředky, které budou následně využity k úhradě poskytovaných hrazených služeb ze základního fondu zdravotní pojišťovny.

1.5 Popis cílového stavu

Jak vyplývá z předcházejících částí této zprávy, je cílový stav po nabytí účinnosti navrhované právní úpravy následující:

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

K zajištění transparentního a efektivního využívání veřejných finančních prostředků budou zdravotní pojišťovny zveřejňovat způsobem umožňujícím dálkový přístup smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb a to včetně všech změn a dodatků. Každý se bude moct

dovolávat zveřejnění těchto smluv a porušení povinností vyplývajících pro zdravotní pojišťovnu z této právní úpravy bude sankcionováno pokutou až do výše 10 000 000 Kč, přičemž příjem z pokut bude příjmem státního rozpočtu. Tím dojde rovněž k posílení zákonné kontrolní pravomoci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí, které budou i bez nutnosti zahájení kontroly podle zákona o VZP nebo zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách schopná identifikovat smlouvy a dodatky, které se zásadně odchyľují od standardních úhradových mechanismů.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnamí prostřednictvím třetích osob

Novelou zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách bude zcela zakázána možnost nábora pojištěnců prostřednictvím třetích osob, při kterém dochází k problematickému jednání, které nemají příslušné orgány státní správy v této oblasti možnost ovlivňovat. Případné porušení této povinnosti bude sankcionováno pokutou až do výše 5 000 000 Kč.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnamí

V souladu s ustálenými pravidly správního trestání budou do zákona č. 48/1997 Sb., do zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách zakotveny skutkové podstaty správních deliktů spočívajících v porušení povinností vyplývajících z těchto zákonů. Správní delikty budou sankcionovány pokutami přiměřenými povaze porušení povinností a závažnosti takového jednání. Dojde tak k lepší vynutitelnosti povinností zdravotních pojišťoven v oblasti veřejného zdravotního pojištění a posílení kontrolní činnosti nad těmito právníckými osobami hospodařícími s veřejnými prostředky.

d) Snížení povinného přidělu do rezervního fondu

K zajištění stabilizace systému veřejného zdravotního pojištění v oblasti úhrad za poskytované hrazené služby je nutné využít volné prostředky na rezervních fondech zdravotních pojišťoven. Zároveň je ovšem nezbytné zachovat alespoň přiměřenou výši prostředků rezervního fondu na pokrytí neočekávaných událostí, s nimiž budou spojeny zvýšené náklady na hrazené služby (přírodní katastrofy, epidemie).

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Cílem v této oblasti je jednoznačně zamezit střetu zájmů u osob, které mohou ovlivňovat rozhodování zdravotní pojišťovny a tím i nakládání s veřejnými prostředky systému veřejného zdravotního pojištění. Za tím účelem budou precizně vymezeny překážky pro výkon funkce ředitele a člena orgánu zdravotní pojišťovny a před začátkem výkonu funkce budou osoby povinny předložit čestné prohlášení o neexistenci takových překážek.

K minimalizaci obcházení zákona je zároveň nezbytné založit pravomoc Ministerstva zdravotnictví k sankcionování jednání, které bude v rozporu se zákonem.

f) Dílčí problémy vyplývající z aplikace právní úpravy v oblasti veřejného zdravotního pojištění

Cílem navrhované právní úpravy je rovněž odstranit dílčí nedostatky legislativně-technického charakteru a nedostatky, které v současnosti komplikují aplikaci stávajícího znění novelizovaných zákonů. K některým konkrétním úpravám odkazuje předkladatel na 1.2 této zprávy.

Zároveň dojde ke zrušení Zajišťovacího fondu, jehož zbývající prostředky budou rozděleny poměrně mezi zaměstnanecké pojišťovny podle výšky jejich vkladů za dobu existence Zajišťovacího fondu.

1.6 Zhodnocení rizika

V případě nepřijetí navrhované novely zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách budou přetrvávat nedostatky, jak jsou popsány v předchozích kapitolách. Jedná se zejména o:

- nedostatečnou veřejnou kontrolu nad hospodařením s finančními prostředky systému veřejného zdravotního pojištění a zachování stavu, kdy jsou smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb dostupné pouze na základě žádosti podle zákona č. 106/1999 Sb.,
- Ministerstvo zdravotnictví nebude mít zákonnou možnost vyžádat si k výkonu své působnosti od zdravotních pojišťoven data a informace nezbytné k tvorbě úhradových mechanismů (úhradová vyhláška, systém DRG), sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb a rozvoji systému přerozdělování,
- absence řádného vymezení skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven nezaručuje v současnosti řádnou vynutitelnost povinností stanovených novelizovanými zákony,
- nadále bude existovat vážné riziko střetu zájmů v případě výkonu funkce ředitele a člena orgánů zdravotních pojišťoven, pokud tyto funkce budou vykonávat osoby, které mohou mít z rozhodování zdravotní pojišťovny vlastní majetkový prospěch,
- zachování dílčích nedostatků právní úpravy, které znesnadňují aplikaci provádění veřejného zdravotního pojištění a poskytování hrazených služeb.

2. Návrh variant řešení

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

Varianta 0

Předpokládá zachování stávající právní úpravy, z níž nevyplývá povinnost zdravotních pojišťoven zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb, které uzavírají s poskytovateli.

Varianta 1

Touto právní úpravou dojde ke stanovení povinnosti zdravotních pojišťoven zveřejnit veškeré smlouvy, které budou platné (účinné) v době nabytí účinnosti novely zákona č. 48/1997 Sb. a zároveň všech smluv, jejich změn a dodatků k těmto smlouvám, které vstoupí v platnost po nabytí účinnosti této novely.

Varianta 2

Tato právní úprava nad rámec varianty 1 stanoví povinnost zdravotním pojišťovnám zveřejnit rovněž smlouvy, které byly platné (účinné) v zákonem vymezené době před nabytím účinnosti této novely.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

Varianta 0

Tato varianta nepředpokládá změnu stávající právní úpravy a s ohledem na její znění v zákoně o VZP a zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách bude zachována možnost provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob.

Varianta 1

Novelou zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách dojde k zákazu nábora pojištěnců prostřednictvím třetích osob.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Varianta 0

Tato varianta nepředpokládá změnu stávající právní úpravy. Nebude doplněn výčet porušení povinností stanovených zákonem zdravotním pojišťovnám a nedojde ani k precizaci současných sankčních ustanovení, v němž nejsou vymezeny skutkové podstaty správních deliktů, za něž je možné sankci uložit.

Varianta 1

Na základě této varianty budou do stávajícího znění doplněny odkazy na příslušná ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách tak, aby korespondovaly s povinnostmi zdravotních pojišťoven z nich vyplývající. Každé deliktní jednání bude zároveň vymezeno zvláštní skutkovou podstatou s uvedením ustanovení, kterého se týká, a maximální výše sankce, jakou lze za porušení dané povinnosti uložit.

d) Snížení povinného přídělu do rezervního fondu

Varianta 0

Tato varianta nemění současný stav a ponechává tak povinnou udržovanou výši rezervního fondu zdravotní pojišťovny ve výši 1,5 %.

Varianta 1

V rámci tohoto řešení dochází ke snížení povinné udržované výše rezervního fondu zdravotní pojišťovny z 1,5 % na 0,75 %.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce u ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Varianta 0

Nedojde ke změně současného stavu právní úpravy překážek pro výkon funkce a zákonem o VZP a zákonem o zaměstnaneckých pojišťovnách nebudou upraveny ani sankce vůči osobám, které budou vykonávat některou z funkcí (ředitel nebo člen orgánu zdravotní pojišťovny), i přes skutečnost, že budou zároveň v postavení osoby, která může mít z rozhodování zdravotní pojišťovny majetkový prospěch.

Varianta 1

Na základě poznatků z aplikační praxe Ministerstva zdravotnictví bude precizováno ustanovení obsahující ty činnosti či funkce, které není možné vykonávat zároveň s výkonem funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny.

Jedná se o

- členy vedení nebo členy orgánu jiné zdravotní pojišťovny; členství v orgánu jiné zdravotní pojišťovny není překážkou, je-li člen jmenován vládou,
- distributory léčivých přípravků, distributory zdravotnických prostředků, nebo výrobce léčivých přípravků, či výrobce zdravotnických prostředků,
- zaměstnance nebo členy orgánu právnické osoby, kteří jsou distributory léčivých přípravků, distributory zdravotnických prostředků, výrobci léčivých přípravků nebo výrobci zdravotnických prostředků,
- poskytovatele, s nímž zaměstnanecká pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností tohoto subjektu,
- společníky v právnické osobě 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, nebo
- společníky nebo členy orgánu právnické osoby, které jsou dodavatelem zboží nebo služeb zaměstnanecké pojišťovně, nebo
- fyzické osoba podnikající dodává zboží či služby zaměstnanecké pojišťovně.

Z praxe zároveň vyplývá, že současné vymezení překážek pro výkon funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny, do nějž je zahrnuta i osoba blízká, je značně rigidní, neboť zabraňuje výkonu funkce všem osobám, které mají mezi příbuznými v řadě přímé, sourozenci nebo za manžela nebo partnera osobu, která by rovněž byla ve střetu zájmů (tedy včetně lékařů, farmaceutů atd.) podle zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách.

Předkladatel považuje současný stav v tomto konkrétním bodě za nevyhovující, a proto navrhuje, aby se vymezené překážky pro výkon funkce na osoby blízké nevztahovaly.

Za účelem zajištění řádné aplikace navržené právní úpravy bude každá osoba před zahájením funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny povinna předložit čestné prohlášení, že nevykonává činnost nebo nezastává funkci, která by byla překážkou pro výkon funkce ředitele nebo člena orgánu zdravotní pojišťovny. V případě uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení, je takové jednání považováno za přestupek a sankcionováno až do výše 500 000 Kč. Stejně tak je sankcionována situace, kdy v průběhu výkonu funkce ředitele nebo člena orgánu dojde ke vzniku překážky pro výkon funkce a dotyčná osoba o tom neinformuje příslušný orgán nebo osobu.

3. Vyhodnocení nákladů a přínosů

3.1 Identifikace nákladů a přínosů

Identifikace nákladů a přínosů byla provedena zejména na základě údajů, které má Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán v oblasti zdravotního pojištění k dispozici, a v souladu s poznatky praxe správního a kontrolního orgánu v této oblasti. Náklady a přínosy jsou zejména kvalitativního charakteru a v podstatné části vyplývají z Programového prohlášení vlády České republiky.

Vyhodnocení nákladů a přínosů jednotlivých variant je vždy provedeno samostatně pro každou část návrhu uvedenou v části 2 písm. a) až d) této závěrečné zprávy z hodnocení dopadů regulace. Varianta 0 je hodnocena z hlediska nákladů a přínosů pouze tehdy, kdy jsou signifikantní oproti dalším navrženým variantám.

a) Zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb

Varianta 1

Navržená varianta přináší náklady na straně zdravotních pojišťoven, které budou muset vynaložit na zajištění vytvoření elektronického obrazu veškerých platných (účinných) smluv, jejich dodatků a změn, z nichž vyplývá úhrada za poskytované hrazené služby, a zároveň na zajištění uložení těchto dokumentů způsobem umožňujícím dálkový přístup. Předpokládá se, že počet zveřejněných dokumentů bude v řádu desítek tisíc a kvalifikovaným odhadem, vyplývajícím částečně z fungujícího systému evidence smluv a dodatků, jsou předpokládány náklady na jejich zveřejnění u jednotlivých pojišťoven v rozmezí 500 000 Kč až 1 000 000 Kč.

Přínosem tohoto opatření bude zvýšení transparentnosti vynakládání veřejných prostředků v oblasti zdravotního pojištění. V případě, že dojde na základě veřejné kontroly k identifikaci neefektivního využívání finančních zdrojů systému veřejného zdravotního pojištění, bude možné na tuto skutečnost rychleji reagovat, a dojde tak k úspoře finančních prostředků.

Varianta 2

Toto řešení s sebou, kromě nákladů identifikovaných u varianty č. 1, nese navíc i náklady na zveřejnění smluv, dodatků i změn, na jejichž základě by bylo možné určit úhradu za poskytované hrazené služby i v minulosti. Tyto náklady není předkladatel schopný přesně

odhadnout, podstatné by bylo časové určení, za něž se mají smlouvy zveřejňovat. Lze nicméně předpokládat, že tyto náklady by násobně narůstaly každým kalendářním rokem, za něž by pojišťovny byly povinny tyto smlouvy zveřejnit. Zároveň není zřejmé, zda veškeré tyto smlouvy, které pozbyly platnosti, mají zdravotní pojišťovny nadále k dispozici.

Zdravotní pojišťovny již nicméně samy zahájily zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb v roce 2014, aniž by tato povinnost byla stanovena přímo zákonem. Plošná povinnost zveřejnit smlouvy stanovena zákonem vztahující se i na toto období by tedy nepřinesla zásadnější zvýšení nákladů na straně zdravotních pojišťoven a zároveň by umožnila okamžité porovnání se současným či budoucím stavem, což by přispělo větší transparentnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

Na období před rokem 2014 přitom bude zachována možnost kterékoliv fyzické osoby požádat o tyto smlouvy prostřednictvím zákona č. 106/1999 Sb.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

Varianta 1

Náklady zavedení této varianty jsou nulové. Zdravotní pojišťovny již nebudou moci provádět nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob. Přínos zavedení této regulace spočívá v zamezení neefektivního vynakládání finančních prostředků na náборы pojištěnců. V současné době není znám přesný celkový objem finančních prostředků alokovaných zdravotními pojišťovnami na nábor pojištěnců prostřednictvím třetích stran, neboť přesné částky jsou obsahem smluv, které nemá Ministerstvo zdravotnictví k dispozici. Je možné předpokládat, že z provozního fondu vynakládají zdravotní pojišťovny na tzv. akvizice až desítky milionů Kč ročně. Tyto prostředky budou při zavedení této regulace uspořeny, přičemž zdravotní pojišťovny mohou k náboru pojištěnců plně využívat svých kmenových zaměstnanců.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Varianta 1

Náklady na realizaci varianty 1 souvisejí s rozšířením právní úpravy správních deliktů na některá další jednání, za něž bude správní orgán (Ministerstvo zdravotnictví) oprávněno udělit sankci (pokutu). Jedná se např. o porušení povinnosti zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě hrazené péče podle zákona č. 48/1997 Sb. nebo provádění náboru pojištěnců prostřednictvím jiných osob, než těch, které jsou v pracovněprávním vztahu ke zdravotní pojišťovně. Správní delikty budou projednávány v běžném správním řízení. Předkladatel není schopen přesně odhadnout, v jakém rozsahu bude docházet k porušování povinností zdravotními pojišťovnami, za něž bude možné nově udělit pokutu. Při předpokládaném rozšíření okruhu správních deliktů se může jednat až o více než 10 zahájených správních řízení ročně, které se mohou lišit dle náročnosti konkrétního případu. Odhad na personální obsazení může v takovém případě být cca 0,5 – 1 pracovní úvazek, tedy náklady na rozpočet Ministerstva zdravotnictví jako příslušného správního orgánu mohou činit 150 – 300 000 Kč.

Přínosem je jednoznačně lepší vynutitelnost povinností vyplývajících z právní úpravy pro zaměstnanecké pojišťovny. Rozšíření okruhu deliktních jednání má významný preventivní charakter, který bude posílen stanovením adekvátní výše pokut za každé postihované protiprávní jednání. Stanovením skutkových podstat správních deliktů dojde k posílení právní jistoty adresátů zákona č. 48/1997 Sb., zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách (zdravotní pojišťovny) a zároveň k lepší vynutitelnosti sankcí, neboť stávající právní úprava nedostatečně vymezuje předmět správního deliktu.

d) Snížení povinného přídělu do rezervního fondu

Varianta 1

Po snížení zákonné udržované výše rezervního fondu zdravotních pojišťoven předpokládá předkladatel uvolnění cca 600 mil. Kč ve prospěch základního fondu zdravotního pojištění jednotlivých zdravotních pojišťoven a tím i lepší využitelnost těchto prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění.

Nedochází přitom k žádným dalším nákladům, neboť tyto prostředky byly do rezervního fondu načerpány z plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění a budou využity za účelem úhrad.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Varianta 1

Přínosem jednoznačného vymezení překážek pro výkon funkce u osob, které mají vliv na rozhodování zdravotní pojišťovny (včetně rozhodování o podstatných záležitostech týkajících se využívání veřejných prostředků z plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění), je zajištění nestranného rozhodování vrcholných orgánů zdravotních pojišťoven, a tím i řádného hospodaření s veřejnými prostředky. Je třeba zdůraznit, že takové ovlivňování může spočívat např. i ve zvýhodňování některého segmentu zdravotních služeb v rámci smluvních vztahů týkajících se úhrady hrazených služeb.

Podstatným přínosem do zajištění nezávislého rozhodování je rovněž povinnost předat před zahájením výkonu funkce čestné prohlášení o absenci takových překážek, přičemž uvedení nepravdivých údajů je sankcionováno pokutou až do výše 500 tis. Kč.

Případné náklady by si mohlo vyžádat vedení správního řízení vůči fyzickým osobám, které by povinnosti vyplývající pro ně z navržené úpravy střetu zájmů, porušily. Lze nicméně očekávat, že takových případů bude (pokud vůbec) zanedbatelné množství a nevyvolá proto žádné dodatečné náklady na straně příslušného správního orgánu, kterým je Ministerstvo zdravotnictví.

4. Návrh řešení

4.1 Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

a) Zveřejňování smluv

V souladu s Programovým prohlášením vlády a zejména poté z důvodu posílení transparentnosti a veřejné kontroly při nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění předkladatel preferuje **variantu 2**. Varianta předpokládající zákonné zakotvení povinnosti zveřejnění smluv uzavřených rovněž v roce 2014 nepřináší zásadní dopady na zdravotní pojišťovny, neboť ty již většinu smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb v tomto roce zveřejnily. Případné zakotvení povinného zveřejnění před rok 2014 by bylo značně nákladnější a prostřednictvím se nezajistí zvýšení dohledu nad aktuálním stavem systému veřejného zdravotního pojištění. Zároveň by patrně neobstálo s ohledem na princip zákazu retroaktivity.

b) Nábor pojištěnců zdravotními pojišťovnami prostřednictvím třetích osob

S ohledem na zajištění transparentního přechodu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a úspoře finančních prostředků vynakládaných zdravotními pojišťovnami na nábor pojištěnců prostřednictvím třetích osob preferuje předkladatel **variantu 1**.

c) Sankcionování porušení povinností zdravotními pojišťovnami

Za účelem zajištění lepší vynutitelnosti povinností uložených zdravotním pojišťovnám zákonem č. 48/1997 Sb., zákonem o VZP a zákonem o zaměstnaneckých pojišťovnách je preferována **varianta 1**.

d) Snížení povinného přídělu do rezervního fondu

Předkladatel považuje za nutné využít disponibilní zdroje rezervního fondu pro posílení základního fondu zdravotního pojištění jednotlivých pojišťoven a navrhuje proto **variantu 1**.

e) Specifikace právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele a členů orgánů zdravotních pojišťoven

Vzhledem ke skutečnostem uvedeným v předchozí části této zprávy je žádoucí realizovat **variantu 1**.

5. Implementace a vynuocování doporučených variant

5.1 Implementace

Za implementaci navržené regulace bude odpovědné Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění a dohledu nad činností zdravotních pojišťoven.

5.2 Vynuocování

Vynuocování navrženého řešení je podrobně popsáno v části 3 tohoto RIA. Doplněno bude rovněž rozšířením sankcí za porušení některých povinností. V současnosti jsou sankční ustanovení formulována relativně úzce, přičemž se podle navržené právní úpravy počítá s pokutou až do výše 5 000 000 Kč při porušení některých povinností podle zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách a pokutou až 10 000 000 Kč při porušení povinností vyplývajících ze zákona č. 48/197 Sb.

6. Konzultace a zdroje dat

Příprava tohoto zákona probíhala ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami jako dotčenými subjekty. Konzultace byly započaty již před zahájením přípravy novelizace výzvou zdravotním pojišťovnám k identifikaci problémových oblastí a zaslání podnětů ke změně právní úpravy. Následně byly v průběhu příprav prováděny konzultace na pracovní úrovni. Z nich vzešlo např. zpřesnění podmínek pro úhradu pojistného při dlouhodobém pobytu v cizině nebo doplnění přílohy č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., která upravuje podmínky úhrady některých hrazených výkonů. I ostatní změny byly se zdravotními pojišťovnami a příslušnými odbornými společnostmi ve vztahu k protonové léčbě projednávány již v průběhu přípravy novely.

K provedení RIA byla použita zejména data, která má Ministerstvo zdravotnictví k dispozici z vlastní činnosti (včetně ÚZIS) nebo mu byla poskytnuta od zdravotních pojišťoven.

B. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem, s mezinárodními smlouvami a s právem Evropské unie

1. Soulad s ústavním pořádkem České republiky

Při zkoumání souladu navrhované změny s ústavním pořádkem bylo přihlíženo především k ústavnímu zákonu č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Ústava“), a dále pak k usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Listina“). V tomto ohledu nebyl zjištěn žádný rozpor.

Navržená právní úprava respektuje meze stanovené Ústavou a Listinou a prohlubuje některé základní principy, na nichž je postaven právní řád České republiky. Prohlubuje se především právní jistota adresátů příslušných právních norem, zejména se zdůrazňují principy typické pro správní řízení. Rovněž precizace sankčních ustanovení odpovídá principu stanovenému zejména čl. 4 odst. 1 Listiny, který stanoví, že: *„Povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod.“* Navrhovaná právní úprava nijak nesnižuje nabytá práva dotčených subjektů a nejsou diskriminovány žádné specifické skupiny adresátů právních norem.

2. Soulad s právem EU a mezinárodními smlouvami

Navrhovaná právní úprava není s právem EU v rozporu. V případě novelizace zákona o VZP a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách dochází k odstranění podmínky českého občanství pro ředitele a členy orgánů zdravotních pojišťoven. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny jsou samosprávnými institucemi s vlastními orgány a zejména v případě zaměstnaneckých pojišťoven dochází k situacím, kdy významným zaměstnavatelem je zahraniční osoba působící v České republice, není důvodné, aby její zájmy nemohla hájit osoba s cizím státním občanstvím. V tomto ohledu návrh umožňuje, aby ředitelem či členem orgánu byla rovněž osoba ze zemí mimo Evropskou unii. Podle předkladatele nejsou dány

důvody, které by vedly k omezení výběru ředitele nebo člena orgánu podle občanství, neboť lze všechny relevantní předpoklady pro výkon funkce splňovat bez ohledu na občanství.

Navržená ustanovení čl. III bodu 1 a čl. V bodu 1 návrhu ve vztahu k volnému pohybu služeb ve smyslu čl. 56 Smlouvy o fungování Evropské unie jsou odůvodnitelná zejména povahou českého systému veřejného zdravotního pojištění. Ten je financován výlučně veřejnými prostředky, přičemž předkladatel poukazuje na skutečnost, že právě prostřednictvím třetích osob podílejících se na nábořech pojištěnců docházelo k nedůvodnému vyvádění těchto prostředků z tohoto systému. Navrženou úpravou se nejde nad rámec stávající regulace, dochází pouze k formulačnímu zpřesnění, aby se zabránilo plýtvání finančních prostředků určených primárně na provoz zdravotních pojišťoven.

Poskytování osobních údajů dle návrhu novely je v souladu s příslušnými ustanoveními směrnice 95/49/ES.

Navržená právní úprava se nedotýká mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána.

C. Předpokládaný hospodářský a finanční dosah navrhované právní úpravy

Hospodářský a finanční dopad na jednotlivé adresáty navrhované právní úpravy je podrobně uveden v části A této důvodové zprávy včetně vyhodnocení nákladů a přínosů jednotlivých variant řešení.

Náklady budou na straně orgánů veřejné správy maximálně v řádu stovek tisíc korun ročně a budou souviset zejména s novou agendou a zřízením nových systemizovaných míst. Zdravotní pojišťovny budou částečně dotčeny stanovením nových informačních povinností, nicméně v tomto případě se jedná o data, která již povinně archivují a veškeré náklady budou souviset pouze s jejich tříděním a zasláním příslušnému orgánu státní správy (Ministerstvo zdravotnictví). V souvislosti se zveřejňováním smluv se předpokládají na straně jednotlivých zdravotních pojišťoven náklady ve výši 500 tis. Kč až 1 000 tis. Kč podle počtu uzavřených smluv.

D. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Navrhovaná právní úprava se nijak nedotýká ochrany soukromí a osobních údajů fyzických osob. V oblasti zveřejňování smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb návrh výslovně stanoví, že obsahem zveřejnění nesmějí být informace, které jsou předmětem ochrany podle jiných právních předpisů (tj. například podle zákona o ochraně osobních údajů).

Stejně tak v případě zákonného zakotvení informační povinnosti vůči Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh výslovně uvádí, že ochrana osobních údajů podle jiných právních předpisů musí být při naplňování této povinnosti jednoznačně zajištěna.

E. Zhodnocení korupčních rizik navrhovaného řešení (CIA)

V případě zdravotních pojišťoven existují korupční rizika zejména u orgánů, které jménem pojišťovny jednají nebo mají rozhodovací pravomoc. Jde zejména o ředitele a členy správních rad zdravotních pojišťoven. Návrh zákona o VZP a zaměstnaneckých pojišťovných prohlubuje dosavadní právní úpravu a důsledně vymezuje důvody, pro něž nemůže být fyzická osoba orgánem nebo členem orgánu zdravotní pojišťovny. Tímto způsobem se značně snižuje riziko, aby zdravotní pojišťovna např. uzavírala nevýhodné smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, případně jinými smluvními subjekty, které jsou jakýmkoliv způsobem majetkově nebo osobně provázány s orgány s rozhodovací pravomocí.

Z hlediska přiměřenosti považuje předkladatel toto řešení za naprosto dostatečné a odpovídající situaci na trhu veřejného zdravotního pojištění, kdy v minulosti byly zdravotní pojišťovny propojeny s poskytovateli zdravotních služeb a dalšími subjekty podnikajícími v oblasti zdravotnictví. Docházelo tak často k netransparentnímu přesunu vysokých finančních částek ze systému veřejného zdravotního pojištění k fyzickým a právnickým osobám, které byly přímo napojeny na vlastníky zdravotních pojišťoven. Navržená opatření jsou zároveň vysoce efektivní, neboť neumožňují osobám, na jejichž straně je některá z taxativně vymezených překážek, vykonávat funkce, v nichž by svým rozhodováním mohly ovlivňovat činnost zdravotní pojišťovny. Případné zatajení této skutečnosti podléhá nově sankci až do výše 500 tis. Kč.

K prohloubení dochází rovněž u právní úpravy nábora pojištěnců, kdy se zcela zakazuje nábor prostřednictvím třetích osob a mělo by tak být do značné míry eliminováno riziko, kdy zdravotní pojišťovny získávaly prostřednictvím těchto osob pojištěnce za úplatu.

II. Zvláštní část

Změna zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

K čl. I

K bodu 1 [§ 3 odst. 2 písm. a)]

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „občanský zákoník“).

K bodu 2 (§ 8 odst. 4)

Změnou tohoto ustanovení dochází k odstranění nejasností při výkladu tohoto ustanovení, kdy podle stávajícího znění není zřejmé, zda pojištěnec, který odjel na dlouhodobý pobyt do zahraničí a následně nepředložil doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině na celou dobu trvání pobytu, je nucen i v případě, že nebyl v cizině pojištěn byť jediný den, doplatit české zdravotní pojišťovně celé pojistné za celou dobu, kdy byl v zahraničí, nebo pouze za dobu, k níž nedoloží doklad o zaplaceném pojištění v cizině.

Z toho důvodu se navrhuje právní úprava, která spočívá v explicitním stanovení povinnosti doplatit české zdravotní pojišťovně pojistné pouze za každý měsíc, ve kterém netrvalo zdravotní pojištění v cizině celý takový kalendářní měsíc, resp. není placení pojistného v cizině pro takový měsíc doloženo.

Předkladatel považuje rovněž za nutné předcházet případům, kdy se osoba účelově přihlásí po dlouhodobém pobytu v zahraničí do systému veřejného zdravotního pojištění, aby mohla čerpat relativně levnou péči v ČR, a po jejím poskytnutí se opět odhlásí z důvodu dlouhodobého pobytu v cizině. Navrhuje se proto stanovení dvouměsíční lhůty, po níž se pojištěnec nebude moci po návratu z dlouhodobého pobytu v cizině odhlásit.

K bodu 3 (§ 8 odst. 6)

Návrh dále zmírňuje dopady opomenutí pojištěnce odhlásit se ze zdravotního pojištění při dlouhodobém pobytu v cizině. V případě, že po návratu doloží, že při celém dlouhodobém pobytu (ten je nutné počítat od poslední uhrazené částky pojistného v českém systému veřejného zdravotního pojištění, neboť jiný způsob prokazování je nerealizovatelný) hradil v cizině pojistné a zároveň v tomto období nečerpal hrazené služby, nemůže zdravotní pojišťovna vymáhat penále za období dlouhodobého pobytu v cizině.

K bodu 4 (§ 10 odst. 5)

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií občanského zákoníku.

K bodu 5 (§ 10 odst. 6)

V praxi může dojít k situaci, kdy matka nebude pojištěnkou v systému veřejného zdravotního pojištění, ale otec dítěte ano. Není přitom důvodné, aby v takovém případě nebylo postupováno podle příslušnosti otce ke zdravotní pojišťovně, pokud ten je v systému veřejného zdravotního pojištění v České republice přihlášen. Navrženou právní úpravu se proto zakotvuje určení příslušnosti pojišťovny dítěte podle pojišťovny otce, v případě, že nelze využít příslušnost ke zdravotní pojišťovně podle matky dítěte.

Zároveň se ustanovení uvádí do souladu s terminologií zákona občanského zákoníku.

K bodu 6

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií občanského zákoníku.

K bodu 7 (§ 11 odst. 1)

Stávající znění ustanovení § 11 je značně nepřehledné a neodpovídá požadavkům na tvorbu právních norem. Z toho důvodu se podstatná část přesouvá do § 11a, kde je rozdělena do jednotlivých odstavců.

K bodu 8 (§ 11a)

V současné době má pojištěnec možnost změnit zdravotní pojišťovnu jednou ročně a to vždy do 30. června kalendářního roku s tím, že změna zdravotní pojišťovny se realizuje k 1. lednu následujícího roku. Toto ustanovení je dlouhodobě kritizováno jako neopodstatněné omezení doby, po kterou se může pojištěnec rozhodnout o změně zdravotní pojišťovny. Novou úpravou proto dochází k rozšíření této doby do 31. srpna kalendářního roku.

Zároveň se ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. novelizuje ze shodných důvodů, jako jsou uvedeny ke změně ustanovení § 10 odst. 6 tohoto zákona. Tedy v případech, kdy je pojištěncem pouze otec dítěte a nikoliv matka, určí se příslušnost zdravotní pojišťovny podle otce.

Dále dochází k rozšíření práva na změnu pojišťovny i v případě sloučení zdravotních pojišťoven. Podle dřívější úpravy totiž pojištěnci v případě, že ke sloučení zdravotních pojišťoven došlo po 30. červnu, neměli možnost změnit zdravotní pojišťovnu k 1. lednu následujícího roku a byli nuceni zůstat pojištěni u zdravotní pojišťovny, kterou si nezvolili. Podle nové úpravy budou mít pojištěnci v případě sloučení zdravotních pojišťoven možnost zdravotní pojišťovnu změnit ve speciálních lhůtách oproti obecné právní úpravě.

Ustanovení se zároveň dává do souladu s terminologií občanského zákoníku a upravuje se legislativně-technicky.

K bodu 9 [§ 12 písm. j)]

Úpravou tohoto ustanovení dochází k precizaci provázání s § 8 odst. 4 tak, že je zřejmé, že průkaz pojištěnce je třeba vrátit tehdy, pokud se jedná o dlouhodobý pobyt v cizině řádně oznámený podle § 8 odst. 4 příslušné zdravotní pojišťovně. Lhůta pro odevzdání přitom

začíná běžet ode dne zahájení dlouhodobého pobytu v cizině (dne, v němž zanikla povinnost platit pojistné na území České republiky).

K bodu 10 (§ 15 odst. 3)

Navržená úprava reaguje na nesprávnou specifikaci způsobu oplodnění jako „umělého“. Správný termín, který naplňuje účel ustanovení, je „mimotělní“. Umělé oplodnění je pojem nadřazený pojmu mimotělní oplodnění a původní znění ustanovení tak nesprávně regulovalo i výkony, u nichž regulace nebyla zamýšlena. Dále navrhovaná úprava upřesňuje horní věkovou hranici tak, aby bylo zřejmé, že o hrazenou službu se jedná do dne dosažení třicátého devátého roku života pojištěnky (tj. 38 let a 365 dnů).

K bodu 11 (§ 17 odst. 4)

Nově dochází k úpravě zmocnění pro vydání vyhlášky – seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami – o další nedílnou součást této vyhlášky, kterou jsou pravidla vykazování výkonů. Smyslem vyhlášky totiž nemůže být pouze vydání seznamu názvů výkonů a bodové hodnoty, ale i upřesnění toho, co je výkonem myšleno a jaké podmínky musí být z medicínského hlediska splněny, aby mohl být výkon vykázán. Samotný název výkonu totiž není dostatečně přesný a určitý, aby mohl postihnout výkon v celém jeho rozsahu.

Právní úprava nově zároveň výslovně stanoví, že v případě, kdy nedojde ke konsensu obou stran v otázkách vykazování zdravotních výkonů, jsou povinni se řídit pravidly vykazování tak, jak jsou uvedeny v seznamu zdravotních výkonů.

K bodu 12 (§ 17 odst. 5)

Úhrady zdravotní péče v systému veřejného zdravotního pojištění jsou založeny na zálohových platbách zdravotních pojišťoven poskytovatelům zdravotních služeb. Nová právní úprava rozšiřuje zmocnění pro vydání tzv. úhradové vyhlášky o možnost stanovit výši záloh na úhradu hrazených služeb. Tímto opatřením se zabrání nežádoucí situaci, kdy některé zdravotní pojišťovny odmítají platit zálohy ve výši úhrad stanovených úhradovou vyhláškou s odkazem na to, že výše zálohových plateb není v tzv. úhradové vyhlášce specifikována.

K bodu 13 (§ 17 odst. 9)

Navrženou právní úpravou dochází k zakotvení povinnosti zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Toto ustanovení má za cíl zvýšení transparentnosti vynakládání veřejných prostředků v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Zveřejňování smluv rozptýlí pochybnosti o tom, jakým způsobem jsou jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb placeni a zda jednotlivým poskytovatelům nejsou ve smlouvách poskytovány neodůvodněně výhodnější podmínky. Jde o podpůrné opatření, které umožní lepší využití práv občanů na svobodný přístup k informacím a zlepší i povědomí veřejnosti o užití prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Zveřejnění smlouvy nebude podmínkou pro nabytí platnosti takové smlouvy, neboť by mohlo dojít k nežádoucím dopadům do sféry poskytovatelů zdravotních služeb, kteří by v dobré víře plnili na základě smlouvy, kterou se zdravotní pojišťovnou uzavřeli, byť by z důvodů na

straně zdravotní pojišťovny (nezveřejnění) taková smlouva nebyla platná. V takovém případě by se jednalo o plnění bez právního důvodu, za něž by tak v praxi nenáležela poskytovatelům úhrada. Z toho důvodu považuje předkladatel za vhodné sankcionovat porušení povinnosti zveřejnit smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb zdravotní pojišťovnou dostatečně odrazující pokutou, a to až do výše 10 mil. Kč. Je třeba uvést, že maximální výše pokuty bude uložena v případech odpovídajícím obecným pravidlům správního trestání, tedy zejména v případě závažného a opakovaného porušování této povinnosti.

Zveřejněním údajů, informací a smluv, které se týkají poskytovatele, který je zároveň zpravodajskou službou by došlo k únik citlivých dat, z nichž by bylo možné odvodit například i některé utajované informace. Z toho důvodu se do ustanovení navrhuje poslední věta.

K bodu 14 [§ 30 odst. 2 písm. b) bod 5]

S vývojem nových léčivých přípravků se ukazuje, že přesné stanovení očkování proti pneumokokovým infekcím právě třemi dávkami očkovací látky v současné době neodpovídá možnostem nových způsobů očkování, které umožňují stejný efekt i při aplikaci menšího počtu dávek očkovací látky. Z tohoto důvodu se navrhuje podmínka explicitního vyjádření počtu tří dávek očkovací látky vypustit a jedinou podmínkou úhrady očkování proti pneumokokovým infekcím bude aplikace očkování dle schváleného očkovacího schématu.

K bodu 15 [§ 30 odst. 2 písm. b) bod 6]

S vývojem nových léčivých přípravků se ukazuje, že přesné stanovení očkování proti lidskému papilomaviru právě třemi dávkami očkovací látky v současné době neodpovídá možnostem nových způsobů očkování, které umožňují stejný efekt i při aplikaci pouze dvou dávek očkovací látky. Z tohoto důvodu je podmínka tří dávek očkovací látky vypuštěna a jedinou podmínkou úhrady očkování proti lidskému papilomaviru zůstává dodržení postupu očkování stanoveného při registraci léčivého přípravku.

K bodu 16 (§ 36 odst. 2)

Navržená změna napravuje logický nesoulad stávajícího znění odstavce 2. Přeprava nemá být hrazena k místu jiného poskytovatele dopravních služeb, ale k místu poskytovatele požadovaných hrazených služeb.

K bodu 17 (§ 39)

Návrhem se předchází dříve zaznamenaným situacím, kdy docházelo k dohodám mezi některými poskytovateli zdravotních služeb a provozovateli pohřebních služeb o odvozu zemřelých pacientů bez ohledu na vzdálenost poskytovatele od místa úmrtí. Stejně jako v případě dopravy pojištěnců za účelem poskytnutí hrazené služby podle ustanovení § 36 odst. 2 zákona č. 38/1997 Sb. bude v případě převozu těla zemřelého pojištěnce hrazena pouze doprava k nejbližšímu poskytovateli, který je schopen příslušnou pitvu provést.

K bodu 18 (§ 39l odst. 1)

Institut revize systému úhrad tak, jak je definován v současném znění zákona, vychází z formátu dvou různých druhů revizí systému maximálních cen a úhrad - hloubkové revize s důrazem především na komplexnost a odborné posouzení přípravků ve skupině v zásadě

terapeuticky zaměnitelných léčiv a institut zkráceného revizního řízení zaměřený výhradně na cenové výkyvy v zásadě zaměnitelných léčivých přípravků (např. vlivem vstupu nových a levnějších generik na český trh), který byl ustanoven zákonem č. 298/2011 Sb., 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 další související zákony. Tyto zkrácené revize s účinností od 1. 12. 2011 měly zajistit rychlé a flexibilní revize systému úhrad s cílem snížit dopad na finanční prostředky zdravotního pojištění.

S ohledem na stávající praxi je možné konstatovat, že původní návrh periodického charakteru hloubkových revizí s tříletým intervalem neodpovídá požadavkům na flexibilitu systému. S ohledem na proces a jednotlivé atributy, které musí Ústav posoudit, se jako vhodnější jeví nově ustanovit interval pětiletý, přičemž mezidobí mezi hloubkovými revizemi bude dostatečně vyplněno mechanismy zkrácených revizí.

K bodu 19 [§ 39q odst. 2 písm. a)]

Návrh odstraňuje stávající nedostatek, kdy správnímu deliktu podle písm. a) není přiřazena žádná sankce. Navrhuje se proto stanovit s ohledem na závažnost takového jednání maximální možnou výši sankce ve výši 10 mil. Kč.

K bodu 20 (§ 40 odst. 8)

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií občanského zákoníku.

K bodu 21 (§ 41)

Zdravotní pojišťovny jsou podle stávajícího znění zákona č. 48/1997 Sb. uživatelem vymezených referenčních údajů vedených v základním registru obyvatel o subjektech údajů, kteří jsou jejich pojištěnci. Vzhledem k tomu, že k řádnému plnění zákonných povinností správního orgánu v rámci řízení podle § 53 zákona č. 48/1997 Sb. je nezbytné, aby měly zdravotní pojišťovny možnost zjistit rovněž některé další údaje (které nejsou obsaženy v základním registru obyvatel) týkající se nejen vlastních pojištěnců ale např. i jejich osob blízkých. Bude se jednat např. o situace, kdy v rámci řízení bude nutné ustanovit osobě s omezenou svéprávností nebo osobě neznámého pobytu opatrovníka, přičemž nejvhodnější se jeví ustanovit jí právě osobu blízkou. Za tím účelem se navrhuje, aby Ministerstvo vnitra nebo Policie ČR poskytly na žádost zdravotní pojišťovny některé další taxativně vymezené údaje, bude-li to nezbytné k naplnění úkolů vyplývajících pro zdravotní pojišťovnu z ustanovení § 53 zákona č. 48/1997 Sb.

Obdobná právní úprava je již nyní obsažena v jiných právních předpisech (srov. např. ustanovení § 11a zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů).

K bodu 22 (§43 odst. 2)

Ustanovení se uvádí do souladu s terminologií občanského zákoníku.

K bodu 23 (§ 45a a 45b)

Do zákona se výslovně zakotvují skutkové podstaty některých deliktů zdravotních pojišťoven tak, aby bylo povinnosti stanovené zákonem č. 48/1997 Sb. možné řádně vynucovat. Bude se jednat např. o porušení povinnosti zveřejňovat smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb nebo o nezajištění místní a časové dostupnosti hrazených služeb. Správní řízení o správních deliktech bude vedeno podle správního řádu, přičemž příslušným správním orgánem bude Ministerstvo zdravotnictví a příjem z pokut bude příjmem státního rozpočtu.

Navržená maximální výše sankcí se odvíjí od závažnosti deliktů a navrhuje se ve výši 100 000 Kč až 10 000 000 Kč u jednotlivých správních deliktů.

K bodu 24 (§ 46 odst. 4)

Navrhovatelem výběrového řízení před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb je nově i obec. Jsou to totiž zejména právě obce, které mají přehled o tom, zda je na jejich území dostatečně zajištěna dostupnost zdravotních služeb, případně s předstihem ví, zda někdo plánuje ukončit lékařskou praxi. Předkladatel proto vidí jako důvodné, aby rovněž obec mohla navrhopvat konání výběrového řízení.

K bodu 25 [§ 47 odst. 2 písm. a)]

Území, jehož se výběrové řízení za účelem uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb týká, musí být ve vyhlášení určeno vždy konkrétně. Není přitom podstatné, zda konkretizace bude učiněna např. vymezením jednotlivých ulic, městských částí, obvodem několika obcí nebo jiným způsobem.

K bodu 26 a 27 (§ 49 odst. 2 a 3)

Navrženou právní úpravou se zpřehledňuje dosavadní znění, podle kterého odstavce 2 a 3 předmětného ustanovení upravovaly vyhotovení zápisu o výběrovém řízení. V praxi jde nicméně o jediný zápis, který obsahuje skutečnosti uvedené v dosavadním znění obou odstavců. Z toho důvodu se právní úprava zpřesňuje a výslovně zakotvuje zhotovení jediného zápisu o průběhu výběrového řízení.

K bodu 28 (§ 52 odst. 1)

Výslovně se zakotvuje povinnost přihlížet při posuzování přihlášek rovněž k síti zdravotní pojišťovny v daném oboru a území.

K bodu 29 (§ 52 odst. 3 a 4)

Pokud není uchazeči vydáno komisí doporučující stanovisko, dochází v mnoha případech k opětovnému podávání shodných přihlášek ve velmi krátké době, aniž by objektivně mohl odpadnout důvod, kvůli kterému nebylo uzavření smlouvy doporučeno. Z toho důvodu se navrhuje minimální lhůta od ukončení výběrového řízení (zveřejnění výsledku výběrového řízení), po níž není stejný uchazeč oprávněn navrhopvat konání dalšího výběrového řízení pro stejné území. Stejná lhůta se stanoví také pro situace, kdy je doporučení komisí uděleno,

nicméně žadatel v krátkém časovém intervalu podává návrh na výběrové řízení znovu, např. z toho důvodu, že zdravotní pojišťovna odmítla smlouvu uzavřít.

K bodu 30 (§ 53 odst. 1)

Institut stanovení pravděpodobné výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění je v současné době v právním řádu ČR upraven především v § 25a odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tato úprava jej koncipuje odlišně od ostatních rozhodnutí zdravotních pojišťoven, o kterých hovoří navrhované znění § 53 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, což způsobuje značné interpretační potíže.

Mimo jiné tato neprovázanost spočívá v tom, že je stávající úpravou zákona č. 592/1992 Sb., výslovně stanoveno, že příslušná zdravotní pojišťovna může pravděpodobnou výši pojistného stanovit rozhodnutím, kdežto navrhované znění § 53 zákona č. 48/1997 Sb., hovoří o platebním výměru.

Navrhuje se proto institut stanovení pravděpodobné výše pojistného vyjmout z úpravy § 53 zákona č. 48/1997 Sb., čímž se předchází nežádoucím dopadům dvojí, neprovázané úpravy a naplňuje se zásada seznatelnosti práva.

Stávající znění dotčeného ustanovení staví pojištěnce (resp. plátce pojistného) do značně nevýhodné pozice co do účinků odvolání (vyloučení suspenzivního účinku) proti pokutám, přírůzkům k pojistnému, penále a dalším rozhodnutím pojišťoven dle § 53 odstavce 1, ve kterých jsou vydávány platební výměry. Předkládaným návrhem se proto limituje tento postup pouze na platební výměry ve věcech dlužného pojistného.

K bodu 31 (§ 53b)

Navrženou právní úpravou se blíže specifikuje způsob doručování písemností v řízeních § 53 odst. 1 (udělení předchozího souhlasu podle § 14b, vydání povolení podle koordinačních nařízení, náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4, přírůzek 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) a § 53a (odstraňování tvrdostí) zákona č. 48/1997 Sb.

Nově se výslovně zakotvuje povinnost vyvěsit veřejnou vyhlášku pouze v sídle zdravotní pojišťovny a zároveň se výslovně stanoví, že oznámení musí být vyvěšeno způsobem umožňujícím dálkový přístup, aby bylo zřejmé, že tímto návrhem nedochází k odchylce od správního řádu.

K bodu 32 (změna přílohy č. 1)

Vzhledem k množícím se žádostem pojištěnců o úhradu protonové radioterapie, která je v současné době zdravotní službou nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění, se navrhuje zakotvit v zákoně podmínku pro úhradu této péče. Tato podmínka je již dnes uplatňována a považujeme za mimořádně vhodné ji promítnout i do příslušné přílohy zákona, což zajistí jednotný a transparentní postup všech zúčastněných stran. S ohledem na to, že se jedná o mimořádně nákladnou a vysoce specializovanou péči, její indikování by mělo být centralizováno do pracovišť, která mají status komplexního onkologického centra, a o

indikaci by měl v každém jednotlivém případě rozhodovat multioborový tým specialistů sestavený podle konkrétní diagnózy pojištěnce. Z toho důvodu se jako podmínka stanoví předchozí indikace centrem vysoce specializované péče ve smyslu zákona o zdravotních službách.

K bodu 33 (změna přílohy č. 1)

Ze seznamu zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek se vyjímá výkon „Vybavení pacienta pro péči mimo zdravotnické zařízení“. Dosud byl tento výkon, resp. všechny související vykázané zvlášť účtované položky, hrazeny jen při schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Nyní budou všechny související vykázané zvlášť účtované položky hrazeny plně. Výkon „Vybavení pacienta pro péči mimo zdravotnické zařízení“ zůstane pouze v příslušné prováděcí vyhlášce (v Seznamu zdravotních výkonů je uveden pod označením 09561) jako signální výkon, který vykáže poskytovatel, propouští-li pojištěnce do domácí péče a vybavuje-li ho při té příležitosti potřebnými léčivými přípravky či zdravotnickými prostředky. Tímto opatřením není dotčena nutnost schválení revizním lékařem u léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, u nichž je toto schválení vyžadováno.

K bodům 34 až 37 (změny přílohy č. 3)

K položce č. 68 – skupina 06

Jedná se o pažní návlek II. K.T., předepisován bude za stejných podmínek jako pažní návlek III. a IV. K.T., který je zařazen do položky č. 69 a je předepisován bez schválení revizního lékaře. Současné rozdíly ve způsobu preskripce mezi těmito dvěma položkami pokládáme za neodůvodněné. Počet vydaných pažních návleků za rok 2013 byl 1 113 ks a celkové náklady za pažní návleky činily něco málo přes 348 tis. Kč. Není logické, aby nižší kompresní třída byla schvalována revizním lékařem, když III. a IV. kompresní třída je bez schválení revizním lékařem.

K položce č. 91 – skupina 08

V případě položky č. 91 se jedná o sluchadlo pro vzdušené vedení pro věkovou skupinu od 7 do 18 let pro těžkou a velmi těžkou nedoslýchavost. Sluchadlo pro tutéž věkovou skupinu s nižší sluchovou ztrátou (viz položka č. 90) je hrazeno ve výši 10 600 Kč za 2 ks, což pokládáme za neadekvátní. Navržená změna bude mít pozitivní vliv na pojištěnce s těžšími formami nedoslýchavosti, kterým bylo dosud hrazeno sluchadlo pouze do výše 5 800 Kč. Vzhledem k návaznosti na různé indikační skupiny nelze nicméně stanovit přesný počet vydaných sluchadel konkrétně pro tento typ diagnózy.

K položce č. 103 – skupina 09

Jedná se o opravu chyby v textu.

K položce č. 104 – skupina 09

Jedná se o opravu chyby v textu.

K položce č. 149 – skupina 12

V daném případě se jedná o chodítka, které jako jedinou kompenzační pomůcku nemůže předepsat ortoped. Požadavek na změnu, tj. na rozšíření preskripčního omezení o odbornost ortopedie je i častou připomínkou odborné veřejnosti. Navrhujeme ve sloupci „Omezení“ rozšířit preskripční omezení o odbornost ORT – ortopedie (viz oddíl A část c) přílohy č. 3). Počet vydaných chodítek celkem v roce 2013 byl 7002, počet unikátně ošetřených pacientů byl 6992 a celkové náklady činily něco málo přes 23 mil. Kč. Při současných preskripčních omezeních musí lékař odbornosti ortoped delegovat předepsání této pomůcky na povolenou odbornost (REH, NEU, ORP), což v praxi může znamenat další náklady za poskytnutou péči.

K čl. II

1. V rámci zveřejňování smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a příslušnými zdravotními pojišťovnami přechodné ustanovení stanoví, že příslušné smlouvy (včetně změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli za poskytnuté hrazené služby) zdravotní pojišťovny zveřejní do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti navrhovaného zákona. Bude tak dokončen proces zveřejňování všech dotčených smluv.

2. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny zveřejnily velkou část smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb již v průběhu roku 2014 je žádoucí, aby tak učinily u všech v tomto roce uzavřených smluv. Takový postup zajistí rovný přístup ke všem poskytovatelům zdravotních služeb a zároveň zvýší transparentnost systému veřejného zdravotního pojištění.

Změna zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

K čl. III

K bodu 1 (§ 2 odst. 3)

Navrženou úpravou reaguje předkladatel na skutečnost, že zdravotní pojišťovny využívají k náborem pojištěnců třetí osoby, u nichž není dostatečně zaručeno, že nebudou při provádění náborem pojištěnců postupovat způsobem, který odporuje dobrým mravům, a z hlediska předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění nelze tyto osoby řádně kontrolovat. Nová právní úprava náborů pojištěnců prostřednictvím třetích osob plošně zakazuje a zdravotní pojišťovny tak budou oprávněny provádět nábor pojištěnců pouze prostřednictvím svých kmenových zaměstnanců. Porušení tohoto zákazu podléhá sankci až do výše 5 mil. Kč.

K bodu 2 [§ 7 odst. 1 písm. b)]

V současné době se systém veřejného zdravotního pojištění potýká s nedostatkem finančních prostředků. Je považováno za neúčelné, aby významná část prostředků (přes 1 mld. Kč) byla vázána na rezervních fondech zdravotních pojišťoven. Navrhuje se proto nová právní úprava spočívající ve snížení výše rezervního fondu na polovinu, to je z 1,5 % na 0,75 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

K bodům 3 a 4 (§ 7 odst. 2 a 5)

V rámci revize dosavadního znění zákona se navrhuje provést terminologické změny v návaznosti na aktuální právní úpravu.

K bodu 5 (§ 7 odst. 7)

Navržené ustanovení výslovně ukládá Pojišťovně hradit pokuty za porušení právních povinností stanovených právními předpisy z prostředků provozního fondu.

K bodu 6 (§ 11)

Při přípravě úhradových vyhlášek a dalších právních předpisů potřebuje Ministerstvo zdravotnictví disponovat velmi podrobnými datovými zdroji, které umožní modelovat dopady nových regulací na systém veřejného zdravotního pojištění. Tato data mají k dispozici především zdravotní pojišťovny. V současné době neexistuje povinnost zdravotních pojišťoven předávat data nad rámec informací o hospodaření. Nová právní úprava tuto povinnost zdravotním pojišťovnám ukládá. Ministerstvo zdravotnictví použije získané informace například k modelaci dopadů nově zvažovaných opatření, k monitorování vývoje systému veřejného zdravotního pojištění, sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, nebo k udržování a rozvoji systému přerozdělování pojistného. Tato povinnost umožní významně zlepšit činnost Ministerstva zdravotnictví jako klíčového regulátora systému veřejného zdravotního pojištění, jelikož mu umožní činit rozhodnutí podložená přesnými daty.

Zároveň se zakotvuje pravomoc Ministerstva financí požadovat po Pojišťovně poskytnutí informací, které potřebuje k výkonu své působnosti, zejména v rámci přerozdělování pojistného a sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb.

Veškeré informace přitom musí být předávány takovým způsobem, aby nedošlo k narušení ochrany osobních údajů osob, jichž se předávání údajů týká.

K bodu 7 (§ 15 odst. 2)

Podmínkou funkce ředitele zdravotní pojišťovny již nebude české občanství. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

K bodu 8 [§ 15 odst. 2 písm. a)]

Dochází ke změně terminologie v souvislosti s novým občanským zákoníkem.

K bodům 9 až 16 (§ 15 odst. 4 až 7)

Podmínkou funkce ředitele Pojišťovny již nebude české občanství a trvalý pobyt na území ČR. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele Pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude ředitel ovlivňovat

činnost Pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Překážkou mohou být rovněž případy, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií).

Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje ředitel doručením čestného prohlášení Pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce ředitele v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka výkonu funkce, Správní radě Pojišťovny.

K bodům 17 až 20 (§ 18)

Podmínkou funkce člena orgánu zdravotní pojišťovny již nebude české občanství a trvalý pobyt na území ČR. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce člena některého orgánu Pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude člen orgánu ovlivňovat činnost Pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Ke střetu zájmů nicméně může dojít rovněž v případech, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií).

Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje člen orgánu doručením čestného prohlášení Pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce člena orgánu Pojišťovny v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka výkonu funkce, Pojišťovně. Doplnuje se také ustanovení, kdy výkon funkce člena orgánu končí pravomocným rozsudkem, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 15 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb.

K bodu 21 (§ 23a až 23c)

Za účelem vymahatelnosti povinností vyplývajících z jednotlivých ustanovení zákona č. 551/1991 Sb. pro některé fyzické osoby a zdravotní pojišťovny navrhuje předkladatel jak zakotvení skutkových podstat přestupků fyzických osob, tak precizaci skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven.

Pokuty jsou řádně diferencovány v závislosti na závažnosti deliktního jednání a správní řízení v těchto věcech vede Ministerstvo zdravotnictví. Nově se navrhuje, aby příjem z pokut byl příjmem státního rozpočtu, neboť pro to, aby se pokuta stala příjmem zvláštního účtu přerozdělování, by bylo nutné zakotvit speciální právní úpravu.

K bodu 22 (§ 24a)

Současná právní úprava ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb. je konstruována tak, že se nejedná o škodu na zdraví poškozeného podle občanského zákoníku, ale jde o speciálním právním předpisem založený samostatný nárok zdravotní pojišťovny vůči třetím osobám (s nimiž není ve smluvním vztahu) na náhradu jí vynaložených nákladů na zdravotní péči, jsou-li splněny zákonné podmínky. K uplatnění nároku je nezbytné, že splnění těchto podmínek zdravotní pojišťovna prokáže. Důkazní břemeno je na její straně, avšak při shromažďování důkazního materiálu jsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny zároveň vázáni mlčenlivostí právě dle ustanovení § 24a zákona o VZP ČR o skutečnostech, o nichž se při výkonu zaměstnání dozvěděli. Dodržení zákonné povinnosti mlčenlivosti, již může být zdravotní pojišťovna zproštěna pouze tím, v jehož zájmu ji má, tak je překážkou úspěšného uplatnění práva zdravotní pojišťovny ve smyslu ustanovení § 55 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. a naplnění účelu této normy. Nezbytnost zproštění povinnosti mlčenlivosti pojištěncem o potřebných údajích za účelem uplatnění nároku na náhradu nákladů na péči, je v běžné činnosti administrativně náročná a obtížná a zdravotní pojišťovně mnohdy nezbytvá, než spory řešit před soudem, ve složitých případech i ustanovením znalce k přezkoumání nároku zdravotní pojišťovny. Takové způsoby řešení nelze považovat za jednoduché ani vhodné jak z hlediska délky, tak nákladů řízení. Zdravotní pojišťovně tak nejsou v naznačeném směru vytvořeny právní podmínky k hospodárnému a rychlému vymožení náhrad nákladů na péči.

Z výše uvedených důvodů se navrhuje, aby za porušení povinnosti mlčenlivosti nebyla považována jakákoliv jednání při uplatňování nároků Pojišťovny vyplývajících ze zákona.

K bodu 23 (dosavadní § 24b)

Rušené ustanovení dosud obsahovalo kusou úpravu správních deliktů podle zákona č. 551/1991 Sb. Vzhledem k tomu, že tato úprava je nahrazována komplexní právní úpravou nového § 23a až 23c, navrhuje se § 24b zrušit.

K čl. IV

V rámci nového vymezení požadavků na funkci ředitele a člena orgánu Pojišťovny se stanoví přechodná doba 6 měsíců, po kterou se osoby vykonávající funkci ředitele nebo člena orgánu Pojišťovny považují za osoby, které splňují požadavky stanovené pro její výkon tímto návrhem, aby byl vytvořen časový prostor pro přizpůsobení se nové právní úpravě.

Změna zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

K čl. V

K bodu 1 (§ 5 odst. 4)

Navrženou úpravou reaguje předkladatel na skutečnost, že zdravotní pojišťovny využívají k náborem pojištěnců třetí osoby, u nichž není dostatečně zaručeno, že nebudou při provádění náborem pojištěnců postupovat způsobem, který odporuje dobrým mravům, a z hlediska předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění nelze tyto osoby řádně kontrolovat. Nová

právní úprava nábory pojištěnců prostřednictvím třetích osob plošně zakazuje a zdravotní pojišťovny tak budou oprávněny provádět nábor pojištěnců pouze prostřednictvím svých kmenových zaměstnanců. Porušení tohoto zákazu podléhá sankci až do výše 5 mil. Kč.

K bodům 2 až 11 (§ 9a)

Podmínkou funkce ředitele zdravotní pojišťovny již nebude české občanství. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude ředitel ovlivňovat činnost zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Překážkou mohou být rovněž případy, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií). Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje ředitel doručením čestného prohlášení zaměstnanecké zdravotní pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce ředitele v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka výkonu funkce, Správní radě zaměstnanecké pojišťovny.

K bodům 12 až 16 (§ 10)

Podmínkou funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny již nebude české občanství a trvalý pobyt na území ČR. Předkladatel má za to, že tato podmínka je nedůvodná a může představovat případ přímé diskriminace na základě občanství, jejíž zákaz je upraven v ustanovení čl. 45 SFEU.

Navrženým ustanovením dochází k precizaci právní úpravy překážek pro výkon funkce člena některého orgánu zaměstnanecké pojišťovny. Výslovně jsou zakázány jakákoliv majetková či rozhodovací účast v právnických osobách, u nichž hrozí riziko, že v jejich prospěch bude člen orgánu ovlivňovat činnost zaměstnanecké pojišťovny. Výslovně jsou poté zmíněni poskytovatelé zdravotních služeb, distributoři léčivých přípravků atd. Překážkou pro výkon funkce nicméně může být i případ, kdy se jedná o dodavatele jiných služeb (např. IT technologií).

Neexistenci překážek pro výkon funkce prokazuje člen orgánu doručením čestného prohlášení zaměstnanecké pojišťovně. V případě, že by uvedl nepravdivé údaje, podléhá sankci za spáchaný přestupek ve výši až 500 tis. Kč.

Zároveň dochází k precizaci ustanovení o skončení výkonu funkce člena orgánu v závislosti na spáchání přestupku spočívajícího v uvedení nepravdivých údajů v čestném prohlášení nebo neoznámení skutečnosti, že u něj vznikla překážka pro výkon funkce, zaměstnanecké pojišťovně. Doplňuje se také ustanovení, kdy výkon funkce člena orgánu končí pravomocným

rozsudkem, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 15 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb.

K bodu 17 (§ 14a)

Při přípravě úhradových vyhlášek a dalších právních předpisů potřebuje Ministerstvo zdravotnictví disponovat velmi podrobnými datovými zdroji, které umožní modelovat dopady nových regulací na systém veřejného zdravotního pojištění. Tato data mají k dispozici především zdravotní pojišťovny. V současné době neexistuje povinnost zdravotních pojišťoven předávat data nad rámec informací o hospodaření. Nová právní úprava tuto povinnost zdravotním pojišťovnám ukládá. Ministerstvo zdravotnictví použije získané informace například k modelaci dopadů nově zvažovaných opatření, k monitorování vývoje systému veřejného zdravotního pojištění, sledování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, nebo k udržování a rozvoji systému přerozdělování pojistného. Tato povinnost umožní významně zlepšit činnost Ministerstva zdravotnictví jako klíčového regulátora systému veřejného zdravotního pojištění, jelikož mu umožní činit rozhodnutí podložená přesnými daty.

Zároveň se zakotvuje pravomoc Ministerstva financí požadovat po zaměstnanecké pojišťovně poskytnutí informací, které potřebuje k výkonu své působnosti, zejména v rámci přerozdělování pojistného a sledování ekonomické efektivity zdravotních služeb.

Veškeré informace přitom musí být předávány takovým způsobem, aby nedošlo k narušení ochrany osobních údajů osob, jichž se předávané údaje týkají.

K bodům 18 (§ 16 odst. 4)

V rámci revize dosavadního znění zákona se navrhuje provést terminologickou změnu v návaznosti na aktuální právní úpravu.

K bodu 19 (§ 16 odst. 8)

Navržené ustanovení výslovně ukládá zaměstnanecké pojišťovně hradit pokuty za porušení právních povinností stanovených právními předpisy z prostředků provozního fondu.

K bodu 20 (§ 18 odst. 1)

V současné době se systém veřejného zdravotního pojištění potýká s nedostatkem finančních prostředků. Je považováno za neúčelné, aby byla část prostředků vázána na rezervních fondech zdravotních pojišťoven. Navrhuje se proto nová právní úprava spočívající ve snížení výše rezervního fondu na polovinu, to je z 1,5 na 0,75 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

K bodu 21 (§ 19 odst. 2)

V rámci revize dosavadního znění zákona se navrhuje provést terminologickou změnu v návaznosti na aktuální právní úpravu.

K bodu 22 (§ 22 odst. 2)

Současná právní úprava ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb. je konstruována tak, že se nejedná o škodu na zdraví poškozeného podle občanského zákoníku, ale jde o speciálním právním předpisem založený samostatný nárok zdravotní pojišťovny vůči třetím osobám (s nimiž není ve smluvním vztahu) na náhradu jí vynaložených nákladů na zdravotní péči, jsou-li splněny zákonné podmínky. K uplatnění nároku je nezbytné, že splnění těchto podmínek zdravotní pojišťovna prokáže. Důkazní břemeno je na její straně, avšak při shromažďování důkazního materiálu jsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny zároveň vázáni mlčenlivostí právě dle ustanovení § 22 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách o skutečnostech, o nichž se při výkonu zaměstnání dozvěděli. Dodržení zákonné povinnosti mlčenlivosti, již může být zdravotní pojišťovna zproštěna pouze tím, v jehož zájmu ji má, tak je překážkou úspěšného uplatnění práva zdravotní pojišťovny ve smyslu ustanovení § 55 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. a naplnění účelu této normy. Nezbytnost zproštění povinnosti mlčenlivosti pojištěncem o potřebných údajích za účelem uplatnění nároku na náhradu nákladů na péči, je v běžné činnosti administrativně náročné a obtížné a zdravotní pojišťovně mnohdy nezbyvá, než spory řešit před soudem, ve složitých případech i ustanovením znalce k přezkoumání nároku zdravotní pojišťovny. Takové způsoby řešení nelze považovat za jednoduché ani vhodné jak z hlediska délky, tak nákladů řízení. Zdravotní pojišťovně tak nejsou v naznačeném směru vytvořeny právní podmínky k hospodárnému a rychlému vymožení náhrad nákladů na péči.

Z výše uvedených důvodů se navrhuje, aby za porušení povinnosti mlčenlivosti nebyla považována jakákoliv jednání při uplatňování nároků zaměstnanecké pojišťovny vyplývajících ze zákona.

K bodu 23 (§ 22a odst. 6 až 9)

Zajišťovací fond již neplní svůj účel, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny již do zajišťovacího fondu nepřispívají. Zůstatky na účtech zajišťovacího fondu jsou v současné době celkem 44 323 695 Kč. Činnost Zajišťovacího fondu je v současné době ztrátová, neboť úroky z vkladů na bankovních účtech nepokryjí náklady na provoz fondu. Z tohoto důvodu se v nové právní úpravě navrhuje zrušit Zajišťovací fond bez náhrady.

Navrhuje se, aby při zrušení Zajišťovacího fondu byly zbývající finanční prostředky ve výši cca 44 mil. Kč vráceny těm zdravotním pojišťovnám (nebo jejich právním nástupcům), které do něj přispívaly. Částka připadající na každou zdravotní pojišťovnu se vypočte takovým způsobem, že jí vložené prostředky do Zajišťovacího fondu vůči vloženým prostředkům všech zdravotních pojišťoven tvoří podíl, který je určující pro výpočet přesné částky ze zůstatku Zajišťovacího fondu.

Při určení výše podílů jednotlivých zdravotních pojišťoven se vychází z účetnictví Zajišťovacího fondu.

K bodu 24 (zrušení části páté – Zajišťovací fond)

Po zrušení a zániku Zajišťovacího fondu se stane dosavadní úprava části páté obsoletní, a proto se navrhuje její zrušení, a to s účinností od 1. února 2016.

K bodu 25 (část šestá)

Za účelem vymahatelnosti povinností vyplývajících z jednotlivých ustanovení zákona č. 280/1992 Sb. pro některé fyzické osoby a zdravotní pojišťovny navrhuje předkladatel jak zakotvení skutkových podstat přestupků fyzických osob, tak precizaci skutkových podstat správních deliktů zdravotních pojišťoven.

Pokuty jsou řádně diferencovány v závislosti na závažnosti deliktního jednání a správní řízení v těchto věcech vede Ministerstvo zdravotnictví. Nově se navrhuje, aby příjem z pokut byl příjmem státního rozpočtu, neboť pro to, aby se pokuta stala příjmem zvláštního účtu přerozdělování, by bylo nutné zakotvit speciální právní úpravu.

K bodu 26 (§ 23a)

Dosavadní ustanovení týkající se sankcionování zaměstnaneckých pojišťoven se s ohledem na zcela novou právní úpravu části šesté zrušuje.

K čl. VI

V rámci nového vymezení požadavků na funkci ředitele a člena orgánu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se stanoví přechodná doba 6 měsíců, po kterou se osoby vykonávající funkci ředitele nebo člena orgánu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny považují za osoby, které splňují požadavky stanovené pro její výkon tímto návrhem, aby byl vytvořen časový prostor pro přizpůsobení se nové právní úpravě.

K čl. VII

Navrhuje se, aby zákon nabyl účinnosti dne 1. července 2015, s výjimkou ustanovení, které po zrušení Zajišťovacího fondu zruší také jeho dosavadní právní úpravu, neboť se stane obsoletní. Dotčené ustanovení nabude účinnosti 1. února 2016.

Datum 1. července 2015 představuje z hlediska legislativního procesu nejbližší možné datum, kdy lze reálně očekávat, že bude zákon přijat. Toto datum se navrhuje tak, aby se pozitivní změny návrhu projevíly v praxi co nejdříve.

V Praze dne 7. ledna 2015

Předseda vlády

Mgr. Bohuslav Sobotka v. r.

Ministr zdravotnictví

MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, v. r.

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

* * *

§ 3

Vznik a zánik zdravotního pojištění

(1) Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem [§ 5 písm. a)],
- c) získání trvalého pobytu na území České republiky.

(2) Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- a) ~~úmrť~~ smrti pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem [§ 5 písm. a)],
- c) ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

* * *

§ 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 jím 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^{16c)}, 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; penále se v takovém případě nevymáhá. 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; penále se v takovém případě nevymáhá. 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^{17b)}.

(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 bez způsobilosti k právním úkonům s omezenou svéprávností~~ 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 pojištěnců¹⁸⁾ bezprostředně po přidělení rodného čísla.

(7) ~~Úmrtí~~ **Smrt** pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého je povinen oznámit Centrálnímu registru pojištěnců¹⁸⁾ 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 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,~~

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 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.

§ 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 má ke změně zdravotní pojišťovny dojít. 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 pojišťovny¹⁹⁾, 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 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 ~~zahraničí~~ **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 tkáně 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 tkáně 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")^{23c)},
- 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 hodnotami²⁵⁾ 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 předpisu²⁸⁾, 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 zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.~~

(4) Poskytovatelé a další subjekty poskytující hrazené služby při vykazování zdravotních výkonů používají seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování a zdravotní pojišťovna tento způsob vykazování akceptuje, nedohodnou-li si se zdravotní pojišťovnou jiný způsob vykazování. Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování.

(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 pohřbnictví, 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 odstavců 1 a 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.³⁴⁾ 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 očkovací 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 očkovací látky základního očkování podle Ústavem schváleného souhrnu údajů o přípravku** ~~3 dávky očkovací 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 očkovačích látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce,

6. proti lidskému papilomaviru ~~třemi dávkami očkovačích látek~~, 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 diagnostika 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 očkovačích 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~~ **ke smrti** 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.

* * *

§ 39I

Hlubková 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) Hlubková revize systému maximálních cen nebo úhrad (dále jen „hlubková revize“) se provádí ve společném řízení pro celou referenční skupinu ve lhůtě stanovené podle § 39g odst. 2. Hlubkovou 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) Právnická 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,⁴³⁾

b) resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.⁴⁴⁾

(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 podmínky⁵²⁾ 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 zbavené způsobilosti k právním úkonům~~ **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 evidence 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) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí občana mimo území České republiky, datum, místo a stát, na jehož území k úmrtí došlo,
- n) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za mrtvého uveden jako den smrti popřípadě jako den, který nepřežil,
- o) 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) datum, místo a okres úmrtí; jde-li o úmrtí mimo území České republiky, stát, na jehož území k úmrtí došlo, popřípadě datum úmrtí,
- o) den, který byl v rozhodnutí soudu o prohlášení za mrtvého uveden jako den smrti nebo den, který cizinec prohlášený za mrtvého 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,

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

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

(5) Odpovědnost zdravotní pojišťovny za správní delikt zaniká, jestliže 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

vyhlašovatel. 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) Vyhlašovatel 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, vrácení 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 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^{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.

* * *

§ 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 veřejnou vyhláškou

(1) 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 se účastníkovi řízení prokazatelně nedaří doručovat.

(2) Doručení veřejnou vyhláškou provede zdravotní pojišťovna tak, že písemnost, popřípadě oznámení o možnosti převzít písemnost, vyvěsí na své úřední desce. Písemnost nebo oznámení o možnosti převzít písemnost 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 impotenci	N	
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 proflaktické	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 samopolymerního 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 ošetření	W	Hrazeno při použití registrovaného materiálu metodou centrálního čepu
26.	014	Přechodná dlaha bez preparace - na zub	W	Hrazeno při použití samopolymerní kompozitní pryskyřice

27.	014	Přechodná dlaha s preparací - na zub	W	Hrazeno při použití samopolymeryjící 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 podpůrná - prováděná lékařem nepsychiatrem	W	Výkon bude hrazen jen na jednoho pojištěnce jedenkrát 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
42.	403	Protonová radioterapie	Z	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.
4342.	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)
4443.	601	Korekce malé vrozené anomálie boltce a okolí (výrůstky před boltcem)	Z	
4544.	601	Xanthelasma	Z	
4645.	601	Operace ptózy obličeje - horní, dolní	Z	
4746.	601	Operace ptózy obličeje - celková (smas lifting)	Z	
4847.	601	Operace tvrdého a měkkého nosu pro funkční poruchu	Z	
4948.	601	Rinoplastika - měkký nos	Z	
5049.	601	Rinoplastika - sedlovitý nos (L-štěp, včetně odběru)	Z	
5150.	601	Rinofyma	Z	
5251.	601	Operace gigantomastie	Z	
5352.	601	Ablace prsu se zachováním dvorce	Z	
5453.	601	Rekonstrukce areomamilárního komplexu	Z	
5554.	601	Kapsulotomie	Z	

		pouzdra implantátu		
5655.	601	Odstranění implantátu prsu s kapsulektomií	Z	
5756.	601	Implantace tkáňového expanderu	Z	
5857.	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 - intrakavernózní injekce vazoaktivních látek	Z	
71.	706	Ligatura vas deferens -	Z	

		vazektomie		
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 lékářem	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 pro ileostomiky	max. 30 ks za měsíc;	100 %; max. 360 Kč za 30 ks; A
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	max. 1 ks za rok; po předepsání 100 %; A ORT, ORP, REH, CHR, NEU, TRA, TVL
40	4	návrlek 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	max. 1 ks za 2 roky; 100 %; max. 1 800 Kč za 1 ks; A po předepsání CHR, OHM, PRL
43	4	epitéza mamární samolepicí	max. 1 ks za 2 roky; při 100 %; max. 3 000 Kč za 1 ks; A lymfatickém otoku; po předepsání OHM, J16
44	4	epitéza mamární pooperační	max. 1 ks v rámci 1 operace; 100 %; max. 500 Kč za 1 ks; A po předepsání CHR, OHM
45	4	kompresivní podprsenka	max. 1 ks za rok; při 100 %; max. 1 300 Kč za 1 ks; A lymfatickém otoku; po předepsání CHR, OHM
46	5	ortéza individuálně zhotovená	po předepsání ORP, ORT, REH, 100 %; A CHR, NEU a po schválení revizním lékařem
47	5	epitéza individuálně zhotovená	max. 1 ks za 2 roky; 100 %; A po předepsání CHR, ORP, ORT a po schválení revizním lékařem
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 punčochy polostehenní IV. K. T	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 2 600 Kč za 2 páry; A předepsání CHR, INT, DRV, J16
57	6	kompresivní elastické punčochy stehenní II. K. T J16	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 1 200 Kč za 2 páry; A předepsání PRL, CHR, INT, DRV,
58	6	kompresivní elastické punčochy stehenní III. K. T	max. 2 páry za rok; po 100 %; max. 1 200 Kč za 2 páry; A předepsání CHR, INT, DRV, J16

59	6	kompresivní elastické punčochy stehenní IV. K. T	max. 2 páry za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16	100 %; max. 3 000 Kč za 2 páry; A
60	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase II. K. T	max. 2 ks za rok; po předepsání PRL, CHR, INT, DRV, J16	100 %; max. 700 Kč za 2 ks; A
61	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase III. K. T	max. 2 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16	100 %; max. 750 Kč za 2 ks; A
62	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase IV. K. T	max. 2 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16	100 %; max. 800 Kč za 2 ks; A
63	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské II. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání PRL, CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 900 Kč za 2 ks; A
64	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské III. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 000 Kč za 2 ks; A
65	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské IV. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 2 000 Kč za 2 ks; A
66	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské II. K. T.	max. 1 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 950 Kč za 1 ks; A
67	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské III. a IV. K. T.	max. 1 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 300 Kč za 1 ks; A
68	6	pažní návlek komplet II. K.T.	max. 2 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16, OHM a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 000 Kč za 2 ks; A
69	6	pažní návlek komplet III. a IV. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání CHR, INT, DRV, J16, OHM	100 %; max. 1 000 Kč za 2 ks; A
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 CHR, INT, DRV, J16 a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 4 000 Kč za 2 ks; A
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 J16 a po schválení revizním lékařem S5	100 %; max. 15 000 Kč za 2 ks; A
72	6	kotníkový díl a kolenní díl II. a III. K. T.	max. 2 ks za rok; po předepsání CHR, ORT, REH, PRL, DRV, J16	100 %; max. 260 Kč za 2 ks; A
73	6	pomůcka pro navlékání kompresivních elastických punčoch II., III. a IV. K. T.	max. 1 ks za rok; po předepsání PRL, CHR, INT, DRV, J16	100 %; max. 300 Kč za 1 ks; A
74	7	kočárek zdravotní	max. 1 ks za 3 roky; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 21 000 Kč za 1 ks; A
75	7	kočárek zdravotní - příslušenství	max. 1 ks za 3 roky; po předepsání REH, ORT, NEU a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 5 000 Kč za 1 ks; A
76	7	vozík 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	vozík mechanický - odlehčený	max. 1 ks za 5 let; po	100 %; max. 19 000 Kč za 1 ks; A

			předepsání REH, ORT, NEU, INT a po schválení revizním lékařem	
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. 5-800-Kč 11 600 Kč 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	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

		alergiích na tvarovku, špatném efektu sluchadla na vzdušné vedení		
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 po 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; dvojce brýle při refrakční vadě nad +- 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; dvojce brýle při refrakční vadě nad +- 3 DPT do dálky; po předepsání OPH	100 %; max. 150 Kč za 1 ks; A
105	9	čočka 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 vysokoindexová	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, anisotropie 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	čočka kontaktní stenopeutická, 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	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 2 dávkami inzulínu denně	max. 1 ks za 10 let; po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 1 000 Kč za 1 ks; A
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 předepsání DIA	max. 100 ks za rok; po	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 předepsání DIA	max. 100 ks za rok; po	100 %; max. 300 Kč za 100 ks; A
142	11	proužky diagnostické na stanovení glukózy předepsání DIA	max. 400 ks za rok; po	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 inzulinová 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 inzulinové pumpě	po předepsání DIA	100 %; max. 160 Kč za 1 set; A
145	11	sety infusní teflonové k inzulinové pumpě	po předepsání DIA a po schválení revizním lékařem	100 %; max. 300 Kč za 1 set; A
146	11	stříkačka injekční k aplikaci inzulinu	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, ORT 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 katetrizaci - potahovaný	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 katetrizaci - nepotahovaný	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	kompenzační 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	kompenzační pomůcky pro sluchově postižené	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 - individuálně zhotovená	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 - sériově vyráběná	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	max. 1x za rok; po předepsání OTO, FON	100 %; max. 2 000 Kč za 1 balení kompletního příslušenství; A
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

Symboly 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 varianty 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^{1b)},

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 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~~ **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 můstků 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 poskytovatele⁵⁾ a podnikat⁶⁾ s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.

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

* * *

§ 11

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

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

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

(3) Pojišťovna je povinna bezplatně předat Českému statistickému úřadu na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 24, které si Český statistický úřad vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti¹¹⁾, zejména pro sestavování Zdravotnického účtu České republiky.

(4) Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a Český statistický úřad mohou žádat jen takové informace z informačního systému podle § 24, které jsou nezbytné k výkonu jejich působnosti.

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

¹¹⁾ 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~~

~~c) 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 této osoby,

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

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

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

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

~~(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),

~~d)~~ **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 smrtí, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nevěstného.**

~~(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 zaměstnancem 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 této osoby,

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

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

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

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

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

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

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

~~(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) smrtí, 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 nebo jejím uznávaným elektronickým podpisem a doručit Pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce, jinak osobě funkce člena orgánu Pojišťovny zaniká.

* * *

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, která brání výkonu funkce ředitele Pojišťovny, nebo

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

(2) Za přestupek lze uložit pokutu do

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

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

§ 23b

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 nebo Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora podle § 6 odst. 3,

c) v rozporu s § 7 odst. 6 zřídí nebo provozuje poskytovatele, nebo podniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění,

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

e) neposkytne Ministerstvu zdravotnictví 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 pojištění⁸⁾ 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.⁷⁾~~

~~(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,³⁾ 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 této osoby,

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 této osoby,

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 nebo 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 nebo jejím uznávaným elektronickým podpisem a doručit zaměstnanecké pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny, jinak osobě funkce ředitele zaměstnanecké pojišťovny zaniká.

~~(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 § 22d odst. 1 písm. a) nebo b),
- e) f) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v odstavci 4, nebo
- f) g) ~~úmrtím~~ **smrtí, 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,~~

~~c) 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 této osoby,

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 této osoby,

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 nebo 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 nebo jejím uznávaným elektronickým podpisem a doručit zaměstnanecké pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce, jinak osobě funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny zaniká.

~~(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, která 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,~~

~~c) 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) smrtí, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného, nebo

h) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 22d 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 si Ministerstvo zdravotnictví vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti při

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

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

(3) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna bezplatně předat Českému statistickému úřadu na základě jeho žádosti informace z informačního systému podle § 21, které si Český statistický úřad vyžádá jako nezbytné k výkonu své působnosti²⁴⁾, zejména pro sestavování Zdravotnického účtu České republiky.

(4) Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a Český statistický úřad mohou žádat jen takové informace z informačního systému podle § 21, které jsou nezbytné k výkonu jejich působnosti.

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

²⁴⁾ 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.^{16a)}

(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 majetku¹⁸⁾ 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 zvláštního 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 trhu²²⁾ 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, přírážek 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 poskytovatele¹³⁾ a podnikat¹⁴⁾ 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 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.

(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,~~

~~c) 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, která 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, která 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 nebo 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 nebo 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 zřídí nebo provozuje poskytovatele, 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 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 pojištění¹⁵⁾ 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 povinnosti.~~

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

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