

**PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY**

Poslanecká sněmovna

2009

V. volební období

---

942

**Návrh**

poslanců Davida Ratha, Jiřího Paroubka, Bohuslava Sobotky a dalších

na vydání

**zákona,**

**kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů**

## **ZÁKON**

ze dne .....2009

### **kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů**

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

#### **Čl. I**

#### **Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění**

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

1. V § 11 odst. 1 se na konci písmene f) čárka nahrazuje tečkou a písmena g) až i) zrušují.
2. V § 12 písm. l) se na konci čárka nahrazuje tečkou a písmeno m) zrušuje.
3. § 16a a § 16b, včetně poznámek pod čarou č. 27a až 27n, se zrušují.
4. V § 43 odst. 2 ve větě první se vypouštějí slova „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“ a ve větě druhé se vypouštějí slova „ včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období“.
5. V § 53 odst. 1 se vypouští věta druhá a ve větě čtvrté se slova „ , snížení záloh na

pojistné a hrazení částek podle § 16b“ nahrazují slovy „a snížení záloh na pojistné“.

## Čl. II

### **Změna zákona Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky**

Zákon České národní rady 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. a zákona č. 362/2009 Sb., se mění takto:

1. V § 5 písm. e) se na konci čárka nahrazuje tečkou a písm. f), včetně poznámky pod čarou č. 1b), se zrušuje.
2. V § 7 odst. 1 písm. a) větě druhé se vypouštějí slova „a k úhradám částek přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem<sup>1b)</sup>“.

## Čl. III

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

Zákon České národní rady 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. a zákona č. 362/2009 Sb., se mění takto:

1. V § 13 písm. e) se na konci čárka nahrazuje tečkou a písm. f), včetně poznámky pod čarou č. 1b), se zrušuje.
2. V § 17 odst. 1 větě první se vypouštějí slova „a k úhradám částek, přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem<sup>1b)</sup>“.

## Čl. IV

### **Účinnost**

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

## DŮVODOVÁ ZPRÁVA

### Obecná část:

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, vložil s účinností od 1. ledna 2008 do zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, novou právní úpravu obsaženou v § 16a, 16b a v na ně navazujících ustanoveních, kterou byla zavedena povinnost pojištěnce, popř. jeho zákonného zástupce hradit regulační poplatky za návštěvu u lékaře (30 Kč), za vydání každého léčiva předepsaného na receptu (30 Kč), za poskytnutou pohotovostní službu (90 Kč) a za každý den ústavní péče (tj. péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech), komplexní lázeňské péče, jakož i zdravotní péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách (60 Kč).

Předkladatelé návrhu zákona jsou přesvědčeni, že zavedení regulačních poplatků je v rozporu zejména s druhou větou čl. 31 Listiny základních práv a svobod, podle něhož státní občané České republiky mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Konstrukce regulačních poplatků naopak vychází z principu, že veškerá zdravotní péče, a to včetně péče neodkladné, má být občanem (pojištěncem) přímo placena. Jsou-li však prakticky všechny formy zdravotní péče, tj. jak péče ambulantní i ústavní, jakož i předepsání léčiva, zatíženy poplatky, nejde již více o „bezplatnou zdravotní péči“, kterou pro občany účastníci se systému veřejného zdravotního pojištění požaduje čl. 31 Listiny.

Na tom nic nezměnily ani dosavadní dvě novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, jimiž byly dopady regulačních poplatků částečně zmírněny (zákon č. 270/2008 Sb. a zákon č. 59/2009 Sb.). Těmito novelami zavedené či rozšířené výjimky z povinnosti pojištěnců, resp. jejich zákonných zástupců platit regulační poplatky (§ 16a odst. 2 a 3 zákona č. 48/1997 Sb.) jsou stále co do počtu pojištěnců spíše okrajové. Ani roční limit regulačních poplatků ve výši 5000 Kč, resp. od 1. dubna 2009 limit 2500 Kč pro děti mladší 18 let a pojištěnce starší 65 let, nepředstavuje účinný nástroj, jehož prostřednictvím má být zaručena zdravotní péče všem; ostatně do těchto limitů se nezapočítávají poplatky za pohotovostní službu, ústavní a lázeňskou péči (§ 16b odst. 1).

Předkladatelé proto opakovaně navrhují legislativní cestou ukončit protiústavní a asociální důsledky, které nová právní úprava regulačních poplatků v oblasti zdravotnictví přinesla. Již v loňském roce byla naprostá většina obyvatelstva našeho státu zasažena nepříznivými dopady vyvolanými zmíněným zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů (zvýšením snížené sazby daně z přidané hodnoty z 5 na 9 %, snížením sociálních dávek a všeobecným zdražením základních životních potřeb v řadě oblastí), přičemž v roce letošním se k tomuto nepříznivému trendu přidaly negativní důsledky světové hospodářské krize. Po téměř dvou letech existence regulačních poplatků, a zejména v současné ekonomické situaci, je zcela zjevné, že pro řadu občanů se přístup k řádné zdravotní péči prakticky velmi ztížil. Tito lidé se vyhýbají návštěvě lékaře, aby nemuseli vydávat prostředky na poplatky a doplatky za léky. To vede k neúměrnému zhoršování jejich zdravotního stavu, následné hospitalizaci a v důsledku toho i ke zvýšení výdajů zdravotního systému.

## **Soulad navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem České republiky a s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána**

Předkládaný návrh zákona je v souladu s ústavním pořádkem České republiky. Sleduje odstranění nejhrubších porušení ústavnosti, k nimž došlo při schvalování zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví. Jeho účelem je zaručit právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem tak, jak je zakotvuje čl. 31 věta druhá Listiny základních práv a svobod. Navrhovatelé v této souvislosti připomínají argumenty obsažené v odlišných stanoviscích sedmi soudců Ústavního soudu připojených k nálezu č. 251/2008 Sb.

Návrh zákona je v souladu se závazky České republiky vyplývajícími z mezinárodních smluv, jimiž je ČR vázána. Odstraněním regulačních poplatků právě směřuje k důslednějšímu naplnění těchto mezinárodněprávních závazků. Jde zejména o závazky plynoucí z čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, čl. 11 a 13 Evropské sociální charty, čl. 10 Úmluvy Mezinárodní organizace práce č. 102 o minimální normě sociálního zabezpečení, čl. 10 Evropského zákoníku sociálního zabezpečení a čl. 23 a 24 Úmluvy o právech dítěte.

### **Slučitelnost navrhované právní úpravy s právem Evropské unie**

Podle čl. 152 odst. 5 Smlouvy o založení Evropského společenství, v platném znění, je při činnosti ES v oblasti veřejného zdraví plně uznávána odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Předkládaný návrh zákona upravuje materii, kterou právo EU neupravuje. Návrh zákona je tak v souladu s právem EU.

Předkladatelé současně poukazují na stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru k tématu „Práva pacientů“ ze dne 26. září 2007 (Úřední věstník Evropské unie 2008/C 10/18). Tento dokument v bodě 3.5.1 formuluje právo na všeobecný přístup ke zdravotní péči tak, že jde o právo: *„nejen na přístup k právům a k sociální ochraně, ale rovněž na přímý přístup ke všem službám a všem zdravotníkům bez diskriminace z důvodu společenského či ekonomického postavení osoby. Nejedná se zde o otevření trhu se zdravím, ale o proaktivní politiku veřejného zdraví; konkrétní uplatnění tohoto práva se v různých zemích značně liší podle dělby pravomocí a způsobů financování platných v každé zemi.“*

### **Předpokládaný hospodářský a finanční dosah navrhované právní úpravy na státní rozpočet, ostatní veřejné rozpočty, na podnikatelské prostředí České republiky, dále sociální dopady, dopady na životní prostředí a dopady ve vztahu k rovnosti mužů a žen**

Návrh nemá přímé negativní dopady na státní rozpočet, ani na rozpočty krajů a obcí. S ohledem na rozhodnutí téměř všech zastupitelstev krajů (13 ze 14) i zastupitelstev některých obcí kompenzovat pojištěncům od 1. ledna, popř. od 1. února 2009 regulační poplatky zaplacené v jejich zdravotnických zařízeních, se přijetí návrhu zákona pozitivně promítne do výdajové strany jejich rozpočtů.

Zrušení regulačních poplatků představuje sice snížení příjmů zdravotnických zařízení, avšak v míře pro ně nikoli podstatné. Různá zdravotnická zařízení, resp. jejich vlastníci či provozovatelé si ostatně již dnes konkurují i tím, že pojištěncům poskytují slevy za své služby, jimiž jim povinnost platit regulační poplatky kompenzují. Výpadek příjmů zdravotnických zařízení z poplatků může být kompenzován i prostřednictvím navýšení jejich příjmů v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, který je dlouhodobě v přebytku.

Návrh nemá žádné dopady na podnikatelské prostředí České republiky. Návrh nemá

negativní sociální dopady, naopak, jeho hlavním cílem je čelit výrazně nepříznivým sociálním dopadům platné právní úpravy. Návrh neznevýhodňuje muže ani ženy.

### **Návrh na schválení zákona Poslaneckou sněmovnou již v prvním čtení**

S ohledem na naléhavou potřebu zrušit přetrvávající placení regulačních poplatků ve zdravotnictví v době co nejkratší **předkladatelé navrhuji, aby Poslanecká sněmovna** podle § 90 odst. 2 zákona č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny, v platném znění, **vyslovila s návrhem zákona souhlas již v prvním čtení.**

#### **Zvláštní část:**

##### **K čl. I (body 1 až 5)**

Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění se vypouštějí všechna ustanovení týkající se regulačních poplatků, zavedených zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

##### **K čl. II (body 1 a 2)**

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

##### **K čl. III (body 1 a 2)**

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

##### **K čl. IV**

Vzhledem k tomu, že není důvod pro prodloužení legisvakanční lhůty, navrhuje se nabytí účinnosti předloženého zákona prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po dni jeho vyhlášení. Umožní se tak pojištěncům i zdravotnickým zařízením lépe určit den, od něhož již regulační poplatky nebudou placeny. Do účinnosti zákona se však regulační poplatky budou platit.

V Praze, dne 21. října 2009

David Rath, v. r.

Jiří Paroubek, v. r.

Bohuslav Sobotka, v. r.

Miloslav Vlček, v. r.

Zdeněk Škromach, v. r.

Jaroslav Krákora, v. r.

Hana Orgoníková, v. r.

## **Platné znění příslušných částí novelizovaných zákonů s vyznačením navrhovaných změn**

### **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů**

#### § 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. dni kalendářního čtvrtletí. Ode dne vstupu zdravotní pojišťovny do likvidace nebo ode dne zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou nebo ode dne, který Ministerstvo zdravotnictví na základě zjištění nerovnováhy v hospodaření zdravotní pojišťovny<sup>19)</sup> vyhlásí ve sdělovacích prostředcích, jsou pojištěnci takové zdravotní pojišťovny oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. 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 ve větě druhé nebo třetí. Žádá-li pojištěnec nebo zákonný zástupce pojištěnce zdravotní pojišťovnu v souladu s tímto ustanovením, je zdravotní pojišťovna povinna jeho žádosti vyhovět bez průtahů. Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Zdravotní pojišťovna není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách, než je uvedeno v tomto ustanovení,

b) na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby,<sup>20)</sup> kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně; toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území<sup>21)</sup> a v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno,

c) na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně,

d) na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování postihu za porušení povinnosti uložené tímto ustanovením zákona,

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 zařízení lékařské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu,

f) podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním;

~~g) na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku podle § 16a; zdravotnické zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,~~

~~h) 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 zařízením lékařské péče; zařízení lékařské péče je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,~~

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

(2) Má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může:

a) podat návrh na přezkoumání vedoucím zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli,<sup>22)</sup>

b) obrátit se na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře nebo lékárníka, anebo na jinou profesní organizaci, pokud byla zřízena, týkají-li se uvedené nedostatky jiného zdravotnického pracovníka,

c) obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče,

d) obrátit se na příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona.<sup>23)</sup>

(3) Vojáci v činné službě s výjimkou vojáků v záloze povolanych 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. Základní zdravotní péči jim poskytuje posádkové zařízení zdravotní péče, a není-li zřízeno, jiné zdravotnické zařízení, s nímž Vojenská zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování zdravotní péče. Navazující ambulantní nebo ústavní péči poskytuje zdravotnické zařízení určené lékařem, který poskytl základní zdravotní péči. Lékaře lze volit jen v rámci zdravotnického zařízení uvedeného ve větě druhé a třetí. Vojáci v základní a náhradní službě a žáci vojenských škol jsou pojištěnci Vojenské zdravotní pojišťovny do posledního dne kalendářního měsíce, v němž ukončili základní nebo náhradní službu nebo studium na vojenské škole. Od prvního dne následujícího kalendářního měsíce jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny, jejímiž pojištěnci byli před přechodem do Vojenské zdravotní pojišťovny. K tomu účelu je Vojenská zdravotní pojišťovna povinna sdělovat jedenkrát měsíčně Ústřední pojišťovně Všeobecné zdravotní pojišťovny 18) jména, příjmení, trvalé pobyty a rodná čísla pojištěnců, kteří zahájili nebo ukončili základní nebo náhradní službu nebo studium na vojenské škole. Pro změnu zdravotní pojišťovny pojištěncem podle předchozího odstavce se do lhůty 12 měsíců nezapočítává doba pojištění u Vojenské zdravotní pojišťovny. Za vojáky v činné službě,<sup>22a)</sup> s výjimkou vojáků v záloze povolanych k vojenskému cvičení, a za žáky vojenských škol,<sup>22b)</sup> kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, uhradí Ministerstvo obrany prostřednictvím Vojenské zdravotní pojišťovny

a) rozdíl mezi výší úhrady zdravotní péče poskytnuté či předepsané lékařem nebo zdravotnickým zařízením uvedeným ve větě druhé a třetí, která je částečně hrazena z



veřejného zdravotního pojištění podle tohoto zákona, a výši úhrady poskytnuté Vojenskou zdravotní pojišťovnou; to neplatí pro úhradu stomatologických výrobků,

b) preventivní péči poskytnutou nad rámec preventivní péče hrazené ze zdravotního pojištění podle § 29 v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva obrany.

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

## § 12

Pojištěnec je povinen:

- a) plnit oznamovací povinnost podle § 10,
- b) sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn. Stejnou povinnost má i tehdy, stane-li se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny v době trvání zaměstnání; tuto povinnost splní do osmi dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny. Přijetí sdělení podle předchozích vět je zaměstnavatel povinen pojištěnci písemně potvrdit. Zaměstnavatel má právo požadovat na zaměstnanci nebo bývalém zaměstnanci úhradu penále, které zaplatil v souvislosti s neoznámením nebo opožděným oznámením změny zdravotní pojišťovny pojištěncem,
  - c) hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud tento zákon nestanoví jinak,
  - d) poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem 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 zdravotní péče, s výjimkou poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou,
  - i) oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce,
  - j) vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při
    1. zániku zdravotního pojištění podle § 3 odst. 2 písm. b) a c);
    2. změně zdravotní pojišťovny;
    3. dlouhodobém pobytu v zahraničí,
  - k) oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo,
  - 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 zdravotnickému zařízení regulační poplatky podle § 16a.

## § 16a

### Regulační poplatky

~~(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, regulační poplatek ve výši~~

~~a) 30 Kč za~~

- ~~1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření<sup>27a)</sup> (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře;~~
- ~~2. návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči;~~
- ~~3. návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3);~~

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

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

~~d) 30 Kč za vydání<sup>27b)</sup> každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsaného na receptu platí doplatek, je součet doplatků za všechna balení léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč;~~

~~e) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím~~

- ~~1. lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři;~~
- ~~2. ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek<sup>27e)</sup> a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedorazí k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče;~~

~~f) 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33 odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách (§ 34), přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění. Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.~~

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

~~a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech<sup>27d)</sup>, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy<sup>27e)</sup> nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením<sup>27h)</sup> nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc<sup>27i)</sup> nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do péčovské péče podle zákona o rodině;~~

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

~~e) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu<sup>27l)</sup>;~~

~~d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávece, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu<sup>27m)</sup>, ne starším 30 dnů;~~

~~e) při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantčního zákona<sup>27n)</sup>;~~

~~f) jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle jiného právního předpisu<sup>27m)</sup> poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro~~

~~seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu<sup>27a)</sup> méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnce potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.~~

~~(3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o~~  
~~a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),~~  
~~b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d),~~  
~~c) hemodialýzu,~~  
~~d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření<sup>27a)</sup>;~~  
~~e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně,~~  
~~f) děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.~~

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

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

~~(6) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnce umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s uvedením čísla pojištěnce (§ 40 odst. 3), výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.~~

~~(7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.~~

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

~~(9) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.~~

~~(10) Zdravotnické zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá. Při zjištění opakovaného porušování tohoto zákona je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.~~

~~(11) Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení podle odstavců 9 a 10 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3.~~

---

27a) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

27b) § 49 zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

27c) § 1 a 2 zákona č. 245/2000 Sb., o státních svátcích, o ostatních svátcích, o významných dnech a o dnech pracovního klidu, ve znění pozdějších předpisů.

27d) § 38 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

27e) Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

27f) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

27g) Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

27h) § 48 zákona č. 108/2006 Sb.

27i) § 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

27j) § 24 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

27k) § 191a až 191g zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.

27l) Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

27m) § 48 až 50 a 52 zákona č. 108/2006 Sb.

27n) § 71 odst. 4 a § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění zákona č. 261/2007 Sb.

## § 16b

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

(1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a za doplátky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši 2 500 Kč, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci

částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započítatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

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

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

## § 43

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

(2) Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči poskytnutou 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 zdravotní péči uhrazené 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.

### § 53

#### Rozhodování

(1) Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení,<sup>47)</sup> nestanoví-li tento zákon jinak. ~~Ve správním řízení zahajovaném na návrh pojištěnce se rozhoduje též ve sporných případech o hrazení částek podle § 16b; k návrhu pojištěnce přiloží doklady o zaplacení regulačních poplatků, které se započítávají do limitu podle § 16b a doklady o zaplacení doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b, ze kterých vyplývá, že limit podle § 16b byl překročen. Zdravotní pojišťovny rozhodují platebními výměry. Platební výměr na dlužné pojistné je vykonatelný bez ohledu na právní moc, jestliže od jeho doručení uplynulo 15 dnů s výjimkou rozhodování o vracení přeplatku na pojistném, snížení záloh na pojistné a hrazení částek podle § 16b a snížení záloh na pojistné.~~

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

- a) označení plátce pojistného, jemuž se nedoplatky vykazují,
  - b) výši nedoplatků podle stavu účtu plátce pojistného k určitému dni vycházející z údajů vykázaných plátcem pojistného nebo z kontrol provedených zdravotní pojišťovnou, z pravděpodobné výše pojistného, byla-li stanovena, a z penále vypočteného k tomuto dni,
  - c) den, ke kterému byla výše nedoplatků zjištěna,
  - d) čísla účtů příslušné zdravotní pojišťovny, na která musí být nedoplatky uhrazeny,
  - e) poučení o vykonatelnosti,
  - f) poučení o námitkách,
  - g) označení zdravotní pojišťovny, která výkaz nedoplatků vydala, a datum vydání.
- Výkaz nedoplatků musí být opatřen úředním razítkem a podepsán s uvedením jména, příjmení a funkce oprávněné osoby.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů**

### § 5

Výdaje Pojišťovny zahrnují:

a) platby za úhrady zdravotní péče poskytované na základě všeobecného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními,

b) platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny,

c) úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině,<sup>1a)</sup>

d) náklady na činnost Pojišťovny podle § 2 odst. 1, kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),

e) úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče,

f) ~~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<sup>1b)</sup>.~~

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

## § 7

(1) Pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

a) základní fond; zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, k přidělení do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělení dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem, ~~podle odstavce 3 a k úhradám částek přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem<sup>1b)</sup>~~

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 burze cenných papírů, 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 zdravotní péče 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

a) fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče; zdrojem fondu jsou příjmy podle § 4 písm. e). Tvorba tohoto fondu je podmíněna naplněním rezervního fondu a současně vyrovnanou bilancí hospodaření Pojišťovny,

b) fond prevence; z fondu prevence lze hradit zdravotní péči nad rámec zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu,<sup>9)</sup> s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, je-li poskytována 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 účastníků 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 společností.

(6) Pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat zdravotnické zařízení<sup>5)</sup> a podnikat<sup>6)</sup> s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění.

### **Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů**

#### § 13

#### Výdaje zaměstnanecké pojišťovny

Výdaji zaměstnanecké pojišťovny jsou

a) platby za úhrady zdravotní péče poskytované na základě všeobecného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními,

b) platby jiným zdravotním pojišťovnám anebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny,

c) úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině.

d) náklady na činnost zaměstnanecké pojišťovny podle § 8, kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),

e) úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče,

f) ~~úhrady částek, přesahujících limit pro regulační poplatky a doplátky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního~~

~~pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem 1b).~~

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

## § 17

### Základní fond zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny

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

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