

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.

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 zprostředkovává úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče zaměstnancům, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči, (dále jen "specifická zdravotní péče").

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

ČÁST DRUHÁ

Hospodaření Pojišťovny

§ 3

Pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. Majetek, se kterým hospodaří Pojišťovna, nemůže být předmětem konkursu ani vyrovnání podle zvláštního právního předpisu. 1)

§ 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,
- e) příjmy od zaměstnavatelů, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči o zaměstnance na úhradu zdravotních výkonů podle § 2 odst. 2.

§ 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, 1a)
- 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.

§ 6

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

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

- a) ověření účetní závěrky Pojišťovny,
- b) ověření 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 tomuto ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý kalendářní rok a zprávu auditora. 3)

(4) Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý rok podle odstavce 3 schvaluje po vyjádření vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. Schválenou výroční zprávu Pojišťovna vhodným způsobem zveřejní.

(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 zdravotní péče hrazené Pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených Pojišťovnou včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými Pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče.

(7) Výnos z pokut, přirážek k pojistnému a penále ukládaných podle zvláštních právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění 3a) a přijatých Pojišťovnou v průběhu kalendářního roku může Pojišťovna přidělit do fondu prevence; tyto přiděly 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)

§ 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 přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem,

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, 9) 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, přirážek 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 přírůstek 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 zdravotnické zařízení 5) a podnikat 6) s prostředky plynoucími 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 orgánů Pojišťovny a právní úkony ředitele Pojišťovny a prokuristy Pojišťovny schválení správce, jinak jsou neplatná.

(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 zprávu o svém hospodaření. Způsob podávání těchto informací a jejich rozsah stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním

předpisem. V případě zjištění bilanční nerovnováhy je současně povinna předložit tomuto ministerstvu 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 poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet České republiky ve formě návratné finanční výpomoci.

(3) Objem návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu České republiky může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotnických služeb vzniklých nárůstem nemocnosti v důsledku prokázaného výskytu hromadných onemocnění. Návratnou finanční výpomoc lze poskytnout až po vyčerpání prostředků rezervního fondu. Základem pro výpočet platební neschopnosti Pojišťovny je schválený zdravotně pojistný plán. O poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda České republiky.

§ 9

Pojišťovna je povinna zajistit oddělenou evidenci fondů a oddělenou evidenci majetku a používání finančních prostředků. Pojišťovna je povinna 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, krajské pobočky (zpravidla jedna krajská pobočka pro vyšší územní samosprávný celek) a další územní pracoviště. Krajské pobočky a územní pracoviště jsou organizačními složkami Pojišťovny, které jednájí a vykonávají činnost jménem Pojišťovny.

(2) Organizaci Ústředí, jakož i označení, organizaci, umístění, územní působnost a úkoly krajských poboček a územních 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 Ředitelé

(1) Statutárním orgánem Pojišťovny je ředitel Pojišťovny, kterého na návrh Správní rady Pojišťovny volí a na návrh Správní rady Pojišťovny odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu.

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

§ 15 zrušen

§ 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. Členem orgánu Pojišťovny a vedoucím pracovníkem ústředí, případně vedoucím pracovníkem nižší organizační jednotky nebo jejich zástupcem nesmí být občan, který je v zaměstnaneckém nebo obdobném vztahu k subjektu, se kterým uzavřela Pojišťovna smlouvu o úhradě zdravotní péče, nebo který je vlastníkem nebo spoluvlastníkem nebo provozovatelem anebo členem statutárního orgánu zdravotnického zařízení, se kterým uzavřela Pojišťovna smlouvu o úhradě zdravotní péče. Pro účely tohoto zákona se za bezúhonného považuje občan, který nebyl pravomocně odsouzen pro trestný čin majetkové povahy nebo pro úmyslný trestný čin.

(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. Zástupce státu ve Správní radě Pojišťovny lze z funkce odvolat (§ 20 odst. 5) i před uplynutím funkčního období.

(5) Člen orgánu Pojišťovny může vykonávat opětovně tutéž funkci nejvýše ve 2 po sobě následujících funkčních obdobích.

(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 zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy,
 - c) schválení objemu úhrad zdravotnickým zařízením,
 - d) změně hodnoty bodu,
 - e) schválení zásad smluvní politiky,
 - f) žádosti Pojišťovny o úvěr,
 - g) nákupu nemovitostí,
 - h) nákupu hmotného investičního majetku v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč,
 - i) převzetí ručitelského 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 deset členů - zástupců státu, deset členů - zástupců pojištěnců Pojišťovny a deset členů - zástupců zaměstnavatelů pojištěnců Pojišťovny. Správní rada je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina jejích členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. Vznese-li všichni přítomní zástupci státu, všichni přítomní zástupci pojištěnců nebo všichni přítomní zástupci zaměstnavatelů pojištěnců při jednání Správní rady námitku, že navržené rozhodnutí Správní rady může ohrozit finanční rovnováhu systému veřejného zdravotního pojištění nebo vyrovnané hospodaření Pojišťovny, Správní rada rozhodnutí nepřijme a stanoví lhůtu, která nesmí být delší než 3 měsíce, pro předložení doplňujících dokladů, které tuto námitku potvrdí nebo vyvrátí. Nejpozději do 30 dnů od uplynutí lhůty stanovené pro předložení doplňujících dokladů Správní rada projedná navržené rozhodnutí znovu; k přijetí takového rozhodnutí je třeba souhlasu alespoň dvou třetin všech členů Správní rady. Projednávání námitek nesmí ohrozit plnění zákonných závazků Pojišťovny.

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

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

(5) Zástupce státu do Správní rady jmenuje a odvolává vláda České republiky na návrh ministra zdravotnictví.

(6) Zástupce pojištěnců Pojišťovny do Správní rady volí z řad veřejnosti a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu.

(7) Zástupce zaměstnavatelů pojištěnců do Správní rady jmenují a odvolávají organizace zaměstnavatelů.

§ 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 zástupci státu, z nichž po jednom jmenuje a odvolává Ministerstvo financí, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví,

b) 3 zástupci pojištěnců Pojišťovny volení a odvolávaní Poslaneckou sněmovnou Parlamentu,

c) 3 zástupci zaměstnavatelů pojištěnců jmenování a odvolávání organizací zaměstnavatelů,

d) po jednom zástupci pojištěnců Pojišťovny pro každou krajskou pobočku voleném a odvolávaném krajským zastupitelstvem a

e) po jednom zástupci zaměstnavatelů pojištěnců pro každou krajskou pobočku voleném a odvolávaném organizací zaměstnavatelů.

§ 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 dostatečné lhůtě před předložením 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. 8)

(3) Pojišťovna je povinna ze svého informačního systému podávat na základě písemné žádosti praktickému lékaři nebo praktickému lékaři pro děti a dorost 8b) informace o zdravotní péči, která byla poskytnuta jejím pojištěncům, kteří jsou u něho registrováni, jinými zdravotnickými zařízeními, včetně předpisu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Tyto údaje poskytne Pojišťovna registrujícímu lékaři 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.

§ 24b

(1) Za porušení povinností uvedených v § 6 odst. 3 může Ministerstvo zdravotnictví uložit Pojišťovně pokutu až do výše 500 000 Kč. Za porušení povinnosti podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění 8) 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.

§ 24c

Příslušná krajská pobočka nebo příslušné územní pracoviště jsou povinny vydat na žádost uchazeče, s nímž má být uzavřena smlouva, 8a) 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.

- 1) Zákon č. 328/1991 Sb. , o konkursu a vyrovnání, ve znění pozdějších předpisů.
 - 1a) § 4 zákona ČNR č. 550/1991 Sb. , o všeobecném zdravotním pojištění.
- 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.
 - 8b) § 18 odst. 3 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb. , o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- 9) § 13 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. , ve znění pozdějších předpisů.