

Návrh zákona o zdravotních pojišťovnách

Současné postavení a činnost zdravotních pojišťoven provádějících veřejné zdravotní pojištění jsou upraveny zejména zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Dnešní právní úpravu lze vzhledem k významu zdravotních pojišťoven a k objemu spravovaných finančních prostředků hodnotit jako nedostatečnou, nevhodně zasazenou do právního rámce ČR a z hlediska dalšího rozvoje systému veřejného zdravotního pojištění a zvýšení jeho efektivity jako nevyhovující. K hlavním problémům současné právní úpravy patří zejména:

1. Nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven
2. Nedostatečné a nejasné vymezení podmínek pro vznik a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven
3. Nedostatečně vymezené podmínky fungování zdravotních pojišťoven
4. Nedostatečně upravené povinnosti vůči klientům
5. Nevhodné vymezení rolí a zodpovědností orgánů zdravotních pojišťoven
6. Neexistence subjektu dlouhodobě odpovědného za činnost zdravotní pojišťovny
7. Neodůvodněné rozdíly v právní úpravě postavení a činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven
8. Nejasně upravený a nedostatečně vymezený dohled nad činností zdravotních pojišťoven.
9. Nedostatečné strukturální postavení jednotného dozorového orgánu.

Novým zákonem o veřejném zdravotním pojištění budou přesnějším a vymahatelnějším způsobem definovány povinnosti zdravotních pojišťoven při zajištění dostupnosti zdravotní péče kryté z veřejného zdravotního pojištění pro jejich klienty. Tím se zvýší zodpovědnost zdravotních pojišťoven a nároky na jejich činnost. Zároveň získají zdravotní pojišťovny také více možností a nástrojů k ovlivňování nákladů na zdravotní péči a k řízení a integraci této péče při zachování průběžného systému financování. K tomu, aby byly schopné dostát zvýšené zodpovědnosti a zároveň využít svých nových pravomocí, potřebují zdravotní pojišťovny významně kvalitnější právní úpravu, než je ta současná.

Nová právní forma – akciová společnost – povede ke zlepšení zodpovědnosti a transparentnosti systému a zlepšení motivace pojišťoven cestou nalezení majitele a umožnění tvorby regulovaného zisku. Změna právní formy a umožnění regulované tvorby zisku umožní díky vyšší zodpovědnosti, transparentnosti a motivaci zdravotních pojišťoven vyšší efektivitu nakládání s veřejnými finančními prostředky na zajištění zdravotní péče. Toto opatření tak přinese dlouhodobý prospěch všem účastníkům systému (pojištěnci, zdravotnická zařízení) i státu jako celku.

Úřad jako nový ústřední správní orgán vykonává dohled nad činností zdravotních pojišťoven - vede také seznam zdravotních pojišťoven podle vydaných licencí. Úřad kontroluje zdravotní pojišťovny formou dohledu na dálku, tedy průběžného sledování hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich finanční stability a dohledu na místě, kdy je místo výkonu vázáno především na sídla a další prostory jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Činnost Úřadu zahrnuje tyto oblasti:

1. vydávání licencí a předchozího souhlasu ve vybraných situacích,
2. dohled nad hospodařením zdravotních pojišťoven a plněním povinností uložených tímto zákonem,
3. dohled nad plněním nároků pojištěnců zdravotními pojišťovnami definovaných zákonem o veřejném zdravotním pojištění,
4. dohled nad souladem provozovaných činností s platnou licencí a platnými povoleními,

5. dohled nad plnění opatření a sankcí uložených zdravotní pojišťovně Úřadem,
6. podpora hospodářské soutěže v oblasti veřejného zdravotního pojištění a spolupráce s Úřadem na ochranu hospodářské soutěže,
7. vedení centrálního registru pojištěnců
8. správa zvláštního účtu pro přerozdělování a výpočet pojistného,
9. zřízení rozhodčího soudu.

Návrh
ZÁKONA
ze dne

o zdravotních pojišťovnách, o zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovнами a zdravotní péčí a o změně některých dalších zákonů (zákon o zdravotních pojišťovnách)

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ
Zdravotní pojišťovny

Hlava I
Obecná ustanovení

§ 1

Tento zákon upravuje podmínky provozování veřejného zdravotního pojištění a dohled nad činností zdravotních pojišťoven Úřadem pro dohled nad zdravotním pojištěním a zdravotní péčí (dále jen „Úřad“) a jeho zřízení, působnost, organizaci a hospodaření.

§ 2

Vymezení pojmů

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a) veřejným zdravotním pojištěním činnost prováděná zdravotní pojišťovnou v souladu s jiným právním předpisem¹⁾,
- b) provozováním veřejného zdravotního pojištění rozumí zajišťování zákonných plnění a dalších povinností vůči pojištěncům v souladu s jiným právním předpisem¹⁾,
- a) pojištěncem ten, komu vznikla účast na veřejném zdravotním pojištění podle jiného právního předpisu¹⁾
- c) dohledem nad zdravotní péčí
 - i. dohled nad zdravotními pojišťovnými a veřejným zdravotním pojištěním (dále jen „dohled nad veřejným zdravotním pojištěním“) a
 - ii. dohled nad poskytováním zdravotní péče podle jiného právního předpisu.

§ 3

(1) Veřejné zdravotní pojištění může provozovat pouze zdravotní pojišťovna, která splňuje požadavky tohoto zákona a má licenci k provozování veřejného zdravotního pojištění (dále jen „licence“) vydanou Úřadem.

(2) Zdravotní pojišťovna je akciová společnost, na kterou se použijí ustanovení obchodního zákoníku, nestanoví-li tento zákon jinak.

§ 4

(1) Předmětem podnikání (činnosti) zdravotní pojišťovny je pouze provozování veřejného zdravotního pojištění, výběr a vymáhání odvodů na veřejné zdravotní pojištění a další činnosti podle jiného právního předpisu¹⁾ a tohoto zákona.

(2) Zdravotní pojišťovna může vydat pouze kmenové akcie znějící na jméno a pouze v zaknihované podobě.

(3) Obchodní firma zdravotní pojišťovny obsahuje označení „zdravotní pojišťovna“. Osoba, která nespĺňuje požadavky tohoto zákona, nesmí ve své obchodní firmě, názvu nebo jiném označení nebo v jakékoliv souvislosti se svojí činností používat slova „zdravotní pojišťovna“ nebo jiná označení od těchto slov odvozená nebo s nimi zaměnitelná.

Hlava II
Založení a vznik zdravotní pojišťovny

¹⁾ Zákon č. .../20011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Díl 1
Vznik zdravotní pojišťovny

§ 5

- (1) Zdravotní pojišťovna může být založena pouze bez veřejné nabídky akcií.
- (2) Založit zdravotní pojišťovnu může jen ten, kdo splňuje požadavky důvěryhodnosti podle odstavce 3; je-li zakladatelem zdravotní pojišťovny právnická osoba, musí požadavky důvěryhodnosti splnit také členové jejího statutárního orgánu.
- (3) Důvěryhodným je ten:
- a) kdo splňuje podmínky pro výkon funkce člena představenstva zdravotní pojišťovny požadované obchodním zákoníkem a tímto zákonem,
 - b) kdo doloží schopnost plnit věcné, finanční a organizační předpoklady činnosti zdravotní pojišťovny,
 - c) komu nebylo odejmuto povolení k výkonu činnosti v oblasti finančního trhu nebo zdravotnictví pro porušení povinností,
 - d) na jehož majetek nebyl prohlášen konkurs podle jiného právního předpisu²⁾ nebo povoleno vyrovnání nebo nebyl-li konkurs zrušen pro nedostatek majetku,
 - e) ohledně jehož majetku nebyl prohlášen konkurs podle jiného právního předpisu³⁾, nebo byl konkurs zrušen, protože majetek je zcela nedostačující,
 - f) kdo nemá splatné nedoplatky na daních, na odvodech na veřejném zdravotním pojištění, na pojistném na sociálním zabezpečení nebo příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.
- (4) Způsob prokazování důvěryhodnosti podle odstavce 3 stanoví Úřad prováděcím předpisem.

§ 6

- (1) Základní kapitál zdravotní pojišťovny činí alespoň 500 miliónů Kč a může být do této výše tvořen pouze peněžitými vklady, které mají průhledný a nezávadný původ.
- (2) Všechny vklady musí být zcela splaceny před podáním návrhu na zápis zdravotní pojišťovny do obchodního rejstříku.

Díl 2
Licence

§ 7

- (1) Zdravotní pojišťovna může vzniknout, jen byla-li jí udělena licence; na vydání licence je právní nárok. O udělení licence může požádat jen zdravotní pojišťovna založená podle tohoto zákona.
- (2) Zakladatelé podají před návrhem na zápis zdravotní pojišťovny do obchodního rejstříku písemnou žádost o udělení licence a současně:
- a) doloží řádné založení zdravotní pojišťovny a splacení všech vkladů
 - b) prokáží, že sídlo i skutečné sídlo zdravotní pojišťovny bude na území ČR,
 - c) prokáží, že založená zdravotní pojišťovna má věcné, finanční a organizační předpoklady pro výkon její činnosti,
 - d) prokáží, že jejich úzké propojení s jinou osobou nebrání nebo neomezuje účinný výkon dohledu; úzkým propojením se rozumí:
 - e) vztah mezi dvěma nebo více osobami, při kterém má jedna z osob na druhé osobě přímý nebo nepřímý
 - f) podíl na základním kapitálu nebo na hlasovacích právech, alespoň 20 %,
 - g) vztah ovládnutí mezi dvěma nebo více osobami, nebo
 - h) vztah dvou nebo více osob, které ovládá tatáž osoba,

²⁾ Zákon č. 328/1991 Sb., o konkursu a vyrovnání ve znění pozdějších předpisů

³⁾ Zákon č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon), ve znění pozdějších předpisů

- i) doloží obchodní plán a prokáží, že předložený plán odpovídá reálným možnostem zdravotní pojišťovny a je uskutečnitelný,
- j) prokáží, že se na řízení zdravotní pojišťovny budou podílet osoby, které jsou vhodné z hlediska jejího zdravého a obezřetného vedení a vykazují potřebnou odbornou způsobilost a jsou důvěryhodné podle § 5 odst.3.

(3) Způsob prokazování požadavků podle § 6 odst. 1 a § 7 odst. 2 stanoví Úřad prováděcím předpisem. Plnění požadavků podle odstavce 2 se vyžaduje po celou dobu trvání licence.

(4) K žádosti se přikládá zakladatelská smlouva, návrh stanov a organizační řád, a podpisy na žádosti musí být úředně ověřeny.

§ 8

(1) Obchodní plán obsahuje pro každé následující 3 účetní období souhrnně:

- a) předpokládané příjmy a výdaje, z toho příjmy v členění podle kategorií plátců odvodů na veřejné zdravotní pojištění,
- b) předpokládané výnosy a náklady, s vyčíslením nákladů na provozní činnost;
- c) předpokládané náklady na zavedení činnosti, vybudování kontaktních míst zdravotní pojišťovny a uzavření smluv s poskytovateli a způsob krytí těchto nákladů,
- d) předpokládanou rozvahu a výkaz zisků a ztrát zdravotní pojišťovny,
- e) předpokládanou výši míry solventnosti,
- f) popis metodiky použité při přípravě obchodního plánu,
- g) seznam doprovodných činností zdravotní pojišťovny souvisejících s provozováním veřejného zdravotního pojištění nebo plněním dalších povinností podle tohoto nebo jiného právního předpisu¹⁾, které chce zdravotní pojišťovna zajišťovat nebo zajišťuje prostřednictvím jiné osoby, s jejím uvedením. Přílohou seznamu jsou návrhy smluv s těmito osobami (dále jen „smlouvy o zajištění doprovodných činností prostřednictvím jiné osoby“) nebo jejich základní principy.

(2) Uzavřením smlouvy o zajištění doprovodných činností prostřednictvím jiné osoby není dotčena odpovědnost zdravotní pojišťovny za tuto činnost ani její povinnosti vůči Úřadu. Uzavření smlouvy nesmí ohrožovat stabilitu hospodaření zdravotní pojišťovny, plnění jejich povinností podle jiného právního předpisu¹⁾ ani zkršlovat její účetnictví. Jedno vyhotovení uzavřené smlouvy o zajištění doprovodných činností prostřednictvím jiné osoby, včetně její změn, uloží zdravotní pojišťovna u Úřadu.

§ 9

(1) Úřad rozhodne o žádosti o udělení licence do 90 dnů ode dne jejího doručení.

(2) V případě, že žádost nesplňuje požadavky tohoto zákona nebo obchodního zákoníku, Úřad vyměří žadateli přiměřenou lhůtu k nápravě, která nesmí být kratší než 7 pracovních dnů, a uvede odůvodnění, v čem spatřuje vady žádosti.

(3) Není-li žádost doplněna ve lhůtě podle odstavce 2, Úřad ji zamítne.

(4) Zdravotně-pojistný plán se sestavuje pro následující tři účetní období a obsahuje zejména:

- a) předpokládaný počet pojištěnců a jejich rozdělení podle ukazatelů pro přerozdělování¹⁾,
- b) předpokládané výnosy a náklady, v členění na náklady na kategorie zdravotních služeb a na motivační program,
- c) popis předpokládané smluvní sítě, včetně jejího rozmístění a hustoty
- d) seznam smluvních poskytovatelů, se kterými existuje úzké propojení podle § 7 odst. 2 písm. d).

(5) Způsob prokazování, formu a rozsah zdravotně-pojistného plánu podle odstavce 4 stanoví Úřad prováděcím předpisem.

§ 10

(1) Úřad žádosti o udělení licence vyhová, pokud:

- a) zdravotně-pojistný plán odpovídá reálným možnostem zdravotní pojišťovny a je uskutečnitelný,
- b) navrhovaná oblast působnosti zdravotního pojišťovny splňuje podmínky podle jiného právního předpisu¹⁾,

- c) je na základě zdravotně-pojistného plánu podle odstavce 5 možné předpokládat, že zdravotní pojišťovna bude schopna zajistit místní dostupnost¹⁾ zdravotních služeb pro své pojištěnce, zejména prostřednictvím předpokládané smluvní sítě,,
- d) obchodní plán odpovídá reálným možnostem zdravotní pojišťovny a je uskutečnitelný,
- e) je na základě zdravotně-pojistného plánu a obchodního plánu možné předpokládat, že zdravotní pojišťovna bude schopna dostát svým finančním povinnostem a povinnostem podle tohoto zákona,
- f) nepostupuje podle § 9 odst. 2 a 3-

(2) Způsob prokazování požadavků podle odstavce 1 stanoví Úřad prováděcím předpisem.

(3) Rozhodnutí o vydání licence obsahuje obchodní firmu a sídlo zdravotní pojišťovny a schválený text stanov. Dále může obsahovat vymezení podmínek, které žadatel musí splnit před zahájením činnosti nebo při jejím provozu.

(4) Licence se vydává na dobu neurčitou, pro celé území České republiky a je nepřenositelná na jiný subjekt.

(5) Zdravotní pojišťovna je povinna neprodleně informovat Úřad o změnách v údajích na základě kterých byla udělena licence.

§ 11

(1) Je-li u zdravotní pojišťovny v dané územní jednotce¹⁾ po dobu tří po sobě jdoucích kalendářních měsíců registrováno k prvnímu dni každého kalendářního měsíce alespoň 5% všech pojištěnců s místem pobytu v dané územní jednotce (dále jen „prahový podíl“), požádá zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu o rozšíření oblasti působnosti nejméně o tuto územní jednotku, přičemž musí být zachovány požadavky na oblast působnosti podle jiného právního předpisu¹⁾. Úřad informuje všechny zdravotní pojišťovny o celkovém počtu pojištěnců všech zdravotních pojišťoven a počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v jednotlivých územních jednotkách k prvnímu dni kalendářního měsíce, a to nejpozději do 10. dne následujícího měsíce.

(2) Je-li u zdravotní pojišťovny v dané územní jednotce¹⁾ po dobu tří po sobě jdoucích kalendářních měsíců registrováno k prvnímu dni každého kalendářního měsíce méně pojištěnců než prahový podíl, může zdravotní pojišťovna požádat o zúžení oblasti působnosti o tuto územní jednotku, přičemž musí být zachovány požadavky na oblast působnosti podle jiného právního předpisu¹⁾; to neplatí plní-li zdravotní pojišťovna povinnosti podle odstavce 3.

(3) Má-li zdravotní pojišťovna k prvnímu dni každého kalendářního měsíce po dobu 6 po sobě jdoucích kalendářních měsíců registrovaných alespoň 500.000 pojištěnců, požádá o rozšíření oblasti působnosti tak, aby oblast působnosti pokryla celé území České republiky.

(4) Nesplní-li zdravotní pojišťovna povinnost podle odstavce 1 bez zbytečného odkladu, nejdéle do 1 měsíce, rozhodne Úřad o změně oblasti působnosti i bez návrhu a stanoví zdravotní pojišťovně lhůtu pro splnění povinností, které se změnou oblasti působnosti souvisí.

(5) Nesplní-li zdravotní pojišťovna povinnost podle odstavce 3 do 3 měsíců, rozhodne Úřad o změně oblasti působnosti i bez návrhu a stanoví zdravotní pojišťovně lhůtu pro splnění povinností, které se změnou oblasti působnosti souvisí.

(6) V případě, že některá územní jednotka není součástí oblasti působnosti žádné zdravotní pojišťovny, rozhodne Úřad o rozšíření oblasti působnosti o tuto územní jednotku, a to té zdravotní pojišťovny, jejíž oblast působnosti s územní jednotkou sousedí a je u ní registrován největší počet pojištěnců.

(7) V případě změny oblasti působnosti zdravotní pojišťovny nastávají účinky změny oblasti působnosti po uplynutí 6 měsíců od právní moci rozhodnutí.

Hlava IV

Požadavky na činnost zdravotní pojišťovny

Díl 1

Vnitřní organizace zdravotní pojišťovny

§ 12

Organizační řád

(1) Zdravotní pojišťovna vydává organizační řád, který schvaluje valná hromada.

(2) Organizační řád upraví zejména:

- a) vnitřní organizaci a strukturu zdravotní pojišťovny,

- b) pravomoc vedoucích zaměstnanců a vedoucích organizačních složek zdravotní pojišťovny, byly-li zřízeny,
 - c) pravidla pro řízení rizik a vnitřní kontrolu zdravotní pojišťovny.
- (3) Organizační řád zdravotní pojišťovna zpřístupní ve svém sídle, ve svých organizačních složkách a způsobem umožňujícím dálkový přístup.
- (4) Jedno vyhotovení organizačního řádu, včetně jeho změn, uloží zdravotní pojišťovna u Úřadu.
- (5) Členové dozorčí rady zdravotní pojišťovny volí svého předsedu.
- (6) Zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu po svém vzniku vytvoří a po celou dobu své existence udržuje úřední desku přístupnou ve svém sídle a ve svých organizačních složkách; obdobně vytvoří a udržuje internetové stránky.
- (7) Změna stanov zdravotní pojišťovny podléhá schválení Úřadem. Žádost o změnu se dokládá listinami prokazujícími tyto změny; § 9 a § 10 odst. 1 a 2 se použijí obdobně.

§ 13

Rozhodčí orgán a rozhodčí soud

- (1) Zdravotní pojišťovna zřídí rozhodčí orgán. Rozhodčí orgán rozhoduje záležitosti stanovené jiným právním předpisem¹⁾. Rozhodčí orgán má 9 členů.
- (2) Jednoho člena rozhodčího orgánu určí valná hromada zdravotní pojišťovny, jednoho Ministerstvo zdravotnictví, jednoho Ministerstvo financí, tři ze svých členů představenstvo zdravotní pojišťovny, a tři ze svých členů dozorčí rada zdravotní pojišťovny.
- (3) Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více než dvě třetiny členů. K schválení rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. K prvnímu jednání svolá členy rozhodčího orgánu představenstvo zdravotní pojišťovny. Na prvním jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí její jednání.
- (4) Při Úřadu působí jako stálý rozhodčí soud Rozhodčí soud při Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami (dále jen „Rozhodčí soud“) jako nezávislý orgán pro rozhodování sporů uvedených v odstavci 5 nezávislými rozhodci podle předpisů o rozhodčím řízení.
- (5) Spory z právních vztahů mezi pojištěnci a zdravotními pojišťovnami, které jsou jinak příslušné rozhodovat soudy, se rozhodují, vyzval-li žalobce žalovaného k uzavření smlouvy o rozhodci podle jiného právního předpisu¹⁾, v rozhodčím řízení před Rozhodčím soudem.
- (6) Způsob řízení a rozhodování, způsob jmenování rozhodců, jejich počet, organizační uspořádání rozhodčího soudu, sazebník odměn rozhodců a další otázky související s činností rozhodčího soudu a jejím ekonomickým zajištěním upravuje Statut a Řád Rozhodčího soudu, které vydává Rozhodčí soud po schválení Úřadem.
- (7) Předsedu Rozhodčího soudu jmenuje předseda Úřadu na dobu pěti let. Místopředsedy Rozhodčího soudu jmenuje předseda Rozhodčího soudu a stanoví pořadí zastupování. Předseda Rozhodčího soudu zastupuje Rozhodčí soud navenek, jeho další pravomoci stanoví Statut a Řád Rozhodčího soudu.
- (8) Na nákladech řízení u Rozhodčího soudu mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou o nárok na plnění podle jiného právního předpisu¹⁾ se ve výši paušálu stanoveného prováděcím předpisem Úřadu podílejí žalobce, žalovaný a Kancelář, každý jednou třetinou.

§ 14

Vnitřní kontrola

- (1) Zdravotní pojišťovna je povinna v rámci své organizační struktury zřídit útvar vnitřní kontroly a tuto vnitřní kontrolu efektivně vykonávat. Výběr zaměstnanců oprávněných k výkonu vnitřní kontroly schvaluje dozorčí rada zdravotní pojišťovny.
- (2) Zdravotní pojišťovna je povinna ve svých stanovách upravit vztahy mezi představenstvem zdravotní pojišťovny, dozorčí radou zdravotní pojišťovny a útvarem vnitřní kontroly.
- (3) Dozorčí rada zdravotní pojišťovny je oprávněna kdykoliv požádat útvar vnitřní kontroly o vykonání vnitřní kontroly.
- (4) Vnitřní kontrolou zdravotní pojišťovny je kontrola dodržování zákonů a jiných všeobecně závazných právních předpisů, vnitřních předpisů a rozhodnutí a kontrola činnosti zdravotní pojišťovny.
- (5) Útvar vnitřní kontroly
- a) vypracuje zprávu o činnosti zdravotní pojišťovny za předcházející kalendářní rok,

- b) vypracuje zprávu o výsledcích kontrolní činnosti za předcházející kalendářní rok a o přijatých opatřeních
- c) k nápravě zjištěných nedostatků v činnosti zdravotní pojišťovny,
- d) vypracuje plán kontrolní činnosti na následující kalendářní rok,
- e) vypracuje protokol o správnosti údajů o výpočtu minimální míry platební schopnosti zdravotní pojišťovny a vysvětlující zprávu,
- f) plní další úkoly v oblasti vnitřní kontroly určené ve stanovách zdravotní pojišťovny.

(6) Pokud útvar vnitřní kontroly zjistí nedostatky v hospodaření zdravotní pojišťovny, které souvisí s výkonem její činnosti podle tohoto zákona, je povinen navrhnout představenstvu zdravotní pojišťovny opatření k nápravě zjištěných nedostatků. Pokud zdravotní pojišťovna opatření nepřijme a další vývoj hospodaření zdravotní pojišťovny ohrožuje její schopnost plnit závazky vyplývající z výkonu veřejného zdravotního pojištění, útvar vnitřní kontroly je povinen bez zbytečného odkladu o této skutečnosti informovat Úřad.

§ 15

Povinnosti členů orgánů a dalších osob

(1) Členové představenstva, dozorčí rady, vedoucí zaměstnanci, vedoucí organizačních složek, jsou-li zřízeny, a další osoby, které mohou za zdravotní pojišťovnu nebo jejím jménem jednat provádí svou činnost obezřetně tak, aby svým jednáním nebo v jeho důsledku neohrozily bezpečnost a stabilitu zdravotní pojišťovny nebo splnění jejich povinností, nezpůsobily porušení právních předpisů upravujících provozování činnosti zdravotní pojišťovnou.

(2) Osoby podle odstavce 1 dále zejména nesmí jednat způsobem, v jehož důsledku by zdravotní pojišťovně vznikla povinnost k plnění, která je neúměrná poskytované protihodnotě či zajištění, nebo k jinému hospodářsky neodůvodněnému plnění nebo v důsledku kterého by zdravotní pojišťovna nebyla schopná zajišťovat zákonná plnění pojištěncům případně dalších povinností vůči pojištěncům nebo by je zajišťovala v omezené míře.

(3) Členem představenstva, dozorčí rady, vedoucím zaměstnancem, vedoucím organizační složky a další osobou, která může za zdravotní pojišťovnu nebo jejím jménem jednat, nesmí být ten, kdo byl statutárním orgánem nebo jeho členem zdravotní pojišťovny, které byla uložena pokuta podle tohoto zákona nebo na niž byla uvalena nucená správa, ledaže se vznikem funkce souhlasí Úřad.

(4) Pravidla o povinnosti zpracovat písemnou zprávu o vztazích mezi propojenými osobami a jejím přezkumu podle obchodního zákoníku⁵⁾ se na zdravotní pojišťovnu použijí i je-li uzavřena ovládací smlouva.

§ 16

Zákaz konkurence

Na osoby podle § 20 odst. 1 se vztahují pravidla o zákazu konkurence podle obchodního zákoníku. Tyto osoby dále nesmí být:

- a) statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu nebo dozorčí rady, odborným zástupcem, blízkou osobou nebo osobou v pracovněprávním vztahu nebo v obdobném vztahu s poskytovatelem zdravotních služeb, se kterým je zdravotní pojišťovna ve smluvním vztahu, nejedná-li se o koncern se zdravotní pojišťovnou,
- b) poskytovatelem zdravotních služeb, se kterým je zdravotní pojišťovna ve smluvním vztahu, nebo osobou blízkou tomuto poskytovateli, nejedná-li se o koncern se zdravotní pojišťovnou,
- c) statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu nebo prokuristou zdravotní pojišťovny nebo pojišťovny, nejedná-li se o koncern,
- d) statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu nebo dozorčí rady, odborným zástupcem, blízkou osobou nebo osobou v pracovněprávním vztahu nebo v obdobném vztahu s depozitářem podle tohoto zákona, se kterým je zdravotní pojišťovna ve smluvním vztahu,
- e) statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu nebo dozorčí rady, odborným zástupcem, blízkou osobou nebo osobou v pracovněprávním vztahu nebo v obdobném vztahu s osobou, která je osobou ovládanou nebo ovládající vůči osobám uvedeným v písmenech a) až d) nebo osobou jednající ve shodě s nimi, nejedná-li se o koncern se zdravotní pojišťovnou,

⁵⁾

§ 66a odst. 9 až 13 Obchodního zákoníku

f) členem orgánu nebo zaměstnancem Nejvyššího kontrolního Úřadu, zaměstnancem Úřadu nebo osobou zúčastněnou při výkonu dohledu nad zdravotními pojišťovnami.

§ 17

Ochrana vnitřních informací

(1) Za vnitřní informaci se považuje jakákoliv přesná informace, která se přímo nebo nepřímo týká zdravotního pojištění, pokud tato informace zároveň

- a) není veřejně známá a
- b) její využití by mohlo osobě, která vnitřní informaci využije přinést výhodu, které by bez jejího využití nezískala.

(2) Za vnitřní informaci se považuje také informace týkající se jiných osob provozujících zdravotní pojištění, pokud tato informace není veřejně známá a její využití by mohlo osobě, která vnitřní informaci využije, získat výhodu, které by bez jejího využití nezískala.

(3) Osoba, která získá vnitřní informaci v souvislosti s výkonem svého zaměstnání, povolání, funkce nebo postavení, v souvislosti se svou majetkovou účastí ve zdravotní pojišťovně, v souvislosti s plněním svých povinností nebo v souvislosti s trestným činem, se považuje pro potřeby tohoto zákona za zaslíbenou osobu. Za zaslíbenou osobu se považuje také ten, kdo získá vnitřní informaci jiným způsobem a ví nebo může nebo by vzhledem ke svému postavení vědět měl, že se jedná o vnitřní informaci.

(4) Zaslíbená osoba

- a) nesmí využít nebo se pokusit využít vnitřní informaci tak, aby sobě nebo jiné osobě přivodila výhodu, kterou by bez jejího využití nezískala; to neplatí pro zaslíbenou osobu, která plní své povinnosti ze smlouvy uzavřené před získáním vnitřní informace,
- b) nesmí přímo nebo nepřímo učinit jiné osobě doporučení k určitému jednání, kterého se vnitřní informace týká a
- c) musí zachovávat mlčenlivost o vnitřní informaci a musí zamezit jiné osobě přístup k této informaci, ledaže je sdělení této informace součástí plnění povinností vyplývajících z postavení zaslíbené osoby.

Díl 2

Změny struktury zdravotní pojišťovny

§ 18

Přeměny zdravotních pojišťoven

(1) Zdravotní pojišťovna se může rozdělit odštěpením nebo sloučit s jinou zdravotní pojišťovnou; jiné způsoby přeměn podle jiného právního předpisu⁶⁾ se zakazují.

(2) V případě rozdělení odštěpením zůstávají licence vždy na rozdělované společnosti.

(3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven je nástupnická zdravotní pojišťovna je povinna provozovat veřejné zdravotní pojištění v rozsahu, v němž jej provozovala zaniklá zdravotní pojišťovna.

§ 19

(1) Zdravotní pojišťovna nemůže poskytnout finanční asistenci podle jiného právního předpisu⁷⁾.

(2) Vydání dluhopisů podle jiného právního předpisu⁸⁾ nesmí narušit finanční stabilitu zdravotní pojišťovny, zajišťování zákonných plnění pojištěncům v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, případně dalších povinností vůči pojištěncům a musí odpovídat požadavkům tohoto zákona kladeným na hospodaření zdravotní pojišťovny.

(3) Zdravotní pojišťovna nesmí zakládat jiné právnické osoby nebo v nich nabývat podíly, ledaže založí nebo nabude podíl v právnické osobě za účelem výkonu doprovodných činností spojených s provozováním veřejného zdravotního pojištění nebo v rámci umístění aktiv podle § 29.

⁶⁾ Zákon č. 125/2008 Sb., o přeměnách obchodních společností

⁷⁾ § 161f Obchodního zákoníku

⁸⁾ Zákon č. 190/2004 Sb., o dluhopisech ve znění pozdějších předpisů

(4) Právníckou osobu založenou podle odstavce 3 mohou vlastnit jen zdravotní pojišťovny a právnické osoby, které jsou v koncernu alespoň s jednou zdravotní pojišťovnou, která ji vlastní.

(5) Akcie zdravotní pojišťovny nebo cenné papíry je nahrazující nesmí nabývat banka, která vykonává pro zdravotní pojišťovnu funkci depozitáře podle tohoto zákona ani další osoby, s nimiž jedná depozitář ve shodě. Kdo nabude akcie zdravotní pojišťovny nebo cenné papíry je nahrazující v rozporu s první větou, nesmí do okamžiku jejich zcizení vykonávat práva s těmito cennými papíry spojená.

§ 20

Jednání podmíněná souhlasem Úřadu

(1) Předchozímu souhlasu Úřadu podléhají:

- a) nabytí nebo zvýšení podílů ve zdravotní pojišťovně třetí osobou nebo akcionářem, ledaže ke změně má dojít z podnětu státního orgánu,
- b) snížení základního kapitálu zdravotní pojišťovny; základní kapitál však nesmí klesnout pod minimální výši 500 mil. Kč,
- c) vznik funkce členů statutárního nebo dozorčího orgánu zdravotní pojišťovny a dalších osob podle § 20 odst. 1,
- d) vytvoření jiných rezerv podle § 28,
- e) provozování doprovodných činností podle § 8 odst. 1 písm. c),
- f) založení právnické osoby pro výkon doprovodných činností podle § 24 odst. 3,
- g) uzavření ovládací smlouvy nebo smlouvy o převodu zisku podle jiného právního předpisu⁹⁾,
- h) rozdělení zdravotní pojišťovny odštěpením,
- i) sloučení zdravotních pojišťoven a
- j) stanovení nové vzorové smlouvy podle jiného právního předpisu nebo její změna.

(2) Úřad při posuzování žádosti o udělení souhlasu posuzuje, zda je plánované jednání v souladu s právními předpisy, zda nemůže ohrozit finanční stabilitu zdravotní pojišťovny, její solventnost, zajišťování zákonných plnění pojištěncům v rámci systému veřejného zdravotního pojištění případně dalších povinností vůči pojištěncům a zda je v souladu s požadavkem na nediskriminační a neselektivní chování vůči pojištěncům. Při schvalování převodu podle odstavce 1 písm. a) Úřad posoudí, zda nabyvatel podílu nebo podílů splňuje požadavky důvěryhodnosti podle § 5; ten, kdo tyto požadavky nesplní, nesmí podíl ve zdravotní pojišťovně nabýt.

(3) Podání opravného prostředku proti rozhodnutí Úřadu o jednáních podle odst. 1 písm. a) nemá odkladný účinek.

(4) Osoba, která nabyla účast nebo zvýšila svoji účast podle odstavce 1 písm. a) bez souhlasu Úřadu, nemůže vykonávat hlasovací práva spojená s takto nabytou účastí, a to do doby prokázání plnění podmínek podle § 5 odstavce 2 a 3. Pokud se Úřad k žádosti nevyjádří ve lhůtě 60 dnů od jejího obdržení, považuje se za schválenou uplynutím posledního dne této lhůty.

Díl 3

Hospodaření zdravotní pojišťovny

§ 21

(1) Zdravotní pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným s odbornou péčí, v zájmu pojištěnců a s cílem efektivního naplňování účelu veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovna zejména:

- a) zajistí dlouhodobé zajišťování zákonných plnění pojištěncům v rámci systému veřejného zdravotního pojištění případně dalších závazků vůči pojištěncům a nesmí toto plnění ohrozit svým hospodařením nebo svou činností. Zjistí-li zdravotní pojišťovna, že není způsobilá plnit tyto nároky, přijme dostatečná opatření k nápravě a neprodleně o tom informuje Úřad,
- b) zabezpečí svou dlouhodobou finanční stabilitu a solventnost a přijme dostatečná opatření proti jejímu ohrožení a zavede nástroje pro včasnou identifikaci rizika úpadku podle jiného právního předpisu³⁾ s cílem přijetí a realizace nápravných opatření,

⁹⁾ Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

c) vytvoří mechanismy pro poskytování úplných, pravdivých a včasných standardizovaných údajů a informací o svém hospodaření a své činnosti.

(2) Za majetek svěřený zdravotní pojišťovně se považují:

- a) pohledávky a majetek z výběru a vymáhání odvodů na veřejné zdravotní pojištění (dále jenom „odvody“) podle jiného právního předpisu¹⁾,
- b) finanční prostředky pojištěnců na běžných osobních zdravotních účtech,
- c) majetek spořicího fondu pojištěnců.

(3) Zdravotní pojišťovna spravuje tyto pohledávky a majetek odděleně od svého majetku a vede o nich oddělenou evidenci.

(4) Smlouvu o úvěru nebo obdobnou smlouvu může zdravotní pojišťovna uzavřít jen s tím, kdo je na území České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie oprávněn působit jako banka.

(5) Zdravotní pojišťovna může umístit své disponibilní finanční prostředky pouze způsobem podle § 29, odstavce 2, 4 a 7, pokud tento zákon nestanoví jinak. Zdravotní pojišťovna předkládá Úřadu způsobem, v rozsahu a ve frekvenci stanovené prováděcím předpisem seznam aktiv, do kterých byli umístěni disponibilní finanční prostředky. Součástí seznamu je způsob vyhodnocení plnění podle § 28, odstavce 4.

§ 22

Hospodaření zdravotní pojišťovny s odvody a jejich příslušenstvím

(1) V souladu se jiným právním předpisem¹⁾ zdravotní pojišťovna zejména:

- a) vykonává řádný a včasný výběr a vymáhání odvodů, včetně penále a pokut
- b) vede samostatnou evidenci a vymáhání odvodů,
- c) ukládá peněžní prostředky z této činnosti do doby jejich přerozdělení podle jiného právního předpisu na účet v bance se sídlem na území České republiky (dále jen "banka") nebo na účet v pobočce zahraniční banky umístěné na území České republiky (dále jen "pobočka zahraniční banky"),
- d) plní další povinnosti v souvislosti s přerozdělováním a stanovováním výše pojistného podle jiného právního předpisu.

(2) Vybere-li zdravotní pojišťovna alespoň 95% pojistného, platí, že vybrala 100% jiným právním předpisem stanoveného pojistného.

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna za účelem vymáhání odvodů, vč. penále a pokut a pojistného vydávat platební rozkaz podle jiného právního předpisu a provádět výkon těchto rozhodnutí.

§ 23

Rezervy

(1) Zdravotní pojišťovna vytváří kromě rezerv podle jiného právního předpisu¹⁰⁾ tyto rezervy k zajištění plnění nároků pojištěnců na základě tohoto zákona a jiného právního předpisu¹⁾:

- a) rezervu na plánované zdravotní služby evidované prostřednictvím transparentních objednacích seznamů podle jiného právního předpisu (dále jen „rezerva na plánované zdravotní služby“),
- b) rezervu na krytí nároků pojištěnců mimo území České republiky,
- c) rezervu na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace,
- d) rezervu na krytí provozní spotřeby budoucích období,
- e) rezervu na krytí nákladů na motivační program budoucích období a
- f) jinou rezervu podle odstavce 6.

(2) Zdravotní pojišťovna tvoří rezervu na plánované zdravotní služby ve výši, která odpovídá násobku počtu pojištěnců uvedených na transparentních objednacích seznamech nad časovou lhůtu stanovenou prováděcím právním předpisem Úřadu a obvyklé ceny plánovaných zdravotních služeb k datu její tvorby.

(3) Zdravotní pojišťovna tvoří rezervu na krytí nároků pojištěnců mimo území České republiky na úhradu nákladů na zdravotní služby poskytnuté pojištěncům mimo území České republiky na základě evropského a mezinárodního práva. Výše rezervy se stanoví na základě historických dat, není-li to z objektivních důvodů možné, stanoví se kvalifikovaným odhadem.

¹⁰⁾ Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších právních předpisů

(4) Zdravotní pojišťovna tvoří rezervu na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace. Rezerva se tvoří ve výši 1,5% nákladů na plnění zákonných nároků pojištěnců v rámci systému veřejného zdravotního pojištění za předcházejících 12 měsíců, nejméně však ve výši 50 milionů Kč.

(5) Zdravotní pojišťovna může použít prostředky rezervy na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace pouze, pokud se ocitne v krátkodobé nepříznivé finanční situaci, kterou nelze odvrátit s využitím jiných zdrojů. Zdravotní pojišťovna může použít prostředky rezervy pouze na krytí nákladů a výdajů na zákonná plnění v rámci systému veřejného zdravotního pojištění případně nákladů a výdajů na plnění dalších povinností vůči pojištěncům podle jiného právního předpisu. Zdravotní pojišťovna nemůže použít tyto prostředky na krytí nákladů a výdajů provozní spotřeby. Použití prostředků rezervy na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace, jeho odůvodnění a návrh opatření k nápravě oznámí zdravotní pojišťovna neprodleně Úřadu. Bez zbytečného odkladu po překonání nepříznivé hospodářské situace doplní zdravotní pojišťovna rezervu na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace do výše podle odstavce 4. Prostředky této rezervy není možné použít na úhradu provozní spotřeby zdravotní pojišťovny.

(6) Zdravotní pojišťovna může tvořit rezervu na krytí provozní spotřeby budoucích období. Tato rezerva se může vytvořit maximálně ve výši rozdílu mezi limitem provozní spotřeby za dané účetní období a celkovou částkou skutečně vynaložených nákladů provozní spotřeby za dané účetní období.

(7) Zdravotní pojišťovna může tvořit rezervu na krytí nákladů na motivační program budoucích období. Tato rezerva se může vytvořit maximálně ve výši rozdílu mezi částkou podle § 33 za dané účetní období a celkovou částkou skutečně vynaložených nákladů na motivační program za dané účetní období.

(8) Zdravotní pojišťovna stanoví vnitřním předpisem pravidla pro způsob tvorby, čerpání a stanovování výše rezervy podle odst. 1 písm. e). Zdravotní pojišťovna bezodkladně předkládá vnitřní předpis spolu s písemným zdůvodněním tvorby jiné rezervy Úřadu. Úřad je oprávněn tvorbu jiné rezervy zakázat, jestliže nejsou důvody pro její tvorbu nebo tyto důvody pominuly, nebo nařídít změnu způsobu výpočtu její výše, jestliže by tvorba jiné rezervy byla nedostatečná nebo nesprávná.

(9) Zdravotní pojišťovna posuzuje opodstatněnost a upravuje výši rezerv podle odst.1 písm. a) až c) k poslednímu dni kalendářního měsíce.

(10) Pravidla pro tvorbu a čerpání rezerv podle odst. 1 písm. a) až c), stanovení jejich výše a úpravu stanoví Úřad prováděcím právním předpisem.

§ 24

Skladba umístění aktiv

(1) Zdravotní pojišťovna udržuje aktiva způsobem podle odst. 2 nejméně ve výši rezerv podle § 28 odst. 1 písm. a) až c) nebo ve výši stanovené prováděcím předpisem Úřadu. Úřad může prováděcím předpisem stanovit nižší výši těchto aktiv, pokud objem finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění není postačující na krytí zákonných nároků pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění v běžném roce.

(2) Aktiva umístí uje tímto způsobem:

- a) vklady a vklady potvrzené vkladovým certifikátem, vkladním listem či jiným obdobným dokumentem u bank, které mají povolení působit na území členských států EU jako banka,
- b) kotované komunální dluhopisy,
- c) dluhopisy vydané členským státem EU nebo jeho centrální bankou a dluhopisy, za které převzal záruku členský stát,
- d) dluhopisy vydané bankami a obdobnými úvěrovými institucemi členských států,
- e) dluhopisy vydané Evropskou investiční bankou, Evropskou centrální bankou, Evropskou bankou pro obnovu a rozvoj nebo Mezinárodní bankou pro obnovu a rozvoj,
- f) státní pokladniční poukázky a pokladniční poukázky České národní banky,
- g) zajišťovací deriváty, které zajišťují aktiva zahrnutá v umístění aktiv nebo závazky zdravotní pojišťovny a splňují požadavky pro zajišťovací deriváty stanovené mezinárodními účetními standardy upravenými právem ES^{10a}.

^{10a} čl. 2 nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1606/2002 ze dne 19.července 2002 o uplatňování mezinárodních účetních standardů

(3) Zdravotní pojišťovna může umístit tyto aktiva pouze u banky nebo emitenta cenných papírů, kterých hodnocení investičního rizika uděleného renomovanou agenturou specializující se na oceňování rizika se nachází v investičním pásmu. Na oceňování investičního rizika podle tohoto zákona jsou oprávněny jenom ty renomované agentury specializující se na oceňování investičního rizika, které jsou uvedené v seznamu, který vede Úřad a který zveřejní ve svém Věstníku.

(4) Stejný cenný papír stejného emitenta nebo jeho část lze do skladby umístění aktiv zahrnout pouze do jedné její položky.

(5) Zdravotní pojišťovna vytváří a využívá systém průběžného hodnocení rizik vývoje finančních trhů a umístění aktiv tak, aby na ně mohla včas reagovat. Zdravotní pojišťovna postupuje ve skladbě umístění aktiv tak, aby:

- a) jednotlivé složky umístění aktiv poskytovaly záruku návratnosti vložených prostředků,
- b) jednotlivé složky umístění aktiv zabezpečovaly výnos z jejich držby nebo zisk z jejich prodeje,
- c) bylo umístění aktiv pohotově k dispozici ke krytí nároků z veřejného zdravotního pojištění nejpozději ve lhůtě stanovené jiným právním předpisem¹⁾,
- d) jednotlivé složky umístění aktiv byly rozloženy mezi větší počet právnických osob, mezi nimiž neexistuje úzké propojení a jednání ve shodě.

(6) Zdravotní pojišťovna předkládá Úřadu způsobem, v rozsahu a ve frekvenci stanovené prováděcím předpisem seznam umístění aktiv podle odst. 1. Součástí seznamu je způsob vyhodnocení plnění podle odstavce 4.

(7) Zdravotní pojišťovna umístí peněžní prostředky nejméně ve výši 70% rezervy na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace na samostatný účet v bance nebo v pobočce zahraniční banky.

(8) Úřad stanoví prováděcím předpisem limity pro jednotlivé položky skladby umístění aktiv a podmínky, za kterých lze tyto položky zařadit do skladby umístění aktiv.

§ 25

Solventnost zdravotní pojišťovny

(1) Zdravotní pojišťovna po celou dobu své činnosti udržuje požadovanou míru solventnosti, kterou se rozumí minimální hodnota vlastních zdrojů zdravotní pojišťovny. Určení položek, způsob výpočtu, způsob a frekvenci vykazování požadované míry solventnosti stanoví Úřad prováděcím právním předpisem.

(2) Část požadované míry solventnosti představuje rezerva na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace, kterou zdravotní pojišťovna udržuje po celou dobu své existence.

§ 26

Limit provozní spotřeby

(1) V daném účetním období nesmí zdravotní pojišťovna použít na provozní spotřebu z celkové výše odvodů, pokut a penále, pojistného podle jiného právního předpisu¹⁾ a výnosů z náhrad nákladů na péči hrazenou ze zdravotního pojištění vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci podle jiného právního předpisu¹⁾ více než částku stanovenou podle přílohy zákona (dále jen „limit provozní spotřeby“).

(2) Za provozní spotřebu se považují náklady a výdaje na činnost zdravotní pojišťovny, které:

- a) není možné považovat za náklady a výdaje na zákonná plnění v rámci systému veřejného zdravotního pojištění případně náklady a výdaje na plnění dalších povinností vůči pojištěncům podle jiného právního předpisu,
- b) není možné považovat za náklady a výdaje na motivační program,
- c) jsou náklady a výdaje na získání a udržení pojištěnců zdravotní pojišťovny v daném účetním období. Za tyto náklady a výdaje se považují zejména náklady a výdaje na provize zprostředkovatelů, reklamní a propagační materiály. Pro účely kontroly plnění limitu provozní spotřeby se k případnému časovému rozlišení těchto nákladů nepřihlíží.
- d) jsou náklady na tvorbu rezervy na krytí provozní spotřeby budoucích období,

(3) Bližší podmínky stanovení a kontroly plnění limitu provozní spotřeby z hlediska nákladů a výdajů stanoví Úřad prováděcím předpisem.

§ 27

Výsledek hospodaření zdravotní pojišťovny

- (1) V rámci výsledku hospodaření zdravotní pojišťovna vykazuje alespoň výsledek hospodaření z provozní činnosti a výsledek hospodaření. Ustanovení jiného právního předpisu¹⁰⁾ tímto nejsou dotčeny.
- (2) Výsledek hospodaření z provozní činnosti představuje rozdíl mezi a náklady na provozní činnost podle § 31 a prováděcího právního předpisu za účetní období.
- (3) Zdravotní pojišťovna vykazuje výsledek provozování, který představuje rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými náklady na provozování veřejného zdravotního pojištění za účetní období.
- (4) Pokud je výsledek hospodaření z provozní činnosti záporný, zdravotní pojišťovna použije na krytí ztráty výsledek hospodaření z provozování veřejného zdravotního pojištění, nerozdělený zisk z minulých let, rezervní fond nebo další fondy tvořené ze zisku. Nestačí-li tyto zdroje, musí být ztráta kryta snížením základního kapitálu, avšak hodnota základního kapitálu nesmí klesnout pod částku podle § 6.
- (5) Zisk lze rozdělit pouze tehdy, nemá-li zdravotní pojišťovna žádného pacienta na čekacím listě podle jiného právního předpisu.

§ 28

Motivační program

Náklady a výdaje na motivační program podle jiného právního předpisu¹⁾ nesmí přesáhnout 2,5 % z celkové výše pojistného na pojištěnce podle jiného právního předpisu¹⁾ za dané účetním období.

§ 29

Účetnictví

- (1) Svou účetní závěrku a rozdělení výnosů, nákladů a vyčíslení jednotlivých výsledků provozování veřejného zdravotního pojištění je povinna zdravotní pojišťovna ověřit auditorem. Osobu auditora oznámí zdravotní pojišťovna Úřadu předem, a to do 15 dnů ode dne jeho písemného pověření. Zjistí-li Úřad nedostatky v činnosti auditora nebo má-li důvodné pochybnosti o schopnosti auditora řádným způsobem poskytovat auditorské služby nebo o jeho nezávislosti, oznámí tuto skutečnost Komoře auditorů České republiky. Úřad je oprávněn auditora dvakrát odmítnout. Pokud Úřad auditora odmítne podruhé, současně určí auditora, který ve zdravotní pojišťovně ověří účetní závěrku. Tentýž auditor nesmí ověřovat účetní závěrku více než třikrát za sebou.
- (2) Auditorskou zprávu předloží zdravotní pojišťovna do 30 dnů ode dne jejího zpracování Úřadu. Není-li účetní závěrka ověřena auditorem do 4 měsíců od konce účetního období, za které se vypracovává, doručí zdravotní pojišťovna do 7 dnů po uplynutí této doby Úřadu její auditorem neověřenou verzi.
- (3) Auditor, který ověřuje účetní závěrku je povinen informovat Úřad o jakýchkoliv skutečnostech, které mohou
 - a) vypovídat o porušení zákonů a jiných všeobecně platných právních předpisů zdravotní pojišťovnou,
 - b) ovlivnit řádný výkon veřejného zdravotního pojištění,
 - c) vést k výhradám vůči účetní závěrce. Úřad může na vlastní náklady nechat vyhotovit mimořádný audit, má-li důvodné pochyby o správnosti původního auditu nebo je-li to odůvodněné zhoršenými výsledky hospodaření zdravotní pojišťovny. Úřad stanoví auditora a podmínky pro vykonání mimořádného auditu.
- (4) Zjistí-li nový auditor, že původní audit byl nesprávný, uhradí auditor, který provedl původní audit, Úřadu náklady spojené s vypracováním mimořádného auditu.
- (5) Zdravotní pojišťovna je povinna sestavit výroční zprávu podle jiného právního předpisu¹⁰⁾. Úřad stanoví prováděcím předpisem další požadavky na informace obsažené ve výroční zprávě. Výroční zprávu uveřejní zdravotní pojišťovna způsobem umožňujícím dálkový přístup.

§ 30

- (1) Zdravotní pojišťovna je povinna předkládat ministerstvu zdravotnictví, ministerstvu financí a Úřadu
 - a) zprávu o hospodaření za první půlrok kalendářního roku (dále jen „půlroční zpráva“) nejpozději do tří měsíců po skončení kalendářního půlroce,
 - b) výroční zprávu o hospodaření (dále jen „výroční zpráva“) nejpozději do šesti měsíců po uplynutí kalendářního roku,
 - c) plán činnosti zdravotní pojišťovny na příslušný rozpočtový rok obsahující podrobné odhady příjmů a výdajů a předpokládané finanční zdroje určené na krytí závazků z veřejného zdravotního pojištění do 30. června na následující kalendářní rok.
- (2) Půlroční zpráva obsahuje
 - a) průběžnou účetní závěrku ve zkrácené struktuře (dále jen „průběžná účetní závěrka“),

- b) zprávu o finanční situaci, která obsahuje zejména přehled o přijatých odvodech, nedoplatcích, uhrazených i neuhrazených závazcích vůči poskytovatelům zdravotní péče, přijatých bankovních úvěrech a jiných úvěrech a údaje o jejich splatnosti v členění na krátkodobé a dlouhodobé, a jiné údaje ovlivňující finanční situaci zdravotní pojišťovny,
- c) informaci o stavu přerozdělování odvodů,
- d) informaci o očekávané hospodářské a finanční situaci v následujícím kalendářním půlroce.

(3) Výroční zpráva obsahuje

- a) účetní závěrku ověřenou auditorem, zprávu o finanční situaci, která obsahuje zejména přehled o přijatých odvodech na pojistné, nedoplatcích na odvodech na pojistné, uhrazených i neuhrazených závazcích ve vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb, přijatých úvěrech a údaje o jejich splatnosti v členění na krátkodobé a dlouhodobé, a jiné údaje ovlivňující finanční situaci zdravotní pojišťovny,
- b) návrh na rozdělení zisku nebo vypořádání ztráty,
- c) informaci o očekávané hospodářské a finanční situaci v následujícím kalendářním roce,
- d) zprávu o výsledcích kontrolní činnosti.

(4) Pokud není ve lhůtě na předložení výroční zprávy účetní závěrka ověřená auditorem, zdravotní pojišťovna je předložit ministerstvu zdravotnictví, ministerstvu financí a Úřadu zprávu auditora bez zbytečného odkladu po jejím doručení.

(5) Zdravotní pojišťovna je povinna bez zbytečného odkladu oznámit Úřadu každou změnu ve své finanční situaci anebo jiné skutečnosti, které mohou ohrozit její schopnost plnit závazky vyplývající z provozování veřejného zdravotního pojištění.

(6) Zdravotní pojišťovna je povinna předkládat ministerstvu zdravotnictví, ministerstvu financí a Úřadu údaje z účetnictví, statistické evidence a další údaje. Způsob, rozsah a termíny předkládání těchto údajů stanoví Úřad prováděcím právním předpisem.

Díl 4

Další povinnosti zdravotních pojišťoven

§ 31

Spolupráce zdravotních pojišťoven

(1) Všechny zdravotní pojišťovny působící v souladu s tímto zákonem na území ČR zajistí do 3 měsíců ode dne účinnosti tohoto zákona zřízení a organizaci Kanceláře zdravotních pojišťoven (dále jen „Kancelář“).

(2) Členství v Kanceláři vzniká nabytím právní moci rozhodnutí Úřadu, kterým byla zdravotní pojišťovně udělena licence. Vznik členství oznámí zdravotní pojišťovna bezodkladně Kanceláři. Členství v Kanceláři zaniká nabytím právní moci rozhodnutí Úřadu, kterým byla zdravotní pojišťovně odňata licence.

(3) Účelem Kanceláře je zejména:

- a) zajištění funkce styčného orgánu na základě přímo závazných nařízení EU a mezinárodních smluv a dalších povinností vyplývajících ze závazků České republiky plynoucích z evropského a mezinárodního práva, rozhodování o odvoláních proti rozhodnutím zdravotních pojišťoven ve sporných případech týkajících se vzniku, zániku a trvání účasti v systému veřejného zdravotního pojištění; na rozhodování Kanceláře podle předchozí věty se použije správní řád,
- b) zajištění dalších činností, potřebných pro provádění právních předpisů o veřejném zdravotním pojištění, na základě usnesení Rady Kanceláře
- c) zajištění dalších společných činností zdravotních pojišťoven souvisejících s provozováním veřejného zdravotního pojištění a vykonáváním dalších činností podle tohoto nebo jiného právního předpisu¹⁾, pokud se na tom zdravotní pojišťovny dohodnou,
- d) zajištění spolufinancování řízení před Rozhodčím soudem podle § 19 odst. 5.

(4) Kancelář spravuje a řídí Rada Kanceláře, jejímiž členy jsou fyzické osoby určené zdravotními pojišťovnami; v čele Rady stojí její předseda volený většinou členů Rady. Při rozhodování o některých otázkách týkajících se závazků České republiky plynoucích z evropského a mezinárodního práva mohou být přizváni pověřeni zástupci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, kteří mají poradní hlas. Kontrolu činnosti a hospodaření Kanceláře zajišťuje dozorčí komise, jejímiž členy jsou předsedové dozorčích rad všech členských zdravotních pojišťoven, případně jimi určené fyzické osoby.

(5) Rada Kanceláře jednou za rok předkládá dozorčí komisi, Úřadu a Ministerstvu zdravotnictví zprávu o své činnosti. Dozorčí komise má právo požadovat všechny informace související s činností Kanceláře.

(6) Náklady na činnost Kanceláře nesou všechny členské zdravotní pojišťovny. Podíl na financování je určen v závislosti na počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven. Kancelář vydává vnitřní předpis, který obsahuje zejména pravidla jejího financování, jakož i pravidla hospodaření a správy, pravidla odměňování členů Rady Kanceláře a dozorčí komise Kanceláře, rozsah dalších společných činností zdravotních pojišťoven souvisejících s provozováním veřejného zdravotního pojištění a vykonáváním dalších činností podle tohoto nebo jiného právního předpisu¹⁾ zajišťovaných Kancelářem a pravidla rozhodování Rady Kanceláře.

(7) Zdravotní pojišťovny, orgány sociálního zabezpečení a Kancelář si vzájemně sdělují všechny informace potřebné pro provádění nařízení EU a mezinárodních smluv. Zdravotní pojišťovny a Kancelář si sdělují všechny informace v rozsahu nutném pro zajištění dalších společných činností.

(8) Na pracovníky Kanceláře se obdobně použijí ustanovení tohoto zákona o mlčenlivosti pracovníků zdravotních pojišťoven.

(9) Způsob splnění povinností podle odstavce 1 až 8 oznámí Rada kanceláře Úřadu a doloží mu znění vnitřního předpisu podle odstavce 6. Nesplní-li zdravotní pojišťovny povinnost podle odstavce 1 až 8, zajistí její splnění Úřad na náklady zdravotních pojišťoven; odstavec 6 věta první se použije obdobně.

(10) Činnost Kanceláře kontroluje Úřad.

(11) Zdravotní pojišťovny společně upraví a uveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup: jednotný způsob a náležitosti vykazování plnění povinností plátců odvodů na veřejné zdravotní pojištění vůči zdravotní pojišťovně podle jiného právního předpisu¹⁾, kterými se rozumí zejména tiskopisy a náležitosti elektronické komunikace pro výkazy plátců odvodů na veřejné zdravotní pojištění, jednotný způsob vykazování poskytnutých zdravotních služeb a jejich cen poskytovateli zdravotních služeb vůči zdravotní pojišťovně.

§ 32

Informační povinnosti zdravotních pojišťoven

(1) Zdravotní pojišťovna zveřejní způsobem umožňujícím dálkový přístup a současně zpřístupní k nahlédnutí ve svém sídle a ve svých provozovnách:

- a) výroční zprávu do 10 dnů ode dne jejího schválení,
- b) informace o své akcionářské struktuře, včetně velikosti podílu každého akcionáře a jejich změnách,
- c) informace o poskytovatelích zdravotních služeb, se kterými je zdravotní pojišťovna v úzkém propojení, včetně jejich změn, a
- d) další informace a listiny, které jsou významné pro informovanost pojištěnců nebo o kterých tak stanoví tento zákon.

(2) Zdravotní pojišťovny si pro účely vzájemné spolupráce mezi sebou vyměňují vybrané informace.

(3) Způsob, formu, rozsah a termíny sdělení informací podle odstavce 1 písm. c) a odstavce 2 stanoví Úřad prováděcím právním předpisem.

Hlava V

Ukončení provozování veřejného zdravotního pojištění

§ 33

Zánik a odejmutí licence

(1) Licence zaniká právní mocí rozhodnutí Úřadu o jejím odejmutí.

(2) Úřad licenci odejme:

- a) nepodá-li zdravotní pojišťovna do 90 dnů ode dne právní moci rozhodnutí o udělení licence návrh na zápis zdravotní pojišťovny do obchodního rejstříku,
- b) nezahájí-li zdravotní pojišťovna do 1 roku ode dne právní moci rozhodnutí o udělení licence svou činnost,
- c) nezíská-li zdravotní pojišťovna do 1 roku ode dne právní moci rozhodnutí o udělení licence alespoň 50.000 pojištěnců,
- d) nezíská-li zdravotní pojišťovna do 2 let ode dne právní moci rozhodnutí o udělení licence alespoň 100.000 pojištěnců

- e) trvají-li i po skončení uložené nucené správy závažné nedostatky v činnosti nebo v hospodaření zdravotní pojišťovny,
- f) je-li zdravotní pojišťovna nečinná v provedení nápravných opatření nebo porušuje-li zdravotní pojišťovna opakovaně požadavky na dostupnost podle jiného právního předpisu¹⁾,
- g) je-li zdravotní pojišťovna v úpadku podle jiného právního předpisu³⁾ a uložená opatření nevedou k jeho překonání.

(3) Úřad může licenci odejmout:

- a) na žádost zdravotní pojišťovny; součástí žádosti je také návrh na přechod pojištěnců k jiné zdravotní pojišťovně,
- b) nemá-li zdravotní pojišťovna po dobu více než 24 měsíců registrovaných alespoň 100.000 pojištěnců, toto ustanovení se nevztahuje na prvních 24 měsíců ode dne právní moci rozhodnutí o udělení licence,
- c) byla-li licence vydána na základě nepravdivých údajů nebo nesplňuje-li zdravotní pojišťovna podmínky pro vydání licence,
- d) přetrvávají-li i po předchozích upozorněních a provedení nápravných opatření v činnosti nebo v hospodaření zdravotní pojišťovny závažné nedostatky, které ohrožují řádný provoz veřejného zdravotního pojištění a oprávněné zájmy pojištěnců,
- e) v případě nečinnosti, opakovaného závažného porušení povinnosti, nedostatečného nebo opožděného provedení nápravných opatření,
- f) na návrh Ministerstva financí, v případě, že zdravotní pojišťovna ani po opakované výzvě neplní řádně povinnosti při výběru odvodů na veřejné zdravotní pojištění,
- g) nesplní-li zdravotní pojišťovna ani po opakované výzvě povinnosti vyplývající z přerozdělování,
- h) v případě, že zdravotní pojišťovna ani po opakované výzvě neplní povinnosti vyplývající z přímo použitelných předpisů evropského práva upravujících veřejné zdravotní pojištění nebo zdravotní pojišťovny,
- i) v případě, že se zdravotní pojišťovna ani po opakované výzvě neúčastní činností a financování Kanceláře,

(4) Současně s licencí rozhodne o přechodu pojištěnců.

(5) Rozhodnutí podle odstavce 1 až 4 Úřad zveřejní v obchodním věstníku.

Likvidace a úpadek zdravotní pojišťovny

§ 34

Obecná ustanovení

- (1) Zdravotní pojišťovna může být zrušena s likvidací nebo bez likvidace; zrušena s likvidací může být pouze zdravotní pojišťovna, které byla pravomocně odejmuta licence.
- (2) Zdravotní pojišťovna se bez likvidace zrušuje sloučením s jinou zdravotní pojišťovnou.
- (3) Byla-li zdravotní pojišťovně odejmuta licence a nedojde-li k postupu podle odstavce 2, zrušuje se zdravotní pojišťovna s likvidací.
- (4) Na likvidaci se použijí ustanovení jiného právního předpisu upravující likvidaci obchodních společností⁹⁾, nestanoví-li tento zákon jinak.
- (5) Insolvenčním správcem zdravotní pojišťovny může být jmenován pouze ten, kdo je podle jiného právního předpisu¹¹⁾ oprávněn vykonávat funkci insolvenčního správce finanční instituce.

§ 35

Likvidátor

- (1) Likvidátora jmenuje Úřad a může jím být pouze fyzická osoba; § 43 odst. 5 platí obdobně.
- (2) Likvidátorem se nemůže stát ten, kdo měl ke zdravotní pojišťovně vztah, který by mohl narušit řádný a nezávislý výkon funkce likvidátora.
- (3) Zprávu o naložení s majetkem zdravotní pojišťovny předkládá likvidátor ke schválení Úřadu. O předpokládaném rozdělení likvidačního zůstatku nebo použití prostředků z výtěžku z prodeje majetku k uspokojení věřitelů anebo převzetí majetku věřiteli k úhradě jejich pohledávek vypracuje likvidátor zprávu a

¹¹⁾ Zákon č. 312/2006 Sb., o insolvenčních správcích, ve znění pozdějších předpisů

předloží ji ke schválení Úřadu. Likvidátor předloží bez zbytečného odkladu Úřadu také účetní závěrku a účetní výkazy vypracované v rámci likvidace a průběžně předkládá Úřadu všechny listiny a doklady o úkonech, které směřují k likvidaci.

(4) Likvidační zůstatek se rozdělí mezi pojištěnce a akcionáře zdravotní pojišťovny tak, že alespoň 85% likvidačního zůstatku se převede pojištěncům registrovaným ve zdravotní pojišťovně ke dni likvidace zdravotní pojišťovny na jejich spořicí osobní zdravotní účty.

ČÁST DRUHÁ

Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a zdravotní péčí

§ 36

(1) Pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, Kanceláří a dalšími subjekty v oblasti veřejného zdravotního pojištění se zřizuje Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami.

(2) Sídlem Úřadu je Praha.

§ 37

Působnost Úřadu

(1) Předmětem činnosti Úřadu je:

- a) regulace a dohled nad dodržováním povinností podle tohoto zákona, dalších právních předpisů upravujících postavení a činnosti zdravotních pojišťoven a zákona o veřejném zdravotním pojištění¹⁾,
- b) podpora hospodářské soutěže v oblasti veřejného zdravotního pojištění,
- c) vedení centrálního registru pojištěnců podle jiného právního předpisu¹⁾,
- d) správa zvláštního účtu pro přerozdělování a výpočet pojistného podle jiného právního předpisu¹⁾,
- e) zřízení rozhodčího soudu
- f) dohled nad poskytováním zdravotní péče podle jiného právního předpisu.

(2) Dohled podle odstavce 1 zahrnuje zejména

- a) rozhodování o žádostech o udělení licencí a předchozích souhlasů podle tohoto zákona,
- b) kontrolu dodržování podmínek stanovených udělenými licencemi,
- c) kontrolu dodržování právních předpisů upravujících postavení a činnost zdravotních pojišťoven a veřejné zdravotní pojištění, ledaže tato působnost Úřadu nenáleží,
- d) kontrolu vztahů a chování zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotní služeb a dalších subjektů působících na trhu zajišťování věcných dávek v rámci veřejného zdravotního pojištění, kteří se účastní hospodářské soutěže nebo ji mohou svou činností ovlivňovat (dále jen „účastníci trhu“).
- e) získávání informací potřebných pro výkon dohledu a jejich vymáhání, ověřování jejich pravdivosti, úplnosti a aktuálnosti,
- f) ukládání opatření k nápravě a sankcí podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů,
- g) řízení o správních deliktech a přestupcích,
- h) rozhodování o právech a povinnostech dotčených fyzických a právnických osob.

(3) Podpora hospodářské soutěže v oblasti veřejného zdravotního pojištění podle odst. 1 zahrnuje:

- a) provádění analýz a stanovování relevantních trhů v oblasti veřejného zdravotního pojištění a spolupráci s Úřadem na ochranu hospodářské soutěže podle § 62,
- b) provádění analýz cen zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění,
- c) regulaci cen zdravotních služeb podle jiných právních předpisů¹²⁾.

§ 38

Dohled nad hospodařením zdravotních pojišťoven

(1) Úřad průběžně sleduje plnění povinností podle tohoto zákona zejména s cílem včasného odhalení nedostatků a prevence nežádoucích situací.

(2) Zdravotní pojišťovny předkládají Úřadu způsobem, formou, v rozsahu a v termínech stanovených prováděcím předpisem Úřadu:

¹²⁾ Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších právních předpisů

- a) informace o své akcionářské struktuře, včetně velikosti podílu každého akcionáře,
- b) zprávu o solventnosti a stavu rezervy na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace; klesne-li míra solventnosti nebo rezervy na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace pod zákonný limit, předloží zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu zprávu o důvodech poklesu, použití prostředků rezervy, popis a harmonogram implementace nápravných opatření a o způsobu doplnění rezervy,
- c) zprávu o tvorbě a použití rezerv zdravotní pojišťovny a umístění aktiv na krytí rezerv podle § 29,
- d) zprávu o plnění limitu provozní spotřeby a limitu nákladů na motivační program,
- e) výroční zprávu podle jiného právního předpisu¹⁰⁾,
- f) zprávu o použití prostředků získaných z úvěrové smlouvy, o důvodech jejich použití a splácení,
- g) zdravotně-pojistný plán pro další účetní období, včetně výhledu pro dvě následující účetní období,
- h) obchodní plán zdravotní pojišťovny pro další účetní období, včetně výhledu pro dvě následující účetní období,
- i) další informace a údaje z účetnictví související s výkonem dohledu.

§ 3911

Dohled nad plněním nároků pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění

- (1) Úřad průběžně sleduje zajištění plnění zákonných nároků pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojišťovnou.
- (2) Zdravotní pojišťovna předkládá Úřadu způsobem, formou, v rozsahu a v termínech stanovených prováděcím předpisem Úřadu:
 - a) zdravotně-pojistný plán pro další účetní období, včetně výhledu pro dvě následující účetní období,
 - b) zprávu o rozmístění smluvních poskytovatelů, zhodnocení plnění místní dostupnosti; neplní-li zdravotní pojišťovna požadavky na místní dostupnost, nebo je naplňuje prostřednictvím smlouvy s jinou zdravotní pojišťovnou, uvede ve zprávě také důvody pro tuto skutečnost, její předpokládané trvání, opatření, která v tomto směru přijala nebo přijme, a jejich plnění,
 - c) zprávu o plnění časové dostupnosti, vedení transparentních objednacích seznamů a jejich délce, zařazování a vyřazování pojištěnců ze seznamů,
 - d) vzorové přihlášky a vzorové smlouvy,
 - e) další informace a údaje o plnění nároků pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění související s výkonem dohledu.

§ 40

Dohled nad vybíráním odvodů na veřejné zdravotní pojištění zdravotními pojišťovnami

- (1) Kontrolu vybírání odvodů na veřejné zdravotní pojištění zdravotními pojišťovnami provádí Ministerstvo financí ČR.
- (2) V rámci kontroly vybírání odvodů na veřejné zdravotní pojištění Ministerstvo financí sleduje zejména:
 - a) řádný a včasný výběr a vymáhání odvodů na veřejné zdravotní pojištění zdravotní pojišťovnou, včetně penále a pokut,
 - b) řádnou evidenci a správu pohledávek vůči plátcům odvodů na veřejné zdravotní pojištění,
 - c) způsob a frekvenci kontroly plátců odvodů na veřejné zdravotní pojištění zdravotní pojišťovnou a
 - d) způsob a frekvenci kontroly plnění dalších povinností plátců odvodů na veřejné zdravotní pojištění vyplývajících z tohoto zákona nebo jiného právního předpisu¹⁾.
- (3) Ministerstvo financí stanoví prováděcím předpisem pravidla pro výběr a vymáhání odvodů na veřejné zdravotní pojištění a kontrolu plátců zdravotní pojišťovnou.
- (4) Zdravotní pojišťovny předkládají Ministerstvu financí ČR informace o vybírání odvodů na veřejné zdravotní pojištění způsobem, formou, v rozsahu a v termínech stanovených prováděcím předpisem Ministerstva financí ČR.

§ 41

Oprávnění Úřadu

- (1) Úřad je oprávněn:
 - a) vyžadovat informace nebo podklady od osoby, která podléhá jeho dohledu,

- b) vyžadovat informace nebo podklady i od jiné osoby, je-li to nutné k šetření skutečnosti, nasvědčující porušení povinnosti, týkající se jeho dohledu,
- c) vyžadovat informace nebo podklady od osoby, která podléhá jeho dohledu, i od jiné osoby, je-li to nutné k výkonu dalších povinností v rámci působnosti Úřadu,
- d) vyžadovat objasnění skutečností i od jiné osoby, je-li splněna podmínka podle písmene b); ustanovení jiného právního předpisu upravujícího správní řízení o předvolání, předvedení a výslechu svědka platí obdobně,
- e) vyžadovat předložení záznamů, zpráv nebo s nimi spojených údajů přenášených prostřednictvím sítě elektronických komunikací od osoby, která podléhá jejímu dohledu a která je oprávněně poříďila,
- f) za splnění podmínky podle písmena b) vyžadovat poskytnutí provozních a lokalizačních údajů od osoby zajišťující veřejnou komunikační síť nebo poskytující veřejně dostupnou službu elektronických komunikací¹³⁾,
- g) provést kontrolu na místě podle jiného právního předpisu¹³⁾ u osoby, která podléhá jejímu dohledu.

(2) Osoba podléhající dohledu Úřadu je povinna v souvislosti s výkonem kontroly na místě poskytnout Úřadu potřebnou součinnost, zejména na žádost neprodleně umožnit vstup do svých prostor. Osoba podléhající dohledu Úřadu nesmí přijmout žádná opatření, která by narušovala nebo omezovala účinný výkon dohledu Úřadu. Osoba, od které je Úřad oprávněn vyžadovat informace nebo podklady nebo záznamy a údaje podle odstavce 1, je povinna poskytnout tyto informace nebo podklady nebo záznamy a údaje bez zbytečného odkladu, nestanoví-li Úřad lhůtu delší.

(3) Pokud hrozí nebezpečí z prodlení, může Úřad ve vztahu k osobám podléhajícím jeho dohledu zahájit kontrolu na místě i tím, že při oznámení o zahájení kontroly současně provede první úkon kontroly; řízení lze zahájit i doručením rozhodnutí Úřadu o předběžném opatření.

(4) Osoby, u kterých je důvodné podezření, že bez příslušné licence nebo souhlasu Úřadu provádějí činnost, ke které je třeba takového licence nebo souhlasu, je Úřad oprávněn kontrolovat v rozsahu, který je potřebný ke zjištění skutkového stavu týkajícího se takové činnosti, a kontrolovaná osoba je povinna poskytnout součinnost.

§ 42

Opatření k nápravě a pokuty

(1) Došlo-li k porušení tohoto zákona nebo jiného právního předpisu¹⁾ nebo hrozí-li jeho bezprostřední porušení, je Úřad oprávněn podle povahy porušení uložit tato opatření k nápravě a pokuty:

- a) nařídit okamžité zastavení výkonu příslušné činnosti,
- b) vyžadovat, aby zdravotní pojišťovna připravila plán opatření k odstranění nedostatků nebo aby ve stanovené lhůtě zjednala nápravu,
- c) nařídit vypracování, předložení Úřadu ke schválení a realizaci ozdravného plánu
- d) nařídit mimořádný audit,
- e) nařídit pozastavení registrace nových pojištěnců,
- f) nařídit pozastavení uzavírání smluv s poskytovateli,
- g) nařídit snížení základního kapitálu zdravotní pojišťovny za účelem úhrady ztráty po jejím zúčtování s rezervními a dalšími fondy,
- h) nařídit přednostně použít zisk po zdanění k úhradě neuhrazené ztráty z minulých let, doplnění rezervního fondu, zvýšení základního kapitálu, tvorbě rezervy na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace nebo ke krytí nákladů na provozní činnost,
- i) požadovat zvýšení základního kapitálu v případě závažných nedostatků v hospodaření a míře solventnosti zdravotní pojišťovny,
- j) uložit zdravotní pojišťovně pokutu podle závažnosti porušení nebo zjištěných nedostatků nejvýše do 1 % obrátu zdravotní pojišťovny
- k) nařídit přechod pojištěnců na jinou, Úřadem určenou, zdravotní pojišťovnu v případě, že by mohlo dojít k ohrožení zajišťování zákonných plnění pojištěncům v rámci systému veřejného zdravotního pojištění nebo případně plnění dalších povinností vůči pojištěncům v důsledku závažných nedostatků v hospodaření; přebírající zdravotní pojišťovna je povinna pojištěnce převzít,
- l) zavést nucenou správu,

¹³⁾ Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů

m) odejmout platnou licenci stanoví-li tak tento zákon.

(2) Správní řízení, v němž se ukládají opatření k nápravě, lze zahájit do 1 roku ode dne, kdy se Úřad dozvěděl o skutečnostech rozhodných pro jejich uložení, nejpozději však do 5 let ode dne, kdy naposledy došlo k porušení povinnosti nebo jeho bezprostřední hrozbě, za které se opatření k nápravě ukládají.

§ 43

Ozdravný plán

Úřad nařídí vypracování, předložení ke schválení a realizaci ozdravného plánu, jestliže zdravotní pojišťovna:

- a) vykazuje závažné nedostatky v hospodaření zdravotní pojišťovny nebo zajišťování zákonných plnění pojištěncům v rámci systému veřejného zdravotního pojištění případně dalších povinností vůči pojištěncům,
- b) neplní požadavky na hospodaření stanovené tímto zákonem a vzniklá situace může ohrozit splnitelnost povinností souvisejících s provozováním veřejného zdravotního pojištění a plněním dalších činností podle tohoto zákona nebo jiného právního předpisu¹⁾,
- c) neplní požadavky na solventnost, avšak plní alespoň požadavky na rezervu na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace,
- d) vykazuje ztráty, jejichž výše by při úhradě těchto ztrát z disponibilních prostředků zdravotní pojišťovny vedla ke snížení základního kapitálu pod minimální hranici.

Nucená správa

§ 44

(1) Úřad může zavést nucenou správu, pokud nedostatky v činnosti zdravotní pojišťovny ohrožují plnění nároků pojištěnců nebo hospodaření a finanční stabilitu zdravotní pojišťovny anebo dostupnost věcných dávek a akcionáři zdravotní pojišťovny neučinili potřebné kroky k odstranění těchto nedostatků, zejména neplní-li zdravotní pojišťovna opatření uložená Úřadem nebo je závažně ohrožena splnitelnost povinností zdravotní pojišťovny souvisejících s provozováním veřejného zdravotního pojištění nebo je zdravotní pojišťovna v úpadku podle jiného právního předpisu³⁾.

(2) Rozhodnutí, kterým se zavádí nucená správa, obsahuje:

- a) důvody pro zavedení nucené správy,
- b) jméno, příjmení a rodné číslo správce a jméno, příjmení a rodné číslo zástupce správce,
- c) případné omezení nebo zákaz registrace pojištěnců.

(3) Náklady spojené s výkonem nucené správy jsou placeny z majetku zdravotní pojišťovny a jsou jejím nákladem na dosažení, udržení a zajištění příjmů pro účely daně z příjmů právnických osob podle jiného právního předpisu.¹⁴⁾

(4) Vyžaduje-li zákon, aby rozhodnutí valné hromady bylo osvědčeno notářským zápisem, musí mít rozhodnutí správce v takové věci formu notářského zápisu.

(5) Podání opravného prostředku proti rozhodnutí Úřadu, kterým se zavádí nucená správa ve zdravotní pojišťovně, nemá odkladný účinek.

§ 45

(1) Správce jmenuje a odvolává Úřad. Správce je zaměstnancem Úřadu a musí splňovat požadavky tohoto zákona na likvidátora; § 53 odst. 3 se nepoužije.

(2) Správce je oprávněn přibírat k výkonu nucené správy ve zdravotní pojišťovně další osoby s výjimkou osob, které mají zvláštní vztah k zdravotní pojišťovně; § 20 se použije přiměřeně. K výkonu nucené správy nesmí být přibrány osoby, které jsou dlužníkem zdravotní pojišťovny nebo které jsou v zaměstnaneckém poměru k jiné zdravotní pojišťovně. Správce a přibrané osoby jsou povinny zachovávat o všech věcech, o kterých se dozví v souvislosti s nucenou správou mlčenlivost.

(3) Zástupce správce zastupuje správce v případě jeho nepřítomnosti v plném rozsahu. Ustanovení tohoto zákona upravující postavení správce platí obdobně i pro zástupce správce.

§ 46

¹⁴⁾ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů

- (1) Okamžikem doručení písemného vyhotovení rozhodnutí o zavedení nucené správy se pozastavuje výkon funkce všech orgánů zdravotní pojišťovny nebo členů těchto orgánů, kromě možnosti podání opravných prostředků proti zavedení nucené správy. Okamžikem doručení je toto rozhodnutí účinné vůči každému.
- (2) Správce má postavení statutárního orgánu a o věcech v působnosti valné hromady rozhoduje s předchozím souhlasem Úřadu správce.
- (3) Zjistí-li správce úpadek zdravotní pojišťovny, oznámí tuto skutečnost neprodleně Úřadu a poskytne mu podklady osvědčující tuto skutečnost.

§ 47

- (1) Nucená správa se zapisuje do obchodního rejstříku.
- (2) Návrhy na zápisy týkající se nucené správy podává Úřad.
- (3) Rejstříkový soud запиše do obchodního rejstříku na návrh Úřadu zavedení nucené správy, skončení nucené správy a dále jmenování a odvolání správce.

§ 48

- (1) Nucená správa končí
 - a) doručením rozhodnutí Úřadu o ukončení nucené správy,
 - b) jmenováním likvidátora,
 - c) rozhodnutím insolvenčního soudu o tom, že je zdravotní pojišťovna v úpadku, nebo
 - d) uplynutím 24 měsíců od zavedení nucené správy.
- (2) Úřad bez zbytečného odkladu po splnění odstavce 1 písm. b) až d) vyrozumí zdravotní pojišťovnu o ukončení nucené správy.
- (3) Nucená správa nekončí odejmutím licence.

§ 49

Řízení před Úřadem a předběžná opatření

- (1) V řízení ve věcech upravených tímto zákonem se postupuje podle správního řádu¹⁵⁾, pokud jednotlivá ustanovení tohoto zákona nebo jiných právních předpisů nestanoví jinak.
- (2) Kromě případů, kdy lze uložit předběžné opatření podle správního řádu, je Úřad oprávněn při výkonu dohledu uložit předběžné opatření také tehdy, je-li to třeba k zajištění ochrany práv a právem chráněných zájmů osob, které nejsou účastníky správního řízení, nebo jestliže by byl výkon konečného rozhodnutí zmařen či vážně ohrožen.
- (3) Rozhodnutí o předběžném opatření musí obsahovat též poučení o tom, kdy a za jakých podmínek předběžné opatření zaniká. Podá-li Úřad u soudu návrh podle odstavce 2, zašle o tom tentýž den vyrozumění dotčeným účastníkům.
- (4) Pokud hrozí nebezpečí z prodlení nebo neodstranitelný zásah do práv jiných osob, lze řízení, v němž Úřad ukládá opatření k nápravě podle tohoto zákona, zahájit i doručením rozhodnutí Úřadu o předběžném opatření podle tohoto zákona.
- (5) Při ukládání opatření k nápravě podle tohoto zákona vychází Úřad zejména z povahy, závažnosti, způsobu, doby trvání a následků protiprávního jednání. Při rozhodování o výběru opatření k nápravě podle tohoto zákona je Úřad povinen přihlížet také k povaze podnikatelské a jiné výdělečné činnosti, kterou vykonává osoba, jíž se opatření k nápravě ukládá.

§ 50

Předseda Úřadu

- (1) Úřad řídí jeho předseda.
- (2) Funkční období předsedy je 5 let a jedna osoba může být předsedou nejvýše 2 funkční období.
- (3) Předseda Úřadu může být prezidentem odvolán před uplynutím doby, na kterou byl jmenován, pouze v případě nemoci trvale znemožňující vykonávání jeho úkolů, hrubého porušení jeho povinností, vzdá-li se funkce nebo přestane-li splňovat požadavky tohoto zákona pro výkon funkce předsedy.

¹⁵⁾ Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších právních předpisů

(4) Předsedu zastupují 2 místopředsedové, které jmenuje a odvolává předseda, přičemž určí pořadí jejich zastupování. Místopředsedové dále plní úkoly podle rozhodnutí předsedy. Místopředseda má nárok na plat, náhradu výdajů, naturální plnění, a nezůstane-li zaměstnancem Úřadu, i na odchodné jako viceprezident Nejvyššího kontrolního Úřadu.

(5) Předseda Úřadu má nárok na plat, náhradu výdajů, naturální plnění, a nezůstane-li zaměstnancem Úřadu, i na odchodné jako prezident Nejvyššího kontrolního Úřadu.

§ 51

Výkon funkce

(1) Předsedou a místopředsedou může být jmenován pouze ten:

a) kdo nebyl v posledních 10 letech přede dnem jmenování pravomocně odsouzen pro trestný čin proti majetku, pro trestný čin hospodářský nebo pro jiný úmyslný trestný čin související s výkonem dohledu podle tohoto zákona nebo jehož odsouzení pro tyto trestné činy bylo zahazeno nebo se na něj z jiného důvodu hledí, jako by nebyl odsouzen (podmínka bezúhonnosti),

b) kdo splňuje podmínky pro výkon funkce statutárního orgánu nebo jiného orgánu právnické osoby podle obchodního zákoníku a

c) dosáhl magisterského stupně vzdělání a vykazuje odborné zkušenosti.

(2) S funkcí předsedy a místopředsedy je neslučitelná funkce poslance nebo senátora a členství v politické straně a v politickém hnutí.

(3) Předseda, místopředseda a ostatní zaměstnanci Úřadu nesmějí být poskytovatelem zdravotních služeb, členy volených orgánů zdravotních pojišťoven nebo právnických osob zřízených nebo využívaných zdravotními pojišťovnami anebo poskytovatelů zdravotních služeb. Předseda a místopředsedové nesmí provozovat výdělečnou činnost, s výjimkou činnosti vědecké, pedagogické, literární, publicistické a umělecké, pokud tato činnost nenarušuje důstojnost výkonu funkce nebo neohrožuje důvěru v nezávislost a nestrannost Úřadu

§ 52

Informační povinnosti

(1) Úřad každoročně předkládá Poslanecké sněmovně zprávu o své činnosti (dále jen „zpráva o činnosti“) a zprávu o stavu a vývoji systému veřejného zdravotního pojištění a hospodaření zdravotních pojišťoven.

(2) Zprávu o činnosti předkládá Poslanecké sněmovně předseda, který je v tomto případě oprávněn účastnit se schůze Poslanecké sněmovny.

(3) Poslanecká sněmovna zprávu o činnosti vezme na vědomí; v případě potřeby si může vyžádat její doplnění.

(4) Úřad vydává Věstník. Věstník se vydává v listinné podobě a současně způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(5) Úřad uveřejní ve Věstníku svá rozhodnutí týkající se vydání licence, vztahující se k předchozím souhlasům Úřadu, vztahující se k udělení nápravného opatření nebo sankcí a nucené správě, zprávy podle odstavce 1 a další informace, jejichž uveřejnění uzná za vhodné a potřebné.

(6) Úřad dvakrát za rok informuje o stavu a vývoji systému veřejného zdravotního pojištění a činnosti a hospodaření zdravotních pojišťoven vládu ČR; odstavce 2 a 5 se použijí obdobně.

(7) Úřad vede a zveřejňuje na úřední desce a způsobem umožňujícím dálkový přístup seznam zdravotních pojišťoven s platnou licencí, s vyznačením zdravotních pojišťoven, které jsou v nucené správě, a seznam zdravotních pojišťoven v likvidaci.

§ 53

Podpora hospodářské soutěže

(1) Úřad provádí nejméně jednou za 5 let analýzu relevantních trhů za účelem zjištění, zda na těchto trzích nedochází k vyloučení, omezení, narušení nebo ohrožení hospodářské soutěže. Úřad zkoumá:

a) vztahy a chování zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotní služeb a dalších subjektů působících na trhu zajišťování věcných dávek v rámci veřejného zdravotního pojištění, kteří se účastní hospodářské soutěže nebo ji mohou svou činností ovlivňovat,

b) sjednávání a uzavírání smluv o poskytování a úhradě věcných dávek v rámci veřejného zdravotního pojištění mezi účastníky trhu,

c) strukturu na trhu zajišťování věcných dávek v rámci veřejného zdravotního pojištění, zejména vertikální a horizontální dohody mezi účastníky a spojování účastníků trhu.

(2) Zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotní služeb a další subjekty působící na trhu zajišťování věcných dávek v rámci veřejného zdravotního pojištění, kteří se účastní hospodářské soutěže nebo ji mohou svou činností ovlivňovat, jsou povinny poskytnout Úřadu na jeho žádost a v jím stanovené přiměřené lhůtě, formě a rozsahu úplné a pravdivé informace, údaje a podklady, včetně osobních údajů, skutečností, které jsou předmětem obchodního tajemství, nebo skutečnosti, které jsou předmětem ochrany podle jiného právního předpisu^{15a)}, pokud je Úřad potřebuje pro výkon svého předmětu činnosti.

(3) Úřad je oprávněn provést kontrolu informací, údajů a podkladů předložených podle odstavce 2.

(4) Informace, podklady a údaje předané povinnou osobou podle odstavce 2 je Úřad povinen chránit před zneužitím.

(5) Úřad uveřejní výsledky analýzy po konzultaci s Úřadem na ochranu hospodářské soutěže, včetně jeho stanoviska, ve Věstníku a způsobem umožňujícím dálkový přístup. Pokud Úřad pro ochranu hospodářské soutěže nezaujme k analýze relevantních trhů stanovisko do 1 měsíce ode dne doručení návrhu analýzy (1) Úřadu, má se za to, že k tomuto návrhu nemá výhrady.

(6) V případě zjištění, že na některém trhu dochází k vyloučení, omezení, narušení nebo ohrožení hospodářské soutěže, Úřad v rámci analýzy relevantních trhů uvede návrh nápravných opatření.

(7) Úřad a Úřad pro ochranu hospodářské soutěže si vzájemně poskytují podněty a informace. Při předávání informací je příjemce povinen zajistit stejnou úroveň důvěrnosti jako předávající.

(8) Úřad a Úřad pro ochranu hospodářské soutěže vzájemně spolupracují při plnění úkolů, zejména v oblasti stanovování relevantních trhů a dominantního postavení soutěžitelů a vyžadují navzájem stanoviska k připravovaným rozhodnutím a analýzám týkajících se hospodářské soutěže na trhu zajišťování věcných dávek v rámci veřejného zdravotního pojištění.

§ 54

Příspěvek na činnost Úřadu

(1) Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit na účet Úřadu příspěvek na jeho činnost, a to nejpozději do 20. října kalendářního roku na následující kalendářní rok.

(2) Výše příspěvku je rovna 0,25% z pojistného, na které má zdravotní pojišťovna nárok po přerozdělení pojistného za kalendářní rok předcházející roku, ve kterém je splatný příspěvek.

(3) Pokud zdravotní pojišťovna neuhradí příspěvek dle odst. 1 řádně a včas, je povinna uhradit i úrok z prodlení ve výši 0,01 % z nezaplacené části příspěvku na činnost Úřadu za každý den prodlení.

(4) Příspěvek na činnost Úřadu není příjmem státního rozpočtu podle jiného právního předpisu. Jde o mimorozpočtové zdroje, s nimiž Úřad hospodaří jako s příjmy získanými hospodářskou činností.

Správní delikty

§ 5512

Přestupky

(1) Fyzická osoba se dopustí přestupku tím, že

- a) poruší povinnosti stanovené v § 3 nebo v souvislosti s jejich plněním uvedené nepravdivé nebo zavádějící informace,
- b) jako žadatel o udělení licence, změnu oblasti působnosti nebo změnu specifických podmínek uvede nepravdivé nebo zavádějící informace,
- c) poruší povinnosti stanovené § 20, § 21 a § 22,
- d) poruší pravidla tohoto zákona o vedení účetnictví a hospodaření zdravotních pojišťoven,
- e) poruší pravidla pro zajišťování zákonných plnění pojištěncům v rámci systému veřejného zdravotního pojištění případně dalších závazků vůči pojištěncům podle jiného právního předpisu¹⁾,
- f) řádně a včas nenaloží s kladným výsledkem hospodaření podle § 32,
- g) poruší informační povinnost podle § 41,
- h) nepředloží požadované informace, údaje a podklady podle § 50 a § 62.

^{15a)}

Zákon č. 148/1998 Sb., o ochraně utajovaných skutečností a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

(2) Za přešůpek podle odstavce 1 písm. a) a b) lze uložit pokutu do 1 000 000 Kč a za přešůpek podle odstavce 1 písm. c) až g) lze uložit pokutu do 5 000 000 Kč.

§ 56

Správní delikty právníckých a podnikajících fyzických osob

(1) Právnícká nebo podnikající fyzická osoba se dopustí správního deliktu tím, že

- a) poruší povinnosti stanovené v § 3 nebo v souvislosti s jejich plněním uvedené nepravdivé nebo zavádějící informace,
- b) jako žadatel o udělení licence nebo změnu oblasti působnosti nebo změnu specifických podmínek uvede nepravdivé nebo zavádějící informace,
- c) poruší povinnosti stanovené § 20, § 21 a § 22,
- d) poruší pravidla tohoto zákona o vedení účetnictví a hospodaření zdravotních pojišťoven,
- e) poruší pravidla pro zajišťování zákonných plnění pojištěncům v rámci systému veřejného zdravotního pojištění případně dalších závazků vůči pojištěncům podle jiného právního předpisu¹⁾,
- f) řádně a včas nenaloží s kladným výsledkem hospodaření podle § 32,
- g) poruší informační povinnost podle § 41,
- h) nepředloží požadované zprávy, informace, údaje a podklady podle § 47 až § 50 a § 62.

(2) Za správní delikt podle odstavce 1 písm. a) a b) lze uložit pokutu do 15 000 000 Kč a za správní delikt podle odstavce 1 písm. c) až h) lze uložit pokutu do 50 000 000 Kč.

§ 57

Společná ustanovení ke správním deliktům

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

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

(3) Odpovědnost právnícké osoby za správní delikt zaniká, jestliže správní orgán o něm nezahlál řízení do 1 roku ode dne, kdy se o něm dozvěděl, nejpozději však do 5 let ode dne, kdy byl spáchán.

(4) Na odpovědnost za jednání, k němuž došlo při podnikání fyzické osoby¹⁶⁾ nebo v přímé souvislosti s ním, se vztahují ustanovení zákona o odpovědnosti a postihu právnícké osoby.

(5) Pokuty ukládá, vybírá a vymáhá Úřad. Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.

ČÁST TŘETÍ

Zajišťovací fond

§ 58

(1) Tímto zákonem se zřizuje Zajišťovací fond (dále jen "Fond"), který je právníckou osobou. Fond se zapisuje do obchodního rejstříku. Fond není státním fondem ve smyslu jiného právního předpisu¹⁷⁾.

(2) Do Fondu přispívají v rozsahu stanoveném tímto zákonem všechny zdravotní pojišťovny.

(3) Zdrojem Fondu jsou příspěvky od zdravotních pojišťoven, výnosy z investování peněžních prostředků, peněžní prostředky, které si Fond obstaral podle § 72 a návratné finanční výpomoci.

(4) Čerpat z Fondu lze jen na náhrady za pohledávky oprávněným osobám, poskytované za podmínek stanovených tímto zákonem, a na splátky dluhů.

§ 59

(1) Fond je řízen pětičlennou správní radou.

(2) Předsedu, místopředsedu a ostatní členy správní rady Fondu jmenuje a odvolává ministr zdravotnictví.

¹⁶⁾ § 2 odst. 2 Obchodního zákoníku

¹⁷⁾ Zákon ČNR č. 576/1990 Sb., o pravidlech hospodaření s rozpočtovými prostředky České republiky a obcí v České republice (rozpočtová pravidla republiky), ve znění pozdějších právních předpisů

(3) Členové správní rady Fondu jsou jmenováni na období pěti let, a to i opakovaně. Za výkon funkce člena správní rady Fondu náleží odměna. Výši odměny navrhne správní rada Fondu a schvaluje ji Kancelář zdravotních pojišťoven.

(4) Člen správní rady Fondu vykonává svou funkci s péčí řádného hospodáře. Při porušení této povinnosti člen správní rady odpovídá za škodu, kterou způsobil, v případě úmyslného jednání v plné výši, v případě nedbalosti až do celkové výše 600 000 Kč za jedno funkční období.

(5) Pokud některý z členů správní rady Fondu ukončí členství ve správní radě před uplynutím svého funkčního období, je na jeho místo jmenován nový člen správní rady, jehož funkční období skončí ke stejnému dni, ke kterému by skončilo funkční období jeho předchůdce.

(6) Nejméně jeden člen správní rady je jmenován z řad zaměstnanců Úřadu, a to na návrh Úřadu. Nejméně dva členové správní rady jsou jmenováni z řad členů představenstev zdravotních pojišťoven. Člen správní rady má právo na náhradu nákladů vzniklých mu v souvislosti s výkonem jeho funkce.

(7) Podrobnosti o činnosti a působnosti Fondu upraví statut Fondu, který vydá správní rada po předchozím souhlasu Ministerstva zdravotnictví.

§ 60

(1) Roční příspěvek zdravotní pojišťovny do Fondu činí 0,25% z výnosů z pojistného za předchozí kalendářní rok. Sazba pro výpočet ročního příspěvku zdravotní pojišťovny se případně snižuje tak, aby celková výše zůstatků Fondu k 31. prosinci předchozího kalendářního roku dosahovala nejvýše 1% z výnosů z pojistného všech zdravotních pojišťoven za předchozí rok. Sazbu ročního příspěvku oznámí Úřad zdravotním pojišťovnám do 31. května kalendářního roku.

(2) Příspěvek do Fondu je zdravotní pojišťovna povinna zaplatit za předchozí kalendářní rok nejpozději do 30. června kalendářního roku. O nezaplacení příspěvku informuje Fond neprodleně Úřad.

(3) V případě, že Fondu byl poskytnut úvěr nebo jiná forma návratné finanční výpomoci, zvyšuje se roční příspěvek zdravotní pojišťovny do Fondu od roku následujícího po poskytnutí úvěru nebo jiné formy návratné finanční výpomoci na dvojnásobek procentní sazby uvedené v odstavci 1. V roce následujícím po splacení úvěru nebo jiné formy návratné finanční výpomoci se příspěvek snižuje na procentní sazbu podle odstavce 1.

§ 61

Náhrady za pohledávky oprávněným

(1) Fond slouží k výplatě náhrad za pohledávky oprávněným, které nebyly ke dni skončení likvidace zdravotní pojišťovny zcela uspokojeny.

(2) Oprávněnými dle odstavce 1 jsou

a) zdravotní pojišťovna, která přebrala pojištěnce likvidované zdravotní pojišťovny na základě příkazu Úřadu a dluhy vůči pojištěncům likvidované zdravotní pojišťovny z nevyrovnaných regulačních poplatků a doplatků za léky a zdravotnické prostředky a léčiva pro zvláštní lékařské účely podle jiného právního předpisu¹⁾,

b) zvláštní účet pro přerozdělování, jehož správcem je Úřad, při existenci neuhrazeného dluhu z přerozdělování likvidované zdravotní pojišťovny,

c) poskytovatelé zdravotních služeb, mají-li splatné pohledávky za úhradu zdravotních služeb poskytnutých pojištěncům likvidované zdravotní pojišťovny. Nárok na náhradu za pohledávky za likvidovanou zdravotní pojišťovnou vzniká ve výši 80 % z rozdílu sumy všech pohledávek ke dni vstoupení zdravotní pojišťovny do likvidace a splatných závazků poskytovatele zdravotních služeb vůči likvidované zdravotní pojišťovně ke dni její vstoupení do likvidace a části příslušné pohledávky uspokojené v rámci likvidace zdravotní pojišťovny, za kterou pohledávka vznikla. Nárok na náhradu nesmí být vyšší než součin podílu oprávněné osoby na celkových uplatňovaných pohledávkách oprávněných osob dle tohoto písmene a disponibilního zůstatku Fondu.

(3) Při nedostatku finančních prostředků na úhradu náhrad podle odstavce 2, poskytuje zajišťovací fond náhrady jen oprávněným dle písmene a) a b).

(4) Fond má právo přezkoumat oprávněnost poskytnutí zdravotních služeb, jejichž úhrada je předmětem pohledávky, za níž má poskytnout náhradu dle písmene c). Ostatní zdravotní pojišťovny v těchto případech poskytnou Fondu součinnost. Ustanovení tohoto zákona a jiných právních předpisů o povinné mlčenlivosti zaměstnanců zdravotní pojišťovny se nepoužijí

§ 62

- (1) Náhrada za pohledávku se oprávněné osobě z Fondu poskytne poté, co Fond obdrží písemné oznámení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami o skončení likvidace zdravotní pojišťovny.
- (2) Likvidátor likvidované zdravotní pojišťovny je povinen ve lhůtě stanovené Úřadem poskytnout Fondu veškeré podklady potřebné pro zahájení výplaty náhrad za pohledávky.

§ 63

- (1) Ke dni poskytnutí náhrady za pohledávku oprávněné osobě se snižuje pohledávka oprávněné osoby vůči zdravotní pojišťovně o částku rovnající se poskytnuté náhradě z Fondu.
- (2) Fond se okamžikem podle odstavce 1 stává věřitelem zdravotní pojišťovny ve výši poskytnuté náhrady za pohledávku oprávněné osobě.
- (3) Právo oprávněné osoby na plnění z Fondu se promlčí uplynutím pěti let ode dne skončení likvidace zdravotní pojišťovny.

§ 64

V případě, že prostředky Fondu nepostačují k vyplacení náhrad podle § 69 odst. 2 písm. a) a b), obstará si Fond potřebné peněžní prostředky na trhu. Fond dbá, aby podmínky, za kterých jsou peněžní prostředky Fondu poskytnuty, byly pro něj co nejvýhodnější.

§ 65

Fond může investovat peněžní prostředky pouze bezpečným způsobem v souladu se svým statutem.

ČÁST ČTVRTÁ

Transformace zdravotních pojišťoven

§ 66

- (1) Zdravotní pojišťovny zřízené podle dosavadní právní úpravy (dále jen „stávající zdravotní pojišťovna“) mohou změnit svou právní formu na akciové společnosti postupem podle této části zákona (dále jen „nová zdravotní pojišťovna“). Nestanoví-li tento zákon jinak, použijí se na založení a vznik nové zdravotní pojišťovny ustanovení obchodního zákoníku.
- (2) Okamžikem vzniku nové zdravotní pojišťovny stávající zdravotní pojišťovna zaniká s právním nástupcem a veškerý její majetek, závazky a pojistný kmen přechází na novou zdravotní pojišťovnu coby právního nástupce.
- (3) Stávající pojišťovna, která ve lhůtě do 3 měsíců ode dne účinnosti tohoto zákona nezmění svou právní formu, vstupuje posledním dnem této lhůty do likvidace podle jiného právního předpisu; na zánik a zrušení stávající zdravotní pojišťovny se použijí ustanovení dosavadních právních předpisů.

§ 67

- (1) Stávající zdravotní pojišťovna založí do 30 dnů ode dne účinnosti tohoto zákona akciovou společnost na základě veřejné nabídky akcií a ve stejné lhůtě uveřejní veřejnou nabídku akcií podle § 71 odst. 2.
- (2) Základní kapitál musí být nejméně 500 milionů korun českých a emisní kurz lze splácet pouze peněžitými vklady. Členové orgánů stávajících zdravotních pojišťoven nesmí upisovat akcie nové zdravotní pojišťovny; to platí obdobně pro osoby jim blízké a pro osoby s kterými členové orgánů stávajících zdravotních pojišťoven tvoří koncern.
- (3) Založená akciová společnost musí splňovat požadavky tohoto zákona pro založení zdravotní pojišťovny.

§ 68

- (1) Veřejná nabídka akcií probíhá ve dvou kolech.
- (2) První kolo trvá 14 dní a zájemce o úpis učiní nabídku upsání akcií, který se činí písemně a obsahuje přesnou identifikaci zájemce o úpis, počet, jmenovitou hodnotu, emisní kurs upsaných akcií a uvedení elektronické adresy, na kterou se má zaslat oznámení o zahájení druhého kola.
- (3) Druhé kolo probíhá postupem podle § 72 elektronickou aukcí ve smyslu § 17 odst. 1 písm.c) zákona o zadávání veřejných zakázek a trvá 14 dní; zákon o zadávání veřejných zakázek se nepoužije.
- (4) Zakladatelská smlouva vždy připustí další upisování pro případ překročení navrhované výše základního kapitálu ve smyslu § 163 odst. 2 písm. b) obchodního zákoníku.

(5) Nedosáhne-li se při veřejné nabídce jmenovité hodnoty účinně upsaných akcií výše základního kapitálu podle § 70 odst. 2, upisování je neúčinné. Dodatečné upisování se zakazuje.

§ 69

(1) Zakladatel vyzve v oznámení o zahájení druhého kola všechny zájemce o úpis, kteří učinili nabídku podle odstavce § 71 odst. 2, aby podali nové aukční nabídky úpisů do elektronické aukce. Oznámení se zašle elektronickými prostředky na adresu uvedenou podle § 71 odst. 2.

(2) Oznámení podle odstavce 1 obsahuje veškeré informace nezbytné pro individuální připojení k elektronickým nástrojům použitým pro provedení elektronické aukce, datum a čas zahájení elektronické aukce.

(3) Je-li základním hodnotícím kritériem ekonomická výhodnost nabídky, musí výzva podle odstavce 2 obsahovat též výsledek nabídek prvního kola a matematický vzorec, který se při elektronické aukci použije pro určení automatických změn pořadí na základě podaných nových aukčních nabídek úpisů a který musí zahrnovat všechna dílčí hodnotící kritéria.

(4) Elektronická aukce nesmí být zahájena dříve než 2 pracovní dny po odeslání všech oznámení podle odstavce 1. Výchozím stavem elektronické aukce jsou výsledky prvního kola.

(5) Po celou dobu elektronické aukce je zakladatel povinen zájemci o úpis sdělit informaci o jeho momentálním pořadí nebo o momentálně nejlepších aukčních nabídkách. Zakladatel je oprávněn zájemcům o úpis kdykoli v průběhu elektronické aukce oznámit počet účastníků elektronické aukce.

(6) Zakladatel však nesmí nikdy uveřejnit nebo zpřístupnit třetí osobě totožnost účastníků elektronické aukce v průběhu kterékoli její fáze.

(7) Zakladatel je oprávněn ukončit elektronickou aukci v předem stanovený den a hodinu, jestliže neobdrží žádné nové aukční nabídky úpisů, které by splňovaly požadavky na minimální rozdíly pro jednotlivá podání; pro takový případ uvede zakladatel v oznámení podle odstavce 1 též dobu, která musí uplynout od přijetí posledního podání s novou aukční nabídkou před tím, než elektronickou aukci ukončí.

(8) Způsob ukončení elektronické aukce uvede zakladatel v oznámení podle odstavce 1.

(9) Okamžikem ukončení elektronické aukce platí, že každá nabídka úpisu je upsáním akcií a zájemce, který tyto nabídky úpisů učinil je upisovatelem, ledaže bude úpis podle obchodního zákoníku neúčinný.

§ 70

(1) Zakladatelé požádají Úřad bez zbytečného odkladu po založení nové zdravotní pojišťovny o udělení podmíněné licence. Úřad podmíněnou licenci vydá vždy, bude-li mu prokázáno řádné založení nové zdravotní pojišťovny.

(2) Licence se stává účinnou okamžikem vzniku nové zdravotní pojišťovny.

(3) Ustanovení tohoto zákona o licenci se na postup podle této části zákona nepoužije.

(4) Podmínkou podání návrhu zdravotní pojišťovny do obchodního rejstříku je úplné splacení jmenovité hodnoty všech akcií a doložení platné licence.

ČÁST PÁTÁ

Změna zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky ve znění pozdějších předpisů

§ 71

V § 2 se do odstavce 1 doplňuje bod dvanáctý, který zní:

„12. Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a zdravotní péčí“

V § 2 se věta první nahrazuje větou:

„Předsedu Českého statistického úřadu, Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže a Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a zdravotní péčí jmenuje a odvolává na návrh vlády prezident republiky“

V § 10 odstavec 1 zní:

„Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, poskytovatelé zdravotních služeb v přímé řídicí působnosti, zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursory a pomocnými látkami, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky

zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotnický informační systém a zdravotní pojištění, s výjimkou dohledu nad zdravotními pojišťovny a zdravotní péčí v rozsahu působnosti Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovny a zdravotní péčí“.

ČÁST ŠESTÁ

Změna zákona č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon) ve znění pozdějších předpisů

§ 72

V § 6 odst. 1 se písmeno d) zrušuje.

Dosavadní písmena e) až i) se označují jako písmena d) až h).

V § 6 odst. 2 písm. b) zní:

„zdravotní pojišťovnu, po dobu, po kterou je nositelem licence podle jiného právního předpisu upravujícího její činnost,“

ČÁST SEDMÁ

Změna zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů

§ 73

V § 18 se odstavec 13 zrušuje.

V § 19 písm. o) se slova „§ 22a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 48/1997 Sb.“ nahrazují slovy „jiného právního předpisu^{o)}“.

Poznámka pod čarou Y) zní: zákon č. .../ 2008 o zdravotních pojišťovnách, o zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovny a o změně některých dalších zákonů.

V § 19 písm. t) se vypouštějí slova „jiným právním předpisem nebo“ a slova „ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění“ se nahrazují slovy „z odvodů na veřejné zdravotní pojištění“.

V § 21 odst. 2 se doplňuje písmeno:

„c) u zdravotní pojišťovny. Tato sazba daně se vztahuje na základ daně snížený o položky podle § 34, který se zaokrouhluje na celé tisícoruny dolů.“

ČÁST OSMÁ

Změna zákona 593/1992 Sb. o rezervách pro zjištění základu daně z příjmů ve znění pozdějších předpisů

§ 74

V § 2 odst. 1 se za slova „rezervy v pojišťovnictví,“ vkládají slova „rezervy zdravotních pojišťoven,“.

Za § 6 se doplňuje § 6a, který zní

„§6a

Rezervy zdravotních pojišťoven

Z rezerv zdravotních pojišťoven podle jiných právních předpisů^{7a)} se pro účely zjištění základu daně z příjmů v období, za které se podává daňové přiznání, uznává tvorba rezerv, které jsou výdajem (nákladem) na dosažení, zajištění a udržení příjmů, a to tvorba:

- a) rezervy na plánované zdravotní služby^{7b)},
- b) rezervu na krytí nároků pojištěnců mimo území České republiky^{7b)},
- c) rezervu na překonání krátkodobé nepříznivé finanční situace^{7b)}.

Poznámka pod čarou 7a) zní: zákon č. .../2008 o zdravotních pojišťovnách, o zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovny a o změně některých dalších zákonů.

Poznámka pod čarou 7b) zní: § 28 odst. 1 písm. c) a odst. 4 a 5 zákona č. .../2008 o zdravotních pojišťovnách, o zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovny a o změně některých dalších zákonů.

ČÁST DEVÁTÁ

Společná, přechodná a zrušovací ustanovení

Hlava I

Přechodná ustanovení

§ 75

(1) Zrušuje se Zajišťovací fond zřízený zákonem číslo 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů (dále „rušený Zajišťovací fond“).

(2) Zajišťovací fond dle tohoto zákona je právním nástupcem rušeného Zajišťovacího fondu.

(3) Členové správní rady rušeného Zajišťovacího fondu se do doby jmenování nové správní rady stávají členy správní rady Zajišťovacího fondu dle tohoto zákona.

(4) Do doby vydání statutu Zajišťovacího fondu dle tohoto zákona se přiměřeně použije statut rušeného Zajišťovacího fondu.

(5) Roční příspěvek zdravotní pojišťovny, která nebo jejíž právní předchůdce nikdy nepřispívaly do rušeného Zajišťovacího fondu, činí dvojnásobek procentní sazby použité pro výpočet ročního příspěvku do Fondu ostatních zdravotních pojišťoven. Toto ustanovení platí pro první dva roční příspěvky zdravotních pojišťoven odváděné do Fondu dle tohoto zákona.

(6) Úřad nejpozději do dvou let ode dne účinnosti tohoto zákona vytvoří rozhodčí soud podle § 19 odst. 4.

Hlava II

§ 76

Zrušovací ustanovení

K poslednímu dni šestého měsíce po dni účinnosti tohoto zákona se zrušují:

1. zákon č. 280/1992 Sb., o resortních oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších právních předpisů
2. zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ve znění pozdějších právních předpisů,
3. vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění vyhlášek č. 656/2004 Sb., č. 519/2005 Sb., č. 304/2007 Sb. a č.356/2007 Sb.,
4. vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky 183/2007 Sb.,
5. vyhláška č. 579/2006 Sb., kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven,
6. vyhláška č. 41/2000 Sb., kterou se stanoví podrobné podmínky tvorby a užití finančních prostředků fondů Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky na úhradu zdravotní péče hrazené nad rámec veřejného zdravotního pojištění z prostředků státního rozpočtu kapitoly Ministerstva obrany,
7. vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího.

ČÁST DESÁTÁ

Účinnost

§ 130

Tento zákon nabývá účinnosti 1. ledna 2011.

Příloha

Limit provozní spotřeby

Výše limitu provozní spotřeby pro dané účetní období se vypočte podle následujícího vzorce:

$$L = V / 100 * \text{koef} + 0,5\% * \text{ODV} + 50\% * \text{PP} \text{ kde:}$$

L představuje limit provozní spotřeby zdravotní pojišťovny z celkové výše odvodů, pokut a penále, pojistného podle jiného právního předpisu¹⁾ a z výnosu náhrad nákladů na péči hrazenou ze zdravotního pojištění vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci podle jiného právního předpisu¹⁾ v Kč,

V představuje součet celkové výše pojistného na pojištěnce podle jiného právního předpisu¹⁾ stanovené Úřadem a výnosů z náhrad nákladů na péči hrazenou ze zdravotního pojištění vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci podle jiného právního předpisu¹⁾ v Kč za dané účetní období.

Koef představuje koeficient v procentech, zaokrouhlený na dvě desetinná místa a vypočtený podle vzorce :

$$\text{Koef} = -0,58/P * p + 3,71 + 0,58/P * 50,$$

ODV představuje sumu vybraných odvodů na veřejné zdravotní pojištění v daném účetním období,

PP představuje sumu vybraných pokut a penále v daném účetním období,

kde:

P představuje jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců všech zdravotních pojišťoven za kalendářní rok, který předchází o dva roky kalendářní rok, pro který limit provozní spotřeby stanovuje. Hodnotu P vyhlásí Úřad prováděcím předpisem,

p představuje jednu tisícinu průměrného počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny propočteného z měsíčních údajů pro přerozdělování za hodnocené období, zaokrouhlenou směrem nahoru na celé číslo.