ZBIERKA ZÁKONOV
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Ročník 1991

Vyhlásené: 30.12.1991 Vyhlásená verzia v Zbierke zákonov Slovenskej republiky

**Obsah tohto dokumentu má informatívny charakter.**

**550**

**ZÁKON**
**České národní rady**
ze dne 6. prosince 1991
**o všeobecném zdravotním pojištění**

Česká národní rada se usnesla na tomto zákoně:

## ČÁST PRVNÍ
## Základní ustanovení

### § 1
### Účel zákona

Tento zákon upravuje všeobecné zdravotní pojištění (dále jen „zdravotní pojištění"), na jehož základě je poskytována potřebná zdravotní péče bez nutnosti její přímé úhrady v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem.

### § 2
### Potřebná zdravotní péče

(1) Potřebná zdravotní péče zahrnuje:

a) diagnostickou péči, léčebnou péči ambulantní i ústavní včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné,

b) prevenci podle obecně závazných právních předpisů,

c) poskytování léčiv a prostředků zdravotnické techniky za podmínek stanovených tímto zákonem,

d) dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů do nejbližšího smluvního zdravotnického zařízení, které je oprávněno zdravotní péči poskytovat, vyžaduje-li to nezbytně jejich zdravotní stav; náklady místní dopravy se nehradí,

e) lázeňskou péči a zvláštní léčebnou péči poskytovanou podle doporučení lékaře jako nezbytnou součást léčebného procesu.

(2) Rozsah potřebné zdravotní péče a podmínky jejího poskytování blíže stanoví Zdravotní řád. Zdravotní řád je závazný pro všechny zdravotní pojišťovny, které provádějí zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovny uvedené v předchozí větě mohou upravit mimo rámec Zdravotního řádu rozsah zdravotní péče a podmínky jejího poskytování pouze ve prospěch svých pojištěnců.

(3) Zdravotní řád vydá po dohodovacím řízení s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „Pojišťovna"), zástupci ostatních zdravotních pojišťoven, zástupci smluvních zdravotnických zařízení, profesními organizacemi zřízenými zákonem[1]) a zástupci odborných

vědeckých společností vláda České republiky nařízením. Dohodovací řízení svolává ministerstvo nejméně jednou ročně.

(4) Potřebná zdravotní péče nezahrnuje vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu fyzických osob nebo v zájmu právnických osob, které nesledují léčebný účel.

(5) Sociální péči, zaopatření v dětských domovech, kojeneckých ústavech a v jeslích upravují zvláštní předpisy.[2])

**§ 3**
**Osobní rozsah zdravotního pojištění**

(1) Podle tohoto zákona jsou zdravotně pojištěni:

a) občané České a Slovenské Federativní Republiky, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky,

b) občané České a Slovenské Federativní Republiky, kteří jsou na území České republiky v pracovním nebo obdobném poměru anebo jsou samostatně výdělečně činní[3]) a mají trvalý pobyt na území Slovenské republiky,

c) občané České a Slovenské Federativní Republiky, kteří nemají trvalý pobyt na území České a Slovenské Federativní Republiky a jsou v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky,

d) cizí státní příslušníci a osoby bez státní příslušnosti, kteří nemají nárok na poskytnutí bezplatné péče na základě mezinárodních úmluv a jsou v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky

(dále jen „pojištěnci“).

(2) Ze zdravotního pojištění podle tohoto zákona jsou vyňati:

a) občané České a Slovenské Federativní Republiky, kteří nemají v České a Slovenské Federativní Republice trvalý pobyt a jsou na území České republiky činni pouze přechodně, pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky,

b) cizí státní příslušníci a osoby bez státní příslušnosti, kteří jsou činni na území České republiky pouze přechodně pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky nebo pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výsad a imunit.

**§ 4**
**Úhrada léčení v cizině**

Pojištěncům uvedeným v § 3 odst. 1 písm. a) a b) se na základě zdravotního pojištění hradí náklady nutného a neodkladného léčení v cizině, a to do výše nákladů spojených s takovým léčením na území České republiky.

**§ 5**
**Vznik a zánik zdravotního pojištění**

(1) Zdravotní pojištění vzniká:

a) narozením, jde-li o občana České a Slovenské Federativní Republiky s trvalým pobytem na území České republiky,

b) dnem nástupu do pracovního nebo obdobného poměru nebo zahájením samostatné výdělečné činnosti na území České republiky, jde-li o občana České a Slovenské Federativní Republiky, který na území České republiky nemá trvalý pobyt, má však trvalý pobyt na území České a Slovenské Federativní Republiky,

c) nabytím občanství České a Slovenské Federativní Republiky a získáním trvalého pobytu na území České republiky,

d) dnem nástupu do pracovního nebo obdobného poměru na území České republiky, jde-li o občana České a Slovenské Federativní Republiky, který nemá trvalý pobyt na území České a Slovenské Federativní Republiky nebo jde-li o cizího státního příslušníka anebo o osobu bez státní příslušnosti,

e) získáním trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o občana České a Slovenské Federativní Republiky, žijícího mimo území České a Slovenské Federativní Republiky.

(2) Zdravotní pojištění zaniká:

a) úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,

b) skončením pracovního nebo obdobného poměru nebo ukončením samostatné výdělečné činnosti na území České republiky, jde-li o občana České a Slovenské Federativní Republiky, který na území České republiky nemá trvalý pobyt, má však trvalý pobyt na území České a Slovenské Federativní Republiky,

c) zánikem občanství České a Slovenské Federativní Republiky nebo ukončením trvalého pobytu na území České republiky, pokud nejde o pojištěnce uvedené v § 3 odst. 1 písm. b) nebo c),

d) skončením pracovního nebo obdobného poměru na území České republiky, jde-li o občana České a Slovenské Federativní Republiky, který nemá trvalý pobyt na území České a Slovenské Federativní Republiky nebo jde-li o cizího státního příslušníka anebo o osobu bez státní příslušnosti,

e) ukončením trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o občana České a Slovenské Federativní Republiky, žijícího mimo území České a Slovenské Federativní Republiky.

## ČÁST DRUHÁ
## Pojistné

### § 6
### Plátci pojistného

(1) Plátci pojistného zdravotního pojištění (dále jen „plátci pojistného“) jsou:

a) pojištěnci,

b) zaměstnavatelé,

c) stát.

(2) Pojištěnec je plátcem pojistného z titulu pracovního nebo obdobného poměru nebo samostatné výdělečné činnosti anebo z titulu občanství České a Slovenské Federativní Republiky a trvalého pobytu na území České republiky, pokud plátcem pojistného není stát podle odstavce 4. Za osoby samostatně výdělečně činné se považují též poslanci zákonodárných sborů a ústavní činitelé.

(3) Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za osoby, které zaměstnává v pracovním nebo obdobném poměru, s výjimkou příjemců rodičovského příspěvku, osob na mateřské dovolené a osob na další mateřské dovolené. Zaměstnavatelem se rozumí právnická nebo fyzická osoba, která zaměstnává pojištěnce v pracovním nebo obdobném poměru.

(4) Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu České republiky za

a) nezaopatřené děti,[4])

b) poživatele důchodů československého důchodového zabezpečení, pokud nejsou výdělečně činní,

c) příjemce rodičovského příspěvku,[5])

d) osoby na mateřské a další mateřské dovolené,

e) uchazeče o zaměstnání,[6])

f) osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti,[7])

g) osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocnou osobu, o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě,[8])

h) osoby konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách nebo civilní službu,

i) osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, pokud nejsou výdělečně činné.

## § 7
## Povinnost platit pojistné

(1) Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci:

a) dnem nástupu do pracovního nebo obdobného poměru, nebo

b) dnem zahájení samostatně výdělečné činnosti, nebo

c) dnem následujícím po dni, kterým skončila povinnost státu platit za pojištěnce pojistné podle § 6 odst. 4, anebo

d) dnem následujícím po dni, kdy skončila povinnost platit pojistné z pracovního nebo obdobného poměru nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

(2) Povinnost zaměstnavatele platit část pojistného za pojištěnce vzniká dnem nástupu zaměstnance do pracovního nebo obdobného poměru s výjimkami stanovenými v § 6 odst. 3. Tato povinnost zaniká dnem skončení pracovního nebo obdobného poměru.

(3) Povinnost státu platit pojistné za pojištěnce vzniká dnem, kdy se stát podle § 6 odst. 4 stává plátcem pojistného. Tato povinnost zaniká dnem, kdy stát přestal být podle § 6 odst. 4 plátcem pojistného.

(4) Pojistné se platí měsíčně na účet zdravotní pojišťovny provádějící zdravotní pojištění do patnáctého dne následujícího kalendářního měsíce. Pojistné se zaplatí poprvé za kalendářní měsíc, ve kterém povinnost platit pojistné vznikla, přičemž se platí poměrná část pojistného; obdobně se platí poměrná část pojistného za měsíc, v němž povinnost platit pojistné zanikla.

(5) Nezaplatí-li plátce pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení a má nárok na poplatek z prodlení.

## § 8
## Výše a způsob placení pojistného a poplatků z prodlení

(1) Výši pojistného, poplatku z prodlení a způsob jejich placení stanoví zvláštní zákon.

(2) Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel.

(3) Písemnou smlouvou mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem může se zaměstnanec zavázat zaplatit zaměstnavateli zcela nebo zčásti částku odpovídající pojistnému, které za zaměstnance má zaměstnavatel povinnost hradit v době, kdy zaměstnanci poskytl neplacené pracovní volno.

## ČÁST TŘETÍ
## Práva a povinnosti plátců pojistného a pojištěnců

### § 9
### Oznamovací povinnost plátců pojistného

(1) Pojištěnec jako osoba samostatně výdělečně činná je povinen přihlásit se u příslušné zdravotní pojišťovny nejpozději do osmi dnů od zahájení výdělečné činnosti a odhlásit se nejpozději do osmi dnů od ukončení výdělečné činnosti.

(2) Pojištěnec, kterému zanikla povinnost platit pojistné jako pojištěnci v pracovním nebo obdobném poměru nebo jako osobě samostatně výdělečně činné, je povinen přihlásit se u příslušné zdravotní pojišťovny do osmi dnů ode dne, kdy tato povinnost zanikla nebo kdy zanikla povinnost státu platit za něj pojistné podle § 6 odst. 4.

(3) Pojištěnec, u něhož zdravotní pojištění vzniklo podle § 5 odst. 1 písm. c) a e) nebo zdravotní pojištění zaniklo podle § 5 odst. 2 písm. c) a e), je povinen přihlásit se nebo odhlásit se u příslušné zdravotní pojišťovny nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy zdravotní pojištění vzniklo nebo zaniklo.

(4) Zaměstnavatel je povinen přihlásit u příslušné zdravotní pojišťovny své zaměstnance nejpozději do osmi dnů od jejich vstupu do pracovního nebo obdobného poměru a odhlásit je nejpozději do osmi dnů od ukončení jejich pracovněprávního nebo obdobného pracovního vztahu. Zaměstnavatel je povinen vést k tomu účelu evidenci a dokumentaci.

(5) Zaměstnanec je povinen přihlásit se a odhlásit se u příslušné zdravotní pojišťovny neprodleně, zjistí-li, že jeho zaměstnavatel povinnost podle odstavce 4 nesplnil.

(6) Pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit pojistné podle § 6 odst. 4. Za nezletilé pojištěnce nebo osoby bez způsobilosti k právním úkonům plní tuto povinnost jejich zákonný zástupce, nejde-li o osoby zaměstnané, u nichž plní tuto povinnost zaměstnavatel. Oznamovací povinnost při narození dítěte plní jeho zákonný zástupce.

(7) Úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého je povinen příslušné zdravotní pojišťovně oznámit do osmi dnů od zápisu do matriky příslušný obecní úřad pověřený vedením matriky.

(8) Při prvním splnění oznamovací povinnosti vydá příslušná zdravotní pojišťovna pojištěnci, u nezletilého pojištěnce nebo osoby bez způsobilosti k právním úkonům jeho zákonnému zástupci, doklad, který slouží při styku s příslušnou zdravotní pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními jako doklad pojistného vztahu.

### § 10
### Práva pojištěnce

(1) Pojištěnec má právo:

a) na výběr pojišťovny provádějící všeobecné zdravotní pojištění; toto právo může uplatnit jednou za 3 měsíce,

b) na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby,[9]) kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně; toto právo může uplatnit jednou za 3 měsíce,

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

d) na úhradu nákladů spojených se zdravotní péčí, která mu byla poskytnuta v rozsahu stanoveném tímto zákonem a v souladu s předpisy vydanými k jeho provedení,

e) na úhradu nákladů spojených s poskytnutím léčebné péče v naléhavých případech ve zdravotnických zařízeních, která nejsou ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou,

f) na náhradu cestovních nákladů podle § 2 odst. 1 písm. d),

g) podílet se na kontrole poskytnuté potřebné zdravotní péče,

h) na úhradu nákladů spojených s nezbytnou dopravní službou, která není ve smluvním vztahu s pojišťovnou, do výše úhrady stanovené pojišťovnou.

(2) U osob vykonávajících povinnou vojenskou či civilní službu a dále u osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody je výběr lékaře zdravotnického zařízení a dopravní služby omezen podle zvláštních předpisů.

(3) Právem pojištěnce na výběr lékaře a zdravotnického zařízení podle odstavce 1 písm. b) není dotčeno oprávnění lékaře odmítnout převzetí pojištěnce do péče, pokud by tím bylo překročeno jeho únosné pracovní zatížení či z jiných závažných příčin, s výjimkou případů, kdy se jedná o neodkladné ošetření vážnějšího úrazu nebo onemocnění. Stejně není dotčeno právo pojištěnce na poskytnutí potřebné péče v rámci stanoveného spádového území,[10]) pokud mu tato péče nebyla poskytnuta zvoleným lékařem nebo zdravotnickým zařízením.

### § 11
### Povinnosti pojištěnce

Pojištěnec je povinen:

a) plnit oznamovací povinnost podle § 9 u Pojišťovny, pokud tuto oznamovací povinnost nesplnil u jiné zdravotní pojišťovny, kterou si zvolil,

b) sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, kterou zdravotní pojišťovnu si zvolil,

c) hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud tuto povinnost nemá stát,

d) dodržovat Zdravotní řád,

e) poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim,

f) podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví zvláštní předpisy,

g) dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí.

## ČÁST ČTVRTÁ
## Organizace zdravotního pojištění

### § 12
### Zdravotní pojišťovny

(1) Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:

a) Pojišťovna,

b) resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.

(2) Vznik a činnost pojišťoven uvedených v odstavci 1 upraví zvláštní zákony.

## § 13
## Úkoly zdravotních pojišťoven

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí náklady potřebné zdravotní péče poskytnuté pojištěncům zdravotnickými zařízeními na základě smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními vždy na dobu dvou let s možností vypovězení smlouvy v případě porušení smluvních podmínek i před uplynutím této doby.

(2) Smlouvy se uzavírají na rozsah těch druhů potřebné zdravotní péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat.

(3) Příslušná zdravotní pojišťovna poskytuje úhradu za provedené zdravotní výkony zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami vydaným ministerstvem vyhláškou po dohodovacím řízení s Pojišťovnou, zástupci ostatních zdravotních pojišťoven a se zástupci smluvních zdravotnických zařízení, profesními organizacemi zřízenými zákonem[1]) a zástupci odborných vědeckých společností. Účastníky dohodovacího řízení svolává ministerstvo nejméně jednou ročně. Ministerstvo financí České republiky stanoví na návrh Pojišťovny hodnotu bodu cenovým výměrem.

(4) Příslušná zdravotní pojišťovna na základě předloženého lékařského předpisu vystaveného smluvními zdravotnickými zařízeními uhradí zařízením lékárenské péče léčiva a prostředky zdravotnické techniky do výše cenového limitu stanoveného v seznamu léčiv a prostředků zdravotnické techniky vydaném ministerstvem v dohodě s ministerstvem financí České republiky a po předchozím dohodovacím řízení s Českou lékárnickou komorou, s Pojišťovnou a zástupci zdravotních pojišťoven. Účastníky tohoto řízení svolává ministerstvo nejméně jednou ročně. Vyžaduje-li to zdravotní stav nemocného podle doporučení ošetřujícího lékaře učiněného po dohodě s revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny, uhradí příslušná zdravotní pojišťovna léčiva nebo prostředky zdravotnické techniky nad rámec stanoveného cenového limitu. Žádá-li pojištěnec sám o poskytnutí léčiv nebo prostředků zdravotnické techniky nad rámec cenového limitu hrazeného zdravotní pojišťovnou zástupci ostatních zdravotních pojišťoven, je předepisující lékař povinen upozornit pojištěnce, že léčivo nebo prostředek zdravotnické techniky mu může být vydán jen za podmínky, že částku přesahující tento limit sám uhradí.

## Kontrola

## § 14

(1) Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování potřebné zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců.

(2) Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů. Další kontrolní činnost provádějí odborní pracovníci ve zdravotnictví způsobilí k revizní činnosti.

(3) Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčiv, prostředků zdravotnické techniky a na posuzování potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče.

(4) Revizní lékaři mohou vykonávat kontrolní činnost pouze v oboru, ve kterém získali specializaci.

(5) Revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost v pracovněprávním vztahu ke zdravotní pojišťovně, který je sjednáván na základě výběrového řízení.

### § 15

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

(2) Stejnopis účtu za poskytnutou potřebnou zdravotní péči jsou zdravotní pojišťovny povinny pojištěnci poskytnout.

## ČÁST PÁTÁ
## Pokuty a přirážky k pojistnému

### § 16

(1) Za nesplnění oznamovací povinnosti podle § 9 může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 10 000 Kčs a zaměstnavateli až do výše 200 000 Kčs. Při nesplnění oznamovací povinnosti zaměstnavatelem uloží pokutu pouze zaměstnavateli.

(2) Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne zjištění nesplnění oznamovací povinnosti plátcem pojistného, nejdéle však do tří let od doby, kdy oznamovací povinnost měla být splněna.

(3) Při opakovaném nesplnění oznamovací povinnosti může být uložena pokuta až do výše dvojnásobku uložené pokuty.

(4) Při opětovném nesplnění povinnosti podrobit se preventivní prohlídce podle § 11 písm. f) nebo porušuje-li pojištěnec závažným způsobem své povinnosti uvedené v § 11 písm. d) může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 500,– Kčs. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy se pojištěnec nepodrobil preventivní prohlídce, nejdéle však do tří let od doby, kdy povinnost podrobit se takové prohlídce měla být splněna.

(5) Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

### § 17

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna vyměří přirážku k pojistnému zaměstnavateli, u něhož v uplynulém kalendářním roce došlo k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných zdrojů nebo příčin a v důsledku toho i ke zvýšení nákladů na zdravotní péči.

(2) Příslušná zdravotní pojišťovna vyměří zaměstnavateli podle odstavce 1 přirážku k pojistnému až do výše 5 % z podílu na jím hrazeném pojistném všech zaměstnanců.

(3) Přirážku k pojistnému za kalendářní rok lze vyměřit nejdéle do 31. 3. následujícího roku. Přirážka k pojistnému je splatná na účet příslušné zdravotní pojišťovny jednorázově, nejpozději do jednoho měsíce ode dne doručení platebního výměru.

(4) Zaměstnavatelé jsou povinni příslušné zdravotní pojišťovně zasílat kopie záznamů o pracovních úrazech, a to najednou za uplynulý kalendářní měsíc, vždy nejpozději do pátého dne následujícího měsíce. Při nesplnění této povinnosti může příslušná zdravotní pojišťovna uložit zaměstnavateli pokutu až do výše 100 000,– Kčs.

(5) Zdravotnická zařízení, která jsou oprávněna k uznávání nemocí z povolání, jsou povinna zasílat příslušné zdravotní pojišťovně kopie hlášení nemocí z povolání.

## ČÁST ŠESTÁ
## Ustanovení společná, přechodná a závěrečná

### § 18
### Rozhodování

(1) Ve věcech týkajících se placení pojistného, pokut a přirážek k pojistnému rozhodují zdravotní pojišťovny platebními výměry, které jsou vykonatelné podle předpisů o řízení ve věcech občanskoprávních.

(2) Na rozhodování zdravotních pojišťoven se vztahují obecné předpisy o správním řízení. O odvolání rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny zřízený podle zvláštních předpisů.

(3) Pravomocná rozhodnutí zdravotních pojišťoven jsou přezkoumatelná soudem podle zvláštních předpisů.

### § 19
### Smluvní pojištění a připojištění

(1) Na podkladě pojistné smlouvy poskytne zdravotní pojišťovna v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou úhradu za zdravotní péči osobám, které nejsou pojištěnci ve smyslu tohoto zákona.

(2) Na podkladě pojistné smlouvy poskytne zdravotní pojišťovna v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou úhradu za poskytnutou péči, přesahující rámec potřebné zdravotní péče stanovené v § 2 odst. 1 a ve Zdravotním řádu a úhradu nákladů léčení v cizině nad rámec stanovený v § 4.

### § 20

V regresním řízení, které nebylo ke dni účinnosti tohoto zákona pravomocně skončeno, se postupuje podle dosavadních předpisů.

### § 21
### Zrušují se s působností pro Českou republiku

1. § 10 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů,
2. § 29 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu,
3. zákon č. 33/1965 Sb., o úhradě nákladů vznikajících státu z úrazů, nemocí z povolání a jiných poškození na zdraví (regresní náhrady), ve znění zákona ČNR č. 266/1991 Sb.,
4. vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 363/1991 Sb., kterou se provádí zákon o regresních náhradách,
5. směrnice ministerstva zdravotnictví ČSR č. 11/1980 Věst. MZ ČSR (reg. v částce 89/1980 Sb.) o vypořádání regresních náhrad z onemocnění zaprášením plic prachem obsahujícím kysličník křemičitý a z onemocnění rakovinou plic z radioaktivních látek,
6. vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 42/1966 Sb., o poskytování léčebně preventivní péče, ve znění vyhlášek č. 131/1988 Sb., č. 61/1990 Sb., č. 318/1990 Sb. a č. 487/1991 Sb.,
7. směrnice ministerstva zdravotnictví ČSR č. 15/1983 Věst. MZ ČSR o poskytování obvodních zdravotnických služeb a poskytování zdravotnických služeb pracujícím v závodech (reg. v částce 23/1983 Sb.), ve znění výnosu MZ ČSR č.j. LP/3-200-29. 3. 1990 (č. 321/1990 Sb.),
8. směrnice ministerstva zdravotnictví ČSR č. 10/1975 Věst. MZ ČSR o poskytování zdravotnických služeb československým občanům při jejich cestách a pobytu v zahraničí (reg. v částce 23/1975 Sb.), ve znění směrnic č. 4/1987 Věst. MZ ČSR (reg. v částce 16/1986 Sb.).

**§ 22**

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 1992, s výjimkou § 6, 7, § 8 odst. 2 a 3, § 9, § 11 písm. a) a c), § 16 odst. 1, 2 a 3, § 17, § 18 odst. 1 ve věcech týkajících se placení pojistného a přirážek k pojistnému, § 21 bod 3, 4 a 5, které nabývají účinnosti dnem 1. ledna 1993.

**Burešová v. r.**

**Pithart v. r.**

1) Např. zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

2) Jde zejména o tyto předpisy: zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška federálního ministerstva práce a sociálních věcí č. 149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zákon ČNR č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České socialistické republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

3) § 61 vyhlášky federálního ministerstva práce a sociálních věcí č. 149/1988 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

4) § 49 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb.

5) Zákon č. 382/1990 Sb., o rodičovském příspěvku.

6) § 7 odst. 1 zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti.
§ 3 odst. 4 zákona ČNR č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti.

7) § 92 odst. 5 zákona č. 100/1988 Sb.
Zákon ČNR č. 482/1991 Sb.

8) § 37 odst. 1 vyhlášky federálního ministerstva práce a sociálních věcí č. 149/1988 Sb.

9) Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních zdravotních službách (č. 161).
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona ČNR č. 210/1990 Sb., č. 425/1990 Sb. a č. 548/1991 Sb.

10) § 39 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Vydavateľ Zbierky zákonov Slovenskej republiky a prevádzkovateľ právneho a informačného portálu Slov-Lex dostupného na webovom sídle www.slov-lex.sk je Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky, Župné námestie 13, 813 11 Bratislava, tel.: 02 571 01 000, e-mail: helpdesk@slov-lex.sk.