

### **Pozměňovací návrhy**

#### **k návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů**

1. V názvu zákona za slova „se mění“ vložit slova „zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a“ .

2. Nad slova „Čl. I“ vložit text :

„ČÁST PRVNÍ

**Změna zákona č. 551/1991 Sb.“ .**

3. Článek I upravit takto :

„Čl. I

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění zákona č. 592/1992 Sb., zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 305/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 69/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb. a zákona č. 296/2007 Sb., se mění takto:

1. V § 2 se doplňuje odstavec 4, který zní:

„(4) Pojišťovna nesmí při náboru pojištěnců, a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob, poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k Pojišťovně žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění.“ .

2. V § 3 na konci textu se doplňují slova „s péčí řádného hospodáře, v zájmu pojištěnců a s cílem efektivního vynakládání finančních prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění“.
3. V § 4 se dosavadní text označuje jako odstavec 1 a doplňuje se odstavcem 2, který zní:

„(2) Smlouvu o úvěru nebo o půjčce může Pojišťovna uzavřít jen s tím, kdo je na území České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie oprávněn působit jako banka. Pojišťovna je povinna předem požádat Ministerstvo zdravotnictví o schválení, jedná-li se o smlouvu o úvěru nebo o půjčce, jejichž celková výše přesahuje částku 1,5% z příjmů Pojišťovny z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírůžek k pojistnému a náhrad nákladů na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci za předchozí kalendářní rok.“.
4. V § 6 se na konci odstavce 3 doplňuje věta „Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí stanoví prováděcím právním předpisem další informace, které má obsahovat výroční zpráva nad rámec zvláštního právního předpisu, upravujícího účetnictví, zejména informace o vybraných regulačních poplatcích a doplatecích, o dosažených limitech regulačních poplatků a doplateků a o smluvní síti zdravotnických zařízení.“.
5. V § 6 se na konci odstavce 6 doplňuje věta „Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí prováděcím právním předpisem stanoví rozsah, obsah a strukturu zdravotně pojistného plánu.“.
6. V § 6 se odstavec 7 včetně poznámek pod čarou č. 3a a 3b zrušuje.

Dosavadní odstavce 8 až 10 se označují jako odstavce 7 až 9.
7. V § 7 odst. 2 písm. a) se slova „§ 4 písm. e).“ nahrazují slovy „§ 4 odst. 1 písm. e)“ a slova „Tvorba tohoto fondu je podmíněna naplněním rezervního fondu a současně vyrovnanou bilancí hospodaření Pojišťovny“ se zrušují.
8. V § 7 odst. 2 písm. b) větě druhé se slovo „účastníků“ nahrazuje slovem „pojištěnců“ a věta poslední se zrušuje.
9. V § 7 se za odstavec 2 vkládají nové odstavce 3 až 6, které včetně poznámky pod čarou č. 9a znějí:

„(3) Zdrojem fondu prevence jsou:

- a) finanční prostředky ve výši stanovené Správní radou Pojišťovny z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění Pojišťovna provádí v souladu se zákony,
- b) příděl ze základního fondu ve výši a za podmínek stanovených podle odstavců 4 až 6,
- c) úrok z bankovního účtu fondu prevence,
- d) dary určené dárcem do fondu prevence.

(4) Ze základního fondu lze do fondu prevence převést pouze finanční prostředky:

- a) vytvářené využíváním základního fondu Pojišťovny, zejména úroky,
- b) z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných a přijatých Pojišťovnou podle zvláštních právních předpisů.<sup>9a)</sup>

(5) Finanční prostředky podle odstavce 4 lze převést do fondu prevence v kalendářním čtvrtletí následujícím po kalendářním čtvrtletí, ve kterém k jeho poslednímu dni Pojišťovna:

- a) dosahuje vyrovnaného hospodaření základního fondu; vyrovnaným hospodařením základního fondu se rozumí dosažení nezáporného zůstatku bankovního účtu základního fondu, aniž by byl pro příděl do rezervního fondu, převod ve výši rezervy na pravomocně neskončené soudní spory na zvláštní bankovní účet, úhradu všech splatných závazků základního fondu a příděly do ostatních fondů použit úvěr,
- b) má naplněný rezervní fond a
- c) neeviduje žádné závazky po lhůtě splatnosti, k jejichž úhradě se používají finanční prostředky základního fondu.

(6) Příděly ze základního fondu do fondu prevence lze provádět průběžně podle očekávané výše příjmů pro stanovení tohoto přídělu podle odstavce 4 v daném kalendářním čtvrtletí. Nejpozději k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí Pojišťovna zúčtuje příděl ze základního fondu do fondu prevence dle skutečných příjmů pro stanovení tohoto přídělu podle odstavce 4.

---

9a) Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.“.

Dosavadní odstavce 3 až 6 se označují jako odstavce 7 až 10.

10. V § 7a odst. 1 větě druhé se slova „Zjistí-li toto ministerstvo“ nahrazují slovy „Jsou-li při kontrole zjištěny“ a slova „ , zejména nedodržování tohoto zákona, předpisů o všeobecném zdravotním pojištění nebo schváleného zdravotně pojistného plánu, je oprávněno“ se nahrazují slovy „je Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí oprávněno“.
11. V § 7a odst. 1 se za písmeno a) vkládá nové písmeno b), které zní:  
„b) uložit pokutu (§ 24b), nebo “.  
  
Dosavadní písmeno b) se označuje jako písmeno c).
12. V § 7a odst. 1 se na konci textu písmene c) doplňují slova „ , pokud přijatá opatření nebo pokuta nesplnily svůj účel a není možné jinak odstranit nedostatky v činnosti Pojišťovny“.
13. V § 7a odst. 2 se na konci textu věty první tečka nahrazuje středníkem a doplňují se slova „to neplatí, jde-li o podání rozkladu proti rozhodnutí, kterým se zavádí nucená správa.“.
14. V § 7a odst. 4 se slovo „Správce“ nahrazuje slovy „Nucený správce“.
15. V § 7a odst. 5 se slovo „Správce“ nahrazuje slovy „Nuceného správce“.
16. Za § 7a se vkládá nový § 7b, který včetně poznámky pod čarou č. 7a zní:

„7b

(1) Kontrola se provádí formou kontroly na dálku, spočívající ve vyhodnocování informací poskytovaných Pojišťovnou podle odstavce 2 a § 8 odst. 1, nebo formou kontroly na místě. Při výkonu kontroly na místě se postupuje podle zákona o státní kontrole.<sup>7a)</sup>

(2) Kontrolou činnosti Pojišťovny se zejména zjišťuje, zda Pojišťovna

- a) dosahuje vyrovnaného hospodaření; vyrovnaným hospodařením se rozumí dosažení nezáporného zůstatku bankovního účtu základního fondu, fondu prevence a provozního fondu, aniž by byl pro přiděl ze základního fondu do rezervního fondu, převod ve výši rezervy na pravomocně neskončené soudní spory na zvláštní bankovní účet, úhradu všech splatných závazků základního fondu a přiděly ze základního fondu do ostatních fondů použit úvěr,
- b) má naplněný rezervní fond,
- c) neeviduje závazky po lhůtě splatnosti,

- d) neeviduje celkové závazky vůči zdravotnickým zařízením v částce vyšší než součet zůstatku na bankovním účtu základního fondu a pohledávek za plátcí pojistného na všeobecné zdravotní pojištění ve lhůtě splatnosti,
- e) dodržuje tento zákon a další předpisy upravující veřejné zdravotní pojištění,
- f) postupuje v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem.

Pravidelná kontrola se provádí na dálku nejméně čtyřikrát ročně, a to vždy k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí, průběžná kontrola se provádí na dálku, a to vždy k poslednímu dni kalendářního měsíce; tím není vyloučeno namátkové provádění kontrol i na místě mimo stanovené termíny.

---

7a) Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů.“.

17. V § 8 odst. 1 větě první se slova „Pojišťovna je“ nahrazují slovy „K zajištění pravidelné kontroly je Pojišťovna“ a na konci věty se tečka nahrazuje středníkem a doplňují se slova „součástí zprávy za druhé kalendářní čtvrtletí jsou i informace o způsobu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění za předchozí kalendářní rok. K zajištění průběžné kontroly je Pojišťovna povinna vždy do 30 dnů po skončení kalendářního měsíce podat Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí předběžnou zprávu o svém hospodaření.“.

18. V § 8 se za odstavec 1 vkládají nové odstavce 2 a 3, které včetně poznámky pod čarou č. 7b znějí:

„(2) Pojišťovna je současně se zprávou o hospodaření povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh opatření, jestliže zjistila, že:

- a) nedosahuje vyrovnaného hospodaření
- b) nemá naplněný rezervní fond,
- c) eviduje závazky po lhůtě splatnosti,
- d) eviduje celkové závazky vůči zdravotnickým zařízením v částce vyšší než součet zůstatku na bankovním účtu základního fondu a pohledávek za plátcí pojistného na všeobecné zdravotní pojištění ve lhůtě splatnosti, nebo
- e) nepostupuje v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem.

Ministerstvo zdravotnictví po projednání s Ministerstvem financí předloží návrh opatření vládě.

(3) Pojišťovna je povinna zveřejnit zprávu o svém hospodaření způsobem umožňujícím dálkový přístup. Ministerstvo zdravotnictví informuje veřejnost o výsledcích kontrol Pojišťovny prostřednictvím sdělovacích prostředků<sup>7b)</sup> nebo způsobem umožňujícím dálkový přístup.

---

7b) § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.“.

Dosavadní odstavce 2 a 3 se označují jako odstavce 4 a 5.

19. Za § 10 se vkládá nový § 10a, který zní:

„§ 10a

Dohody mezi Pojišťovnou a zdravotnickým zařízením a jejich jednání ve vzájemné shodě, jejichž cílem nebo výsledkem je narušení hospodářské soutěže na relevantním trhu v oblasti veřejného zdravotního pojištění, jsou dohodami soutěžitelů narušujícími soutěž ve smyslu zákona o ochraně hospodářské soutěže.“

20. V § 15 odst. 2 se písmeno a) zrušuje.

Dosavadní písmena b) a c) se označují jako písmena a) a b).

21. V § 15 odst. 2 písm. a) se slova „bezúhonný a“ nahrazují slovem „důvěryhodný“.

22. V § 15 se na konci odstavce 2 tečka nahrazuje čárkou, vkládá se spojka „a“ a doplňuje se nové písmeno c), které zní:

„c) jehož dosavadní zkušenosti, výkon podnikatelské činnosti, činnosti v profesním či obdobném sdružení nebo výkon funkce dávají předpoklad řádného řízení Pojišťovny.“

23. V § 15 odstavec 3 zní:

„(3) Pro účely tohoto zákona se za důvěryhodnou považuje fyzická osoba,

- a) která je plně způsobilá k právním úkonům,
- b) která splňuje podmínky trestněprávní bezúhonnosti uvedené v odstavci 6,
- c) o které nebylo pravomocně rozhodnuto, že je v úpadku, nebo nebyl konkurs zrušen proto, že její majetek byl zcela nepostačující,
- d) které v posledních pěti letech nebylo odejmuto povolení k výkonu činnosti v oblasti zdravotnictví nebo finančního trhu pro porušení povinností stanovených tímto zákonem nebo jiným právním předpisem,
- e) která nebyla statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu osoby, které bylo v posledních pěti letech odejmuto povolení k výkonu činnosti v oblasti zdravotnictví nebo finančního trhu pro porušení povinností stanovených tímto zákonem nebo jiným právním předpisem,
- f) která nemá splatné nedoplatky na daních, na pojistném na veřejné zdravotní pojištění, na pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti včetně penále.“

24. V § 15 se za odstavec 3 vkládají nové odstavce 4 až 6, které znějí:

„(4) Fyzická osoba se nepovažuje za důvěryhodnou

- a) po dobu 3 let od právní moci rozhodnutí o zamítnutí insolvenčního návrhu pro nedostatek jejího majetku nebo rozhodnutí o zrušení konkursu, protože její majetek je zcela nepostačující,
- b) po dobu trvání trestu nebo sankce zákazu činnosti v oblasti zdravotnictví nebo finančního trhu uloženého soudem nebo správním orgánem,
- c) bylo-li jí v insolvenčním řízení nařízeno předběžné opatření spočívající v omezení nakládání s majetkovou podstatou.

(5) Splnění podmínek důvěryhodnosti stanovených v odstavci 3 písm. c) až f) a v odstavci 4 se dokládá prohlášením. Vzor prohlášení stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem.

(6) Za trestněprávně bezúhonnou se pro účely tohoto zákona nepovažuje fyzická osoba, která byla pravomocně odsouzena pro

- a) trestný čin spáchaný úmyslně, nebo
- b) trestný čin proti majetku nebo hospodářský trestný čin, spáchaný z nedbalosti, pokud se na ni nehledí, jako by nebyla odsouzena. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší než 3 měsíce.“.

Dosavadní odstavce 4 až 6 se označují jako odstavce 7 až 9.

25. V § 15 odst. 8 písm. e) se slova „odstavci 3“ nahrazují slovy „odstavci 6“.

26. V § 18 odst. 1 větě první se slovo „bezúhonný“ zrušuje, za slova „České republiky, který“ se vkládají slova „je důvěryhodný,“ a slova „a je plně způsobilý činit právní úkony“ se nahrazují slovy „a jehož dosavadní zkušenosti, výkon podnikatelské činnosti, činnosti v profesním či obdobném sdružení nebo výkon funkce dávají předpoklad řádné správy Pojišťovny“.

27. V § 20 odst. 1 se za písmeno j) vkládá nové písmeno k), které zní: „k) výši převodu finančních prostředků z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění Pojišťovna provádí v souladu se zákony, do fondu prevence,“.

Dosavadní písmeno k) se označuje jako písmeno l).

28. V § 24b odstavec 1 zní:

„(1) Ministerstvo zdravotnictví může Pojišťovně uložit pokutu

- a) za porušení povinností uvedených v § 6 odst. 3 až do výše 500 000 Kč,
- b) při zjištění nedostatků v činnosti Pojišťovny uvedených v § 7b odstavci 2 písm. a) a b) až do výše 500 000 Kč,

- c) za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění až do výše 500 000 Kč,
- d) za porušení povinnosti uhradit částku, o kterou byl překročen limit stanovený pro regulační poplatky a doplatky na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, podle zákona o veřejném zdravotním pojištění až do výše 500 000 Kč,
- e) za porušení povinností uvedených v § 2 odst. 4 až do výše 1 000 000 Kč.“.

#### 4. Článek II upravit takto :

### Čl. II

#### **Přechodná ustanovení**

1. Pro účely převodu finančních prostředků ze základního fondu do fondu prevence v kalendářním čtvrtletí, následujícím po kalendářním čtvrtletí, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti, se splnění podmínek pro takový převod stanovených v § 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, posuzuje k poslednímu dni kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti, a to i tehdy pokud takový kalendářní měsíc připadne do kalendářního čtvrtletí následujícího po kalendářním čtvrtletí, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti.
2. Pro účely převodu finančních prostředků ze základního fondu do fondu prevence se až do posledního dne kalendářního čtvrtletí, ve kterém zákon nabyl účinnosti, postupuje podle zákona č. 551/1991 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona s tím, že hodnocení splnění podmínek pro takový převod se provede k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti.
3. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky podá předběžnou zprávu o svém hospodaření podle § 8 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, poprvé za druhý kalendářní měsíc následující po kalendářním měsíci, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti.
4. Ředitel a členové Správní rady a Dozorčí rady Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky doloží do 60 kalendářních dní ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, že splňují podmínku důvěryhodnosti stanovenou v § 15 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

#### 5. Článek III nahradit tímto textem:



## „ČÁST DRUHÁ

### Změna zákona č. 280/1992 Sb.

#### Čl. III

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 267/2006 Sb., zákona č. 218/2007 Sb., zákona č. 261/2007 Sb. a zákona č. 296/2007 Sb., se mění takto:

1. V § 3 se na konci odstavce 2 tečka nahrazuje čárkou a doplňují se písmena d) a e), která znějí:

„d) důvěryhodnosti žadatele,

e) průhlednosti a nezávadnosti původu finančních prostředků na kauci, krytí výdajů na založení zaměstnanecké pojišťovny a na získávání nových pojištěnců v prvním roce činnosti.“

2. Za § 3 se vkládá nový § 3a, který zní:

#### „§ 3a

(1) Právnícká osoba se považuje za důvěryhodnou,

- a) splňuje-li podmínku důvěryhodnosti každý člen jejího statutárního a dozorčího orgánu,
- b) pokud jí nebylo odejmuto povolení k provozování činnosti pro porušení podmínek stanovených tímto zákonem nebo jiným právním předpisem,
- c) pokud nebylo pravomocně rozhodnuto o tom, že je v úpadku,
- d) pokud nebylo v posledních 3 letech pravomocně rozhodnuto, že byla v úpadku, ledaže insolvenční řízení skončilo rozhodnutím insolvenčního soudu o tom, že bere na vědomí splnění reorganizačního plánu nebo jeho podstatných částí.

(2) Za důvěryhodnou se nepovažuje právnícká osoba v případě, že insolvenční soud

- a) zamítl insolvenční návrh proto, že tato osoba nemá dostatek majetku,
- b) zrušil konkurs proto, že její majetek je zcela nepostačující.

(3) Pro účely tohoto zákona se za důvěryhodnou považuje fyzická osoba,

- a) která je plně způsobilá k právním úkonům,
- b) která splňuje podmínky trestněprávní bezúhonnosti uvedené v odstavci 6,
- c) o které nebylo pravomocně rozhodnuto, že je v úpadku, nebo nebyl konkurs zrušen proto, že její majetek byl zcela nepostačující,
- d) které v posledních pěti letech nebylo odejmuto povolení k výkonu činnosti v oblasti zdravotnictví nebo finančního trhu pro porušení povinností stanovených tímto zákonem nebo jiným právním předpisem,
- e) která nebyla statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu osoby, které bylo v posledních pěti letech odejmuto povolení k výkonu činnosti v oblasti zdravotnictví nebo

finančního trhu pro porušení povinností stanovených tímto zákonem nebo jiným právním předpisem,

- f) která nemá splatné nedoplatky na daních, na pojistném na veřejné zdravotní pojištění, na pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti včetně penále.

(4) Fyzická osoba se nepovažuje za důvěryhodnou

- a) po dobu 3 let od právní moci rozhodnutí o zamítnutí insolvenčního návrhu pro nedostatek jejího majetku nebo rozhodnutí o zrušení konkursu, protože její majetek je zcela nepostačující,
- b) po dobu trvání trestu nebo sankce zákazu činnosti v oblasti zdravotnictví nebo finančního trhu uloženého soudem nebo správním orgánem,
- c) bylo-li jí v insolvenčním řízení nařízeno předběžné opatření spočívající v omezení nakládání s majetkovou podstatou.

(5) Splnění podmínek důvěryhodnosti stanovených v odstavci 3 písm. c) až f) a v odstavci 4 se dokládá prohlášením. Vzor prohlášení stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem.

(6) Za trestněprávně bezúhonnou se pro účely tohoto zákona nepovažuje fyzická osoba, která byla pravomocně odsouzena pro

- a) trestný čin spáchaný úmyslně, nebo
- b) trestný čin proti majetku nebo hospodářský trestný čin, spáchaný z nedbalosti, pokud se na ni nehledí, jako by nebyla odsouzena. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší než 3 měsíce.“.

- 3. V § 4 se na konci odstavce 1 tečka nahrazuje čárkou a doplňují se slova „která není a) zdravotnickým zařízením,

- b) zřizovatelem, vlastníkem ani spoluvlastníkem zdravotnického zařízení,
- c) osobou ovládající<sup>2a)</sup> vlastníka či spoluvlastníka zdravotnického zařízení,
- d) osobou ovládanou<sup>2a)</sup> stejnou ovládající osobou jako vlastníka či spoluvlastníka zdravotnického zařízení, nebo
- e) osobou tvořící se zřizovatelem, vlastníkem či spoluvlastníkem zdravotnického zařízení koncern<sup>2a)</sup>.“.

Poznámka pod čarou č. 2a zní :

„2a) § 66a obchodního zákoníku.“.

- 4. V § 4 se na konci odstavce 2 tečka nahrazuje čárkou a doplňují se písmena h) až j), která znějí:

- „h) závazek žadatele, že zajistí pojištěncům poskytování hrazené zdravotní péče prostřednictvím sítě smluvních zdravotnických zařízení v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění,

- i) závazek žadatele, že zaměstnanecká pojišťovna nebude při náboru pojištěnců, a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob, poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k této zaměstnanecké pojišťovně žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění,
- j) plán předpokládaných výdajů na založení zaměstnanecké pojišťovny a na získávání nových pojištěnců v prvním roce činnosti, a původ těchto finančních prostředků.“.

5. V § 5 se doplňuje odstavec 4, který zní:

„(4) Zaměstnanecká pojišťovna nesmí při náboru pojištěnců, a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob, poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k této zaměstnanecké pojišťovně žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění.“.

6. V § 6 odstavec 3 zní:

„(3) Sloučení zaměstnanecké pojišťovny se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a sloučení nebo splynutí zaměstnaneckých pojišťoven vyžaduje povolení. Toto povolení vydává Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Se žádostí o povolení se předkládá nový zdravotně pojistný plán a plán postupu sloučení nebo splynutí zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny jsou povinny v žádosti o povolení k sloučení nebo splynutí doložit, že

- a) budou splňovat podmínky stanovené pro udělení povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění podle § 3 a 4,
- b) zdravotní pojišťovna, se kterou se zaměstnanecká pojišťovna sloučila, nebo nová zdravotní pojišťovna, která vznikla splynutím, bude schopna plnit povinnosti a závazky, které vyplývají ze zákona o veřejném zdravotním pojištění a ze smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními.

Sloučení zaměstnanecké pojišťovny se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a sloučení nebo splynutí zaměstnaneckých pojišťoven dále vyžaduje povolení spojení podle zákona o ochraně hospodářské soutěže. Toto povolení vydává Úřad pro ochranu hospodářské soutěže na základě návrhu podaného zdravotními pojišťovnami. Úřad pro ochranu hospodářské soutěže v řízení o povolení spojení zejména posuzuje, zda navrhovaným sloučením nebo splynutím zdravotních pojišťoven jako soutěžitelů nedojde k podstatnému narušení hospodářské soutěže na relevantním trhu v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Bez povolení spojení vydaného Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže nelze vydat povolení podle věty první a druhé.“.

7. V § 6 odst. 7 písm. a) se slova „hospodaření, zejména pokud jde o platební způsobilost zaměstnanecké pojišťovny,“ nahrazují slovy „činnosti zaměstnanecké pojišťovny zjištěných při kontrole podle § 7a“.
8. V § 6 odst. 7 písm. b) se slovo „nebo“ zrušuje.
9. V § 6 odst. 7 se písmeno c) zrušuje.  
Dosavadní písmena d) a e) se označují jako písmena c) a d).
10. V § 6 odst. 7 písm. c) se za slovo „předpisy“ vkládají slova „a tento nedostatek nemůže být odstraněn uložením nápravných opatření nebo zavedením nucené správy“.
11. V § 6 odst. 7 písm. d) se slova „ písm. c), d) a f)“ nahrazují slovy „ písm. c), d), f), h) a i)“.
12. V § 7 odst. 1 větě druhé se slova „k tomu účelu“ nahrazují slovy „k zajištění pravidelné kontroly“ a na konci věty se tečka nahrazuje středníkem a doplňují se slova „součástí zprávy za druhé kalendářní čtvrtletí jsou i informace o způsobu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění za předchozí kalendářní rok. K zajištění průběžné kontroly je zaměstnanecká pojišťovna povinna vždy do 30 dnů po skončení kalendářního měsíce podat Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí předběžnou zprávu o svém hospodaření.“ a ve větě poslední se slova „Zjistí-li Ministerstvo zdravotnictví“ nahrazují slovy „Jsou-li při kontrole zjištěny“ a slova „ , zejména nerovnováhu v hospodaření zaměstnanecké pojišťovny (zejména pokud jde o její platební způsobilost) nebo nenaplnění rezervního fondu nebo nedodržování tohoto zákona či dalších předpisů o všeobecném zdravotním pojištění nebo nedodržování schváleného zdravotně pojistného plánu, je oprávněno“ se nahrazují slovy „je Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí oprávněno“.
13. V § 7 odst. 1 se na konci písmene a) slovo „nebo“ zrušuje a za písmeno a) se vkládá nové písmeno b), které zní:  
„b) uložit pokutu (§ 23a),“.  
  
Dosavadní písmeno b) se označuje jako písmeno c).

14. V § 7 odst. 1 písm. c) se na konci písmene c) tečka nahrazuje čárkou a doplňují se slova „pokud přijatá opatření nebo pokuta nesplnily svůj účel a není možné jinak odstranit nedostatky v činnosti zaměstnanecké pojišťovny zjištěné při kontrole podle § 7a, nebo“.
15. V § 7 odst. 1 se doplňuje písmeno d), které zní:  
„d) odejmout povolení podle § 6 odst. 7.“.
16. V § 7 odst. 2 se na konci věty první tečka nahrazuje středníkem a vkládají se slova „to neplatí, jde-li o podání rozkladu proti rozhodnutí, kterým se zavádí nucená správa.“.
17. V § 7 odst. 3 se slovo „správce“ nahrazuje slovy „nuceného správce“.
18. V § 7 se v odstavci 4 nahrazuje slovo „Správce“ slovy „Nucený správce“ a slovo „správce“ slovy „nucený správce“ a v odstavci 5 se slovo „Správce“ nahrazuje slovy „Nucený správce“ .
19. Za § 7 se vkládá nový § 7a, který včetně poznámek pod čarou č. 3a a 3b zní:

„7a

(1) Kontrola se provádí formou kontroly na dálku, spočívající ve vyhodnocování informací poskytovaných zaměstnaneckými pojišťovnami podle odstavců 2 a 3, nebo kontroly na místě. Při výkonu kontroly na místě se postupuje podle zákona o státní kontrole.<sup>3a)</sup>

(2) Kontrolou činnosti zaměstnanecké pojišťovny se zejména zjišťuje, zda zaměstnanecká pojišťovna:

- a) dosahuje vyrovnaného hospodaření; vyrovnaným hospodařením se rozumí dosažení nezáporného zůstatku bankovního účtu základního fondu, fondu prevence a provozního fondu, aniž by byl pro přiděl ze základního fondu do rezervního fondu, převod ve výši rezervy na pravomocně neskončené soudní spory na zvláštní bankovní účet, úhradu všech splatných závazků základního fondu a přiděly ze základního fondu do ostatních fondů použit úvěr,
- b) má naplněný rezervní fond,
- c) neeviduje závazky po lhůtě splatnosti,
- d) neeviduje celkové závazky vůči zdravotnickým zařízením v částce vyšší než součet zůstatku na bankovním účtu základního fondu a pohledávek za plátcí pojistného na všeobecné zdravotní pojištění ve lhůtě splatnosti,
- e) dodržuje tento zákon a další předpisy upravující veřejné zdravotní pojištění,
- f) postupuje v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem.

Pravidelná kontrola se provádí na dálku nejméně čtyřikrát ročně, a to vždy k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí, průběžná kontrola se provádí na dálku, a to vždy k poslednímu dni

kalendářního měsíce; tím není vyloučeno namátkové provádění kontrol i na místě mimo stanovené termíny.

(3) Zaměstnanecká pojišťovna je současně se zprávou o hospodaření povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh opatření, jestliže zjistila, že

- a) nedosahuje vyrovnaného hospodaření,
- b) nemá naplněný rezervní fond,
- c) eviduje závazky po lhůtě splatnosti,
- d) eviduje celkové závazky vůči zdravotnickým zařízením v částce vyšší než součet zůstatku na bankovním účtu základního fondu a pohledávek za plátcí pojistného na všeobecné zdravotní pojištění ve lhůtě splatnosti, nebo
- e) nepostupuje v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem.

(4) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna zveřejnit zprávu o svém hospodaření způsobem umožňujícím dálkový přístup. Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí informuje veřejnost o výsledcích kontrol zaměstnaneckých pojišťoven prostřednictvím sdělovacích prostředků<sup>3b)</sup> nebo způsobem umožňujícím dálkový přístup.

3a) zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů.

3b) § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.“.

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

#### „§ 8b

Dohody mezi zaměstnaneckou pojišťovnou a zdravotnickým zařízením a jejich jednání ve vzájemné shodě, jejichž cílem nebo výsledkem je narušení hospodářské soutěže na relevantním trhu v oblasti veřejného zdravotního pojištění, jsou dohodami soutěžitelů narušujícími soutěž ve smyslu zákona o ochraně hospodářské soutěže.“.

21. V § 9a odst. 3 se písmeno a) zrušuje.

Dosavadní písmena b) a c) se označují jako písmena a) a b).

22. V § 9a odst. 3 písm. a) se slova „bezúhonný a“ nahrazují slovem „důvěryhodný,“.

23. V § 9a se na konci odstavce 3 tečka nahrazuje čárkou, vkládá se spojka „a“ a doplňuje se nové písmeno c), které zní:

„c) jehož dosavadní zkušenosti, výkon podnikatelské činnosti, činnosti v profesním či obdobném sdružení nebo výkon funkce dávají předpoklad řádného řízení zaměstnanecké pojišťovny.“.

24. V § 9a se odstavec 4 zrušuje.  
Dosavadní odstavce 5 až 7 se označují jako odstavce 4 až 6.
25. V § 9a odst. 5 písm. e) se slova „odstavci 4“ nahrazují slovy „§ 3a odst. 6“.
26. V § 10 odst. 2 se za písmeno g) vkládá nové písmeno h), které zní:

„h) výši převodu finančních prostředků z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění zaměstnanecká pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem zaměstnanecké pojišťovny, do fondu prevence,“.

Dosavadní písmeno h) se označuje jako písmeno i).

27. V § 10 odst. 8 se za větu první vkládá věta „Sloučením zaměstnaneckých pojišťoven končí funkční období Správní rady zaměstnanecké pojišťovny, s níž se zrušovaná zaměstnanecká pojišťovna slučuje.“.
28. V § 10 odst. 13 větě první se slovo „bezúhonný“ zrušuje, za slova „na jejím území, který“ se vkládají slova „je důvěryhodný,“ a za slova „nejméně 25 let“ se vkládají slova „a jehož dosavadní zkušenosti, výkon podnikatelské činnosti, činnosti v profesním či obdobném sdružení nebo výkon funkce dávají předpoklad řádné správy zaměstnanecké pojišťovny“.
29. Na konci textu § 11 se doplňují slova „s péčí řádného hospodáře, v zájmu pojištěnců a s cílem efektivního vynakládání finančních prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění“.
30. V § 12 se doplňuje odstavec 3, který zní:

„(3) Smlouvu o úvěru nebo smlouvu o půjčce může zaměstnanecká pojišťovna uzavřít jen s tím, kdo je na území České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie oprávněn působit jako banka. Zaměstnanecká pojišťovna je povinna předem požádat Ministerstvo zdravotnictví o schválení, jedná-li se o smlouvu o úvěru nebo o půjčce, jejichž celková výše přesahuje částku 1,5% z příjmů zaměstnanecké pojišťovny z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad nákladů na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci za předchozí kalendářní rok.“.

31. V § 15 se na konci textu odstavce 2 doplňuje věta „Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí stanoví prováděcím právním předpisem další informace, které má obsahovat výroční zpráva nad rámec zvláštního právního předpisu upravujícího účetnictví, zejména informace o vybraných regulačních poplatcích a doplácích, o dosažených limitech regulačních poplatků a doplatků a o smluvní síti zdravotnických zařízení.“.

32. V § 15 odst. 3 se za slovo „vývoj“ vkládají slova „počtu a“, slova „služeb nabízených zaměstnaneckou pojišťovnou“ se nahrazují slovy „zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění“ a na konci se doplňuje věta „Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí prováděcím právním předpisem stanoví rozsah, obsah a strukturu zdravotně pojistného plánu.“.
33. V § 16 odst. 4 písm. a) se za slovy „§ 12 odst. 2 písm. a)“ tečka a slova „Tvorba tohoto fondu je podmíněna naplněním rezervního fondu a současně vyrovnanou bilancí hospodaření zaměstnanecké pojišťovny“ zrušují.
34. V § 16 odst. 4 písm. b) větě třetí se slovo „účastníků“ nahrazuje slovem „pojištěnců“ a věta poslední se zrušuje.
35. V § 18 odst. 1 se za větu první vkládá věta „Pro zaměstnaneckou pojišťovnu, která provádí všeobecné zdravotní pojištění po dobu kratší než 3 roky, činí výše rezervního fondu
- a) v prvním kalendářním roce 1,5 % celkových výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny, nejméně však 50 000 000 Kč,
  - b) ve druhém a třetím kalendářním roce 1,5 % z dvanáctinásobku průměrných měsíčních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za všechny celé kalendářní měsíce, ve kterých prováděla všeobecné zdravotní pojištění, nejméně však 50 000 000 Kč.“.
36. V § 18 odst. 1 se věta poslední zrušuje.
37. Za § 18 se vkládá nový § 18a, který včetně poznámky pod čarou č. 18a zní:
- „§18a
- (1) Zdrojem fondu prevence jsou
- a) finanční prostředky ve výši stanovené Správní radou zaměstnanecké pojišťovny z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění zaměstnanecká pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem zaměstnanecké pojišťovny,
  - b) příděl ze základního fondu ve výši a za podmínek stanovených podle odstavců 2 až 4,
  - c) úrok z bankovního účtu fondu prevence,
  - d) dary určené dárcem do fondu prevence.
- (2) Ze základního fondu lze do fondu prevence převést pouze finanční prostředky
- a) vytvářené využíváním základního fondu zaměstnanecké pojišťovny, zejména úroky,
  - b) z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných a přijatých zaměstnaneckou pojišťovnou podle zvláštních právních předpisů.<sup>18a)</sup>



(3) Finanční prostředky podle odstavce 2 lze převést do fondu prevence v kalendářním čtvrtletí následujícím po kalendářním čtvrtletí, ve kterém k jeho poslednímu dni zaměstnanecká pojišťovna:

- a) dosahuje vyrovnaného hospodaření základního fondu; vyrovnaným hospodařením základního fondu se rozumí dosažení nezáporného zůstatku bankovního účtu základního fondu, aniž by byl pro příděl do rezervního fondu, převod ve výši rezervy na pravomocně neskončené soudní spory na zvláštní bankovní účet, úhradu všech splatných závazků základního fondu a příděly do ostatních fondů použit úvěr,
- b) má naplněný rezervní fond a
- c) neeviduje žádné závazky po lhůtě splatnosti, k jejíž úhradě se používají finanční prostředky základního fondu.

(4) Příděly ze základního fondu do fondu prevence lze provádět průběžně podle očekávané výše příjmů pro stanovení tohoto přídělu podle odstavce 2 v daném kalendářním čtvrtletí. Nejpozději k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí zaměstnanecká pojišťovna zúčtuje příděl ze základního fondu do fondu prevence dle skutečných příjmů pro stanovení tohoto přídělu podle odstavce 2.

---

18a) Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.“

38. V § 19 se odstavec 1 zrušuje.

Dosavadní odstavce 2 a 3 se označují jako odstavce 1 a 2.

39. V § 23a odstavec 1 zní:

- „(1) Ministerstvo zdravotnictví může zaměstnanecké pojišťovně uložit pokutu
- a) za uvedení nepravdivých údajů nebo zatajení některých skutečností při podání žádosti o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění podle § 4 až do výše 10 000 000 Kč,
  - b) za uvedení nepravdivých údajů nebo zatajení některých skutečností při podání žádosti o sloučení nebo splnutí zaměstnaneckých pojišťoven podle § 6 až do výše 10 000 000 Kč,
  - c) za porušení povinností uvedených v § 15 odst. 2 až do výše 500 000 Kč,
  - d) při zjištění nedostatků v činnosti zdravotní pojišťovny uvedených v § 7a odstavci 2 písm.
    - a) a b) až do výše 500 000 Kč,
  - e) za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění až do výše 500 000 Kč,
  - f) za porušení povinnosti uhradit částku, o kterou byl překročen limit stanovený pro regulační poplatky a doplatky na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, podle zákona o veřejném zdravotním pojištění až do výše 500 000 Kč,

g) za porušení povinností uvedených v § 5 odst. 4 až do výše 1 000 000 Kč.“.

## Čl. IV

### Přechodná ustanovení

1. Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny podají předběžnou zprávu o svém hospodaření podle § 7 odst. 1 zákona 280/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, poprvé za druhý kalendářní měsíc následující po kalendářním měsíci, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti.
2. Ředitelé a členové Správní rady a Dozorčí rady resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven doloží do 60 kalendářních dní ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, že splňují podmínku důvěryhodnosti stanovenou v § 3a zákona č. 280/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.
3. Pro účely převodu finančních prostředků ze základního fondu do fondu prevence v kalendářním čtvrtletí, následujícím po kalendářním čtvrtletí, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti, se splnění podmínek pro takový převod stanovených v § 18a zákona č. 280/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, posuzuje k poslednímu dni kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti, a to i tehdy pokud takový kalendářní měsíc připadne do kalendářního čtvrtletí následujícího po kalendářním čtvrtletí, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti.
4. Pro účely převodu finančních prostředků ze základního fondu do fondu prevence se až do posledního dne kalendářního čtvrtletí, ve kterém zákon nabyl účinnosti, postupuje podle zákona č. 280/1992 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona s tím, že hodnocení splnění podmínek pro takový převod se provede k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí, ve kterém tento zákon nabyl účinnosti.

## ČÁST TŘETÍ

### Účinnost

## Čl. V

Tento zákon nabývá účinnosti dnem jeho vyhlášení.“.