

**551/1991 Sb.**

## **ZÁKON**

### **České národní rady**

ze dne 6. prosince 1991

#### **o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky**

Změna: 592/1992 Sb., 10/1993 Sb.  
Změna: 60/1995 Sb.  
Změna: 149/1996 Sb.  
Změna: 48/1997 Sb.  
Změna: 305/1997 Sb.  
Změna: 93/1998 Sb.  
Změna: 127/1998 Sb.  
Změna: 127/1998 Sb. (část)  
Změna: 69/2000 Sb.  
Změna: 132/2000 Sb., 220/2000 Sb.  
Změna: 49/2002 Sb.  
Změna: 420/2003 Sb., 455/2003 Sb.  
Změna: 438/2004 Sb.  
Změna: 117/2006 Sb.  
Změna: 261/2007 Sb., 296/2007Sb.  
Změna: 362/2009 Sb.  
Změna: 188/2011 Sb.  
Změna: 298/2011 Sb.  
Změna: 369/2011 Sb.

Česká národní rada se usnesla na tomto zákoně:

## **ČÁST PRVNÍ**

### **Základní ustanovení**

#### **§ 1**

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

#### **§ 2**

(1) Pojišťovna provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny.

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

(3) Pojišťovna nesmí 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 žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného

zdravotního pojištění.

## ČÁST DRUHÁ

### Hospodaření Pojišťovny

#### § 3

Pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným.

#### § 4

Příjmy Pojišťovny zahrnují:

- a) platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu,
- b) vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů Pojišťovny,
- c) příjmy plynoucími z přirážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované Pojišťovnou,
- d) dary a ostatní příjmy.

#### § 5

Výdaje Pojišťovny zahrnují:

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

#### § 6

(1) Rozpočet Pojišťovny je sestaven a realizován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy Pojišťovny v příslušném rozpočtovém roce. Rozdíl mezi příjmy a výdaji se zúčtovává v roční závěrce vůči rezervnímu fondu.

(2) Pojišťovna je povinna zajistit prostřednictvím auditora<sup>2)</sup> nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů<sup>2)</sup> (dále jen "auditor"),

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

(3) Pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora.3)

(4) Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok podle odstavce 3 schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. Schválený zdravotně pojistný plán a schválenou výroční zprávu a schválenou účetní uzávěrku Pojišťovna zveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup.

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

(6) Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů Pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu hrazených služeb hrazených Pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených Pojišťovnou včetně předpokládané soustavy poskytovatelů, se kterými Pojišťovna uzavírá smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.

(7) Výnos z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných podle zvláštních právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění3a) a přijatých Pojišťovnou v průběhu kalendářního roku může Pojišťovna přidělit do fondu prevence; tyto příděly do fondu prevence lze v průběhu kalendářního roku provádět zálohově tak, aby jejich celková výše za kalendářní rok nepřekročila 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.3b)

(8) Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí posoudí předložený návrh zdravotně pojistného plánu z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem.

(9) Pokud návrh zdravotně pojistného plánu odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, vrátí Ministerstvo zdravotnictví Pojišťovně návrh zdravotně pojistného plánu k přepracování.

(10) V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí po posouzení souladu zdravotně pojistného plánu s právními předpisy a veřejným zájmem zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu není s těmito hledisky v rozporu, předloží návrh zdravotně pojistného plánu vládě.

## § 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 přidělování do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělování dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem, podle odstavce 3 a k úhradám částek přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem1b)

b) rezervní fond; výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu

zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. Pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou, cenných papírů vydávaných obcemi, veřejně obchodovatelných dluhopisů vydaných obchodními společnostmi a přijatých k obchodování na regulovaném trhu<sup>10</sup>), veřejně obchodovatelných akcií a podílových listů přijatých k obchodování na burze cenných papírů a pokladničních poukázek České národní banky; tyto cenné papíry a pokladniční poukázky České národní banky zůstávají součástí rezervního fondu. Rezervní fond používá Pojišťovna ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo Pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout v průběhu kalendářního roku pod minimální výši. Nejde-li o případ uvedený v předchozí větě, je Pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené výši,

c) provozní fond,

d) sociální fond,

e) fond majetku,

f) fond reprodukce majetku.

(2) Pojišťovna může vytvářet fond prevence. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, jsou-li poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Zdrojem fondu jsou finanční prostředky z podílu na výsledku hospodaření po zdanění stanoveného statutárními orgány Pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění Pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem Pojišťovny, a finanční prostředky podle § 6 odst. 7.

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

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

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

(6) Pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele<sup>5</sup>) a podnikat<sup>6</sup>) s prostředky

plynouchými ze všeobecného zdravotního pojištění.

## § 7a

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

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

b) zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku.

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

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

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

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

## § 8

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

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

(3) Objem návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných hrazených služeb. O poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministrem financí.

## § 9

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

#### § 10

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

#### § 11

**zrušen**

## **ČÁST TŘETÍ**

### **Organizační struktura Pojišťovny**

#### § 12

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

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

#### § 13

#### **Ústředí**

(1) Ústředí řídí činnost organizačních složek Pojišťovny.

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

#### § 14

#### **nadpis vypuštěn**

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

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

#### § 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 jmenován občan České republiky, který

- a) je plně způsobilý k právním úkonům,
- b) je 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).

(5) 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) Výkon funkce ředitele Pojišťovny končí

- a) uplynutím funkčního období,
- b) odvoláním,
- c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce Správní radě,
- d) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům,
- e) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v odstavci 3, nebo
- f) úmrtím.

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

§ 16

**zrušen**

## **ČÁST ČTVRTÁ**

### **Orgány Pojišťovny**

## § 17

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

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

## § 18

(1) Členem orgánu Pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonný občan České republiky s trvalým pobytem na území České republiky, který dosáhl věku nejméně 25 let a je plně způsobilý činit právní úkony. Členem orgánu Pojišťovny a vedoucím pracovníkem ústředí, případně vedoucím pracovníkem nižší organizační jednotky nebo jejich zástupcem nesmí být z důvodu střetu zájmů osoba, která

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

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

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

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

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

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

(5) Výkon funkce člena orgánu Pojišťovny končí

a) uplynutím funkčního období,

b) odvoláním,

c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce předsedovi příslušného orgánu Pojišťovny, nebo

d) úmrtím nebo dnem prohlášení za mrtvého.

(6) 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) Pravidla jednání a způsob rozhodování orgánů Pojišťovny upraví jednací řád Pojišťovny.

## § 19

**zrušen**



## § 20

### **Správní rada**

(1) Správní rada rozhoduje o

- a) schválení organizačního řádu Pojišťovny,
- b) schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy,
- c) schválení objemu úhrad poskytovatelům,
- d) jmenování a odvolání ředitele Pojišťovny,
- e) schválení zásad smluvní politiky,
- f) žádosti Pojišťovny o úvěr,
- g) nákupu nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 5 000 000 Kč,
- h) nákupu hmotného a nehmotného majetku v pořizovací ceně vyšší než 5 000 000 Kč,
- i) převzetí ručiteleského závazku,
- j) použití prostředků rezervního fondu,
- k) dalších důležitých věcech, které souvisí s činností Pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

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

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

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

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

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

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

## § 21

### **Dozorčí rada**

(1) Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a její

celkové hospodaření. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do účetních dokladů všech organizačních složek Pojišťovny a Správní rady a zjišťovat stav a způsob hospodaření Pojišťovny.

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

(3) Dozorčí radu tvoří

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

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

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

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

## § 22

### **Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady**

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

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

## § 23

**zrušen**

## **ČÁST PÁTÁ**

### **Informační systém Pojišťovny**

## § 24

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

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

(3) Pojišťovna je povinna ze svého informačního systému podávat na základě písemné žádosti registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost informace o hrazených službách, které byly poskytnuty jejím pojištěncům, kteří jsou u takového poskytovatele registrováni, jinými

poskytovateli včetně předpisu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků; tyto informace Pojišťovna poskytuje bezplatně.

#### § 24a

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

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

(3) Za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost se považuje i využití vědomostí získaných při kontrole plateb pojistného nebo v souvislosti s ní pro jednání přinášející prospěch osobě zavázané touto povinností nebo osobám jiným anebo jednání, které by způsobilo někomu újmu. Takovým jednáním není postup Pojišťovny 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 všeobecné zdravotní pojištění<sup>8)</sup> může Ministerstvo zdravotnictví uložit Pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč.

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

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

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

#### § 24c

Příslušná regionální pobočka nebo příslušné klientské pracoviště jsou povinny vydat na žádost uchazeče, s nímž má být uzavřena smlouva,<sup>8a)</sup> potvrzení o tom, že tento uchazeč nemá splatný nedoplatek pojistného na veřejné zdravotní pojištění, a to do sedmi dnů ode dne obdržení žádosti.

## ČÁST ŠESTÁ

### Společná, přechodná a závěrečná ustanovení

#### § 25

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

#### § 26

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

#### § 27

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

#### § 28

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

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

#### § 29

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

**Burešová v.r.**

**Pithart v.r.**

### **Vybraná ustanovení novel**

Čl.II zákona č. 438/2004 Sb.

#### **Přechodná ustanovení**

1. Dozorčí rada musí být doplněna o zástupce pojištěnců a zaměstnavatelů pojištěnců pro jednotlivé krajské pobočky do 6 měsíců ode dne účinnosti tohoto zákona; po dobu 6 měsíců ode dne účinnosti tohoto zákona plní funkci Dozorčí rady pouze členové Dozorčí rady Pojišťovny zvolení a jmenovaní podle dosavadních předpisů.

2. Pojišťovna je povinna uvést svůj organizační řád do souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění tohoto zákona, do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

3. Finanční prostředky rezervního fondu přesahující ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona výši rezervního fondu stanovenou zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění tohoto zákona, je Pojišťovna povinna převést do základního fondu do 15 dnů ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

Čl.V zákona č. 117/2006 Sb.

## **Přechodná ustanovení**

1. Výkon funkce ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen "Pojišťovna"), který vykonává tuto funkci ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona, zaniká posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti. Do doby zvolení nového ředitele Pojišťovny vykonává funkci ředitele vedoucí zaměstnanec Pojišťovny, kterého výkonem této funkce pověří Správní rada Pojišťovny.

2. Funkční období členů orgánů Pojišťovny, kteří vykonávají funkci člena orgánu Pojišťovny ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona, končí posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti.

Čl. VI zákona č. 298/2011 Sb.

## **Přechodná ustanovení**

1. K zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění převede k 1. lednu 2012 na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, zřízený podle zákona č. 592/1992 Sb. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky ze základního fondu zdravotního pojištění částku ve výši jedné třetiny částky, kterou evidovala Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky na tomto účtu k 31. prosinci 2010.

2. Finanční prostředky podle bodu 1 se stanou součástí prvního přerozdělování v roce 2012. Pokud Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky nesplní povinnost stanovenou v bodu 1 nejdéle do 5. ledna 2012, bude Ministerstvo zdravotnictví postupovat na podnět dozorčího orgánu podle § 21 odst. 4 věty druhé zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

---

1a) § 4 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

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

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

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

3a) Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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

5) Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

6) § 2 odst. 1 obchodního zákoníku.

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

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

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

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