

Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace (RIA)

SHRNUTÍ ZÁVĚREČNÉ ZPRÁVY RIA

1. Základní identifikační údaje	
Název návrhu: Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů	
Zpracovatel / zástupce předkladatele: MZD	Předpokládaný termín nabytí účinnosti, v případě dělené účinnosti rozveďte 10. 2019
Implementace práva EU: Ne	
2. Cíl návrhu zákona	
<i>Cílem zákona je zavedení transparentního určení obsazování správních a dozorčích rad zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven tak, aby takový způsob odpovídal nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl ÚS 21/15 a uspořádání systému veřejného zdravotního pojištění v České republice.</i> <i>Zákon zároveň upravuje způsob schvalování klíčových dokumentů z hlediska hospodaření a řízení hrazených služeb zdravotní pojišťovnou, tzn. zdravotně pojistného plánu, výroční zprávy a účetní závěrky. Současná právní úprava je v zásadě neaplikovatelná, neboť neumožňuje v praxi schválit uvedené dokumenty dostatečně rychle. Z toho důvodu je nezbytné změnit právní úpravu tak, aby zejména v případě zdravotně pojistných plánů došlo k jejich včasnému přijetí a zdravotní pojišťovny nebyly nuceny hospodařit v provizoriu.</i>	
3. Agregované dopady návrhu zákona	
3.1 Dopady na státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty: Ano	
<i>Očekává se mírné navýšení výdajů zdravotních pojišťoven na realizaci voleb. Částka v řádu maximálně stovek tisíc Kč na jedny volby bude hrazena z jejich provozního fondu.</i>	
3.2 Dopady na mezinárodní konkurenceschopnost ČR: Ne	
3.3 Dopady na podnikatelské prostředí: Ne	
3.4 Dopady na územní samosprávné celky (obce, kraje): Ne	
3.5 Sociální dopady: Ne	
3.6 Dopady na spotřebitele: Ne	
3.7 Dopady na životní prostředí: Ne	
3.8 Dopady ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti žen a mužů: Ano	
<i>Návrhem se odstraňuje nerovnost mezi osobami odvádějícími pojistné na veřejné zdravotní pojištění, kdy dosud byly jak na straně pasivního volebního práva, tak na straně aktivního</i>	

<i>volebního práva upřednostňovány pouze některé skupiny. Nově může být volen každý pojištěnec, který splní základní podmínky a doloží podporu alespoň dalších 50 pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Volit poté mohou všechny osoby odvádějící pojistné na veřejné zdravotní pojištění, přičemž stanovenou minimální výši odvedeného pojistného mohou splnit i spojením s další osobou.</i>
3.9 Dopady na výkon státní statistické služby: Ne
3.10 Korupční rizika: Ne
3.11 Dopady na bezpečnost nebo obranu státu: Ne

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

1.2 Definice problému

Ke způsobu obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven

V současné době je způsob obsazování orgánů zdravotních pojišťoven zřízených na základě zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 280/1992 Sb.“), upraven primárně v tomto právním předpisu a na něj navazující vyhlášce 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, v platném znění (dále jen „vyhláška č. 579/2006 Sb.“).

Podle ustanovení § 10 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb. platí, že: „Správní radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří 5 členů jmenovaných vládou a 10 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že 5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 5 členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.“

Podle ustanovení § 10 odst. 5 zákona č. 280/1992 Sb. platí, že: „Dozorčí radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří

a) 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda,

b) 6 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. “

Vyhláška č. 579/2006 Sb. poté upravuje podrobnosti týkající se voleb do obou orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, např. způsob vyhlášení voleb, organizaci voleb, podmínky navrhování kandidátů, způsob určení volitelů, způsob hlasování atd.

Dne 4. září 2018 byla část zákonné úpravy (viz výše podtržená část zákonné citace) a celá vyhláška č. 579/2006 Sb. zrušena nálezem Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15, a to uplynutím dne 30. září 2019. Tento krok Ústavní soud zdůvodnil v obecné rovině následujícím způsobem:

1) Ke zrušení části ustanovení § 10 odst. 3 a odst. 5 zákona č. 280/1002 Sb.: „Úlohou zaměstnaneckých pojišťoven podle zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách není provádět zdravotní pojištění primárně pro pojištěnce, kteří jsou zaměstnanci, nýbrž pro všechny své pojištěnce podle jejich aktuálního složení, přičemž v rámci své činnosti mají zohledňovat zájmy všech z nich. Navzdory svému označení jsou totiž v podstatě rovněž „všeobecnými“ zdravotními pojišťovnami, a tudíž neexistuje věcný důvod, pro který by část pojištěnců měla být upřednostňována v přístupu k funkci členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven jen z toho důvodu, že jsou navrženi organizacemi zaměstnavatelů nebo odborovými organizacemi, a který by v tomto ohledu bylo možno považovat za legitimní cíl zásahu do základního práva na přístup k veřejným funkcím za rovných podmínek podle čl. 21 odst. 4 Listiny.“

V rámci podrobného odůvodnění k tomu poté Ústavní soud uvádí, že: „...podmínění volby členů dozorčích nebo správních rad zaměstnaneckých pojišťoven návrhem organizace zaměstnavatelů nebo odborové organizace zakládá nerovnost mezi dvěma skupinami pojištěnců, a to těmi, kteří mohou být, resp. jsou členy těchto organizací, a těmi, kteří jimi být - s ohledem na to, že nejsou ani zaměstnavateli ani zaměstnanci - nemohou nebo nechťjí. V obou případech jde o skupiny se srovnatelným postavením (daným statusem pojištěnce zaměstnanecké pojišťovny a ve vztahu k užší části pojištěnců, kteří nejsou zaměstnanci, také tím, že hradí pojistné), přičemž však v případě posléze uvedené skupiny absence možnosti navrhnout kandidáty, kteří by zastupovali jejich zájmy, působí k jejich tíži.“

2) Ke zrušení vyhlášky č. 579/2006 Sb.: „Stanoví-li § 10 odst. 3 a odst. 5 písm. b) zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách výslovně, že právo volit do orgánů zaměstnanecké pojišťovny náleží zaměstnavatelům a pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny, nelze zákonné zmocnění ke stanovení „způsobu volby“ a „volebního řádu“ vykládat tak široce, že zahrnuje i možnost omezení okruhu osob s právem volit, jak to upravuje § 6 odst. 1 a 2 vyhlášky 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. Tím tato ustanovení vyhlášky v rozporu s čl. 79 odst. 3 Ústavy překračují meze zákonného zmocnění pro její vydání a nejsou ani v souladu s výslovným obsahem těchto zákonných ustanovení.“

Výše uvedené lze shrnout tak, že Ústavní soud ve vztahu k zákonné úpravě dovodil nerovnost mezi různými skupinami pojištěnců, neboť někteří z nich jsou *a priori* vyloučeni z pasivního volebního práva (nemohou být voleni). Takto založená nerovnost

je dle názoru Ústavního soudu v rozporu s čl. 21 odst. 4 Listiny. Vyhláška č. 579/2006 Sb. poté byla zrušena z důvodu rozporu se zákonným zmocněním (resp. překročení jeho mezí).

Nutno podotknout, že Ústavní soud výslovně uvedl, že předmětná úprava není v rozporu s čl. 21 odst. 1 až 3 Listiny a není nutné, aby pojištěnci byli nadáni aktivním volebním právem. Ostatně v tomto ohledu ani nezrušil část dotčených ustanovení, z nichž plyne, že aktivním volebním právem jsou nadáni rovněž zaměstnavatelé.

Předkladatel je v současné době konfrontován s otázkou, zdali je právní úprava bez částí zrušených ustanovení a vyhlášky č. 579/2006 Sb. aplikovatelná. Ze znění, které bude v případě nepřijetí právní úpravy plně účinné od 1. října 2019 pouze vyplývá, že pasivním volebním právem je nadán každý pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny a aktivním volebním právem jsou nadáni zaměstnavatelé a pojištěnci. Nejsou přitom stanoveny žádné podrobnější parametry (a to ani prováděcím právním předpisem) takové volby, zejména není zřejmé, kolik z 10 míst volených ve správní radě je obsazeno na základě volby zaměstnavatelů a kolik na základě volby pojištěnců. Nelze dovodit, jak se určí zaměstnavatelé s aktivním volebním právem (u pojištěnců by se patrně volba nebyla za takového znění omezena), ani další podstatné náležitosti volby. V zásadě by bylo ponecháno na vůli jednotlivých zdravotních pojišťoven, jakým způsobem budou volbu realizovat, bez podrobnějších pravidel ovšem vážně hrozí z jejich strany libovůle pouze s obtížnou možností kontroly.

Kolektivní orgány zaměstnaneckých pojišťoven přitom mají nezastupitelnou kompetenci rozhodovat o klíčových otázkách – např. správní rada o schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, výhledu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy, schválení zásad smluvní politiky, nákupu nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 2 000 000 Kč, nákupu hmotného a nehmotného majetku v pořizovací ceně vyšší než 2 000 000 Kč, zahájení zadávání podlimitních a nadlimitních veřejných zakázek na služby atd. V případě, kdy nebudou orgány zdravotních pojišťoven řádně obsazeny, dojde k zásadnímu omezení činnosti zdravotní pojišťovny.

Za takového stavu není žádoucí, aby na náleze Ústavního soudu nebylo ze strany zákonodárce nijak reagováno, neboť vážně hrozí, že orgány zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, které (především pak správní rada) v obecné rovině určují, jak nakládat s prostředky veřejného zdravotního pojištění ve výši desítek miliard korun, budou paralyzovány kvůli nemožnosti určení způsobu jejich obsazení.

Ke schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv zdravotních pojišťoven

Současná praxe, kdy má zdravotně pojistný plán každé zdravotní pojišťovny schvalovat Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, není funkční. Od roku 2006, kdy je tento postup v platnosti, nedošlo ani jednou k tomu, aby zdravotní pojišťovny nebyly nuceny hospodařit v provizoriu z důvodu průtahů předkládání materiálu PSP ČR a následnému schvalovacímu procesu, který často nepatří mezi prioritní materiály k projednání a není tak vůbec zařazován na program schůze. Nejčastěji je zdravotně pojistný plán schválen na podzim kalendářního roku, na nějž je sestavován, a v několika případech došlo dokonce k tomu, že zdravotně pojistné plány nebyly schváleny vůbec. Např. zdravotně pojistné plány zdravotních

pojišťoven pro rok 2018 byly PSP ČR schváleny až dne 24. ledna 2019 (přestože vláda je projednala již 27. února 2018). Zdravotně pojistné plány na rok 2017 byly projednány toliko výborem pro zdravotnictví a PSP ČR je vůbec neschválila. Obdobná situace je v oblasti schvalování výročních zpráv a účetních závěrek.

Jako nedůvodná se jeví vazba schvalování zdravotně pojistných plánů na projednávání státního rozpočtu, neboť s ním souvisí spíše okrajově. Mnohem podstatnější jsou v tomto ohledu výsledky dohodovacího řízení podle ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a na ně navazující úhradová vyhláška, která zásadním způsobem ovlivňuje výdaje systému veřejného zdravotního pojištění. Zároveň je podstatný vývoj pojistného na veřejné zdravotní pojištění, který probíhá nezávisle na státním rozpočtu (s výjimkou platby za tzv. státní pojištěnce, která má stanovena vlastní pravidla pro změnu).

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

Stávající právní úprava je poměrně podrobně popsána již v bodě 1.2 této RIA, neboť úzce souvisí s problémem, který vyvstal v důsledku nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15. Správní rada a dozorčí rada zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou obligatorně zřizované orgány se zákonem svěřenými pravomocemi. Jedna třetina těchto orgánů je jmenována vládou (srov. § 10 odst. 3 a odst. 5 zákona č. 280/1992 Sb.) na návrh příslušných ministrů, zbylé dvě třetiny jsou poté voleny, přičemž způsob této volby byl zpochybněn Ústavním soudem.

Podle ustanovení § 6 odst. 11 zákona č. 551/1991 Sb. platí, že: „*Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.*“ Prakticky shodná právní úprava je obsažena rovněž v ustanovení 15 odst. 11 zákona č. 280/1992 Sb. Stávající právní úprava je v praxi neaplikovatelná, jak je podrobněji uvedeno v části 1. 2 této RIA.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

Dotčenými subjekty jsou v tomto případě primárně zdravotní pojišťovny, které transparentní způsob ustavené orgánů potřebují k výkonu své činnosti (zejména správní radě jsou svěřeny klíčové rozhodovací pravomoci). Dotčení jsou zároveň pojištěnci, o jejichž právech a povinnostech v souvislosti s účastí v systému veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojišťovna rozhoduje, resp. je naplňuje konkrétním obsahem. V neposlední řadě jsou dotčení zaměstnavatelé, kterým je v současnosti svěřeno právo volit dvě třetiny orgánů zdravotních pojišťoven (za podmínek stanovených vyhláškou č. 579/2006 Sb.). Dotčeny jsou zároveň „reprezentativní odborové organizace“, které *pro futuro* v důsledku zrušení právní úpravy nepatří mezi subjekty, které mohou nominovat kandidáty na členy orgánu zaměstnaneckých pojišťoven.

V oblasti schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv jsou dotčeným subjektem primárně zdravotní pojišťovny (odvozeně lze dojít k závěru, že okrajově dotčení mohou být i poskytovatelé a pojištěnci), kterým není zejména v případě zdravotně pojistného plánu umožněno hospodařit a jednat dle jimi sestavených ukazatelů, ale jsou

nuceny řídit se tzv. provizoriem sestaveným Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí. Případná změna by měla tuto skutečnost pozitivně ovlivnit a umožnit, aby zdravotně pojistné plány byly schváleny ještě před začátkem kalendářního roku, na nějž jsou sestavovány, a výroční zprávy a účetní závěrky v racionálně odůvodněné době od jejich schválení zdravotní pojišťovnou.

1.5 Popis cílového stavu

Primárním cílem je zakotvení takové právní úpravy, která bude odpovídat závěrům nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15 a zajistí takový způsob obsazování orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, jenž bude odpovídat úlohám jednotlivých aktérů v systému veřejného zdravotního pojištění v České republice. Rozsah odchýlení od stávající právní úpravy ovšem musí nutně vyplynout z dalších částí této RIA. Zcela zásadní je ovšem i realizovatelnost zvoleného řešení, které musí být rychle aplikovatelné a nezatěžovat nad přiměřenou míru administrativně i finančně dotčené subjekty.

1) Ústavněprávní konformita navrženého řešení – *conditio sine qua non* – varianta řešení, která ji nesplňuje, nemůže být vůbec předmětem posuzování v rámci hodnocení RIA.

2) Snadná aplikace právní úpravy, aby ji bylo možné realizovat již na začátku roku 2020, kdy končí funkční období volené části orgánů v několika zdravotních pojišťovnách.

3) Rozložení obsazení jednotlivých orgánů nesmí být zcela nahodilé, ale musí odpovídat postavení jednotlivých aktérů (stát, pojišťenci, zaměstnavatelé) v systému veřejného zdravotního pojištění.

Předkladatel považuje za žádoucí vyjádřit se rovněž k aplikaci řešení používaného pro obsazování orgánů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen „VZP ČR“), kdy jsou dvě třetiny správní rady (resp. 10 členů dozorčí rady) voleny Poslaneckou sněmovnou na základě poměrného zastoupení stran. Pro účely obsazení byt' jen části orgánu zaměstnanecké pojišťovny nepovažuje předkladatel toto řešení za případné. V první řadě je VZP ČR zřízena přímo zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 551/1991 Sb.“), (nikoliv zakladatelským jednáním) a disponuje zdaleka největším kmenem pojištěnců (cca 5,9 mil., tedy 57 % z celkového počtu). Lze tak dovodit, že určení členů orgánů prostřednictvím Poslanecké sněmovny, která je sestavena v řádných volbách, zajišťuje dostatečnou reprezentativnost, kdy lze i mezi poslanci očekávat větší počet pojištěnců VZP ČR. Naproti tomu u zaměstnaneckých pojišťoven bude tato situace diametrálně odlišná, navíc zákon č. 280/1992 Sb. na rozdíl od zákona č. 551/1991 Sb. výslovně předpokládá, že volený člen orgánu zaměstnanecké pojišťovny je zároveň jejím pojištěncem. V takovém případě je reprezentativnost určení členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven Poslaneckou sněmovnou značně iluzorní, neboť o něm budou fakticky rozhodovat poslanci bez bližšího vztahu k pojišťovně i bez znalosti navržených kandidátů. Z toho důvodu nepovažuje předkladatel uvedené řešení pro zaměstnanecké pojišťovny za žádoucí, neboť by vedlo k nedůvodné unifikaci rozhodování jednotlivých zdravotních pojišťoven prostřednictvím Poslanecké sněmovny, k čemuž neexistuje reálný věcný důvod.

V oblasti schvalování klíčových dokumentů týkajících se hospodaření a řízení hrazené zdravotní péče je cílem zakotvit takovou právní úpravu, která především umožní fakticky schválit zdravotně pojistné plány před začátkem kalendářního roku, na něž jsou sestavovány. Právní úprava schvalování výročních zpráv a účetních závěrek by poté s nově stanoveným postupem pro zdravotně pojistné plány měla korespondovat.

1.6 Zhodnocení rizika

Bez přijetí konkretizující právní úpravy bude text zákona č. 280/1992 Sb. týkající se obsazování orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven s účinností od 1. října 2019 pouze stěží aplikovatelný. Lze očekávat paralyzování klíčových orgánů zdravotních pojišťoven, přičemž zejména u správní rady bude mít taková situace s vysokou pravděpodobností vliv na celkové fungování zdravotní pojišťovny. Správní radě náleží klíčové úkoly související se schvalováním účetních závěrek, výročních zpráv, zdravotně pojistných plánů, tvorbě smluvní politiky, volbou ředitele zdravotní pojišťovny atd.

V první fázi může dojít ke sporům týkajících se pasivního i aktivního volebního práva mezi jednotlivými dotčenými skupinami pojištěnců a plátců pojistného. Problematická tak bude samotná realizace voleb a určení členů orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. I v případě, kdy bude překonána tato fáze, hrozí zpochybňování samotného právního jednání takto ustavených orgánů – k obdobnému problému již v minulosti došlo ve Vojenské zdravotní pojišťovně ČR v roce 2016, kdy byl mandát několika zvolených členů správní rady napaden u civilního soudu.

Bez novelizace právní úpravy v oblasti schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv zdravotních pojišťoven, bude konzervován současný stav, kdy v praxi neexistuje možnost, aby tyto dokumenty byly schváleny včas. Zejména u zdravotně pojistných plánů poté dochází k tomu, že zdravotní pojišťovna je i přes splnění všech svých povinností nucena většinu kalendářního roku hospodařit v tzv. provizoriu sestaveném Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí, neboť zdravotně pojistný plán není v PSP ČR projednán.

2. Návrh variant řešení

a) Ke způsobu obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven

Na straně pasivního volebního práva vychází předkladatel ze závěrů prezentovaných Ústavním soudem, podle kterého: „Za těchto okolností neexistuje věcný důvod, pro který by část pojištěnců měla být upřednostňována v přístupu k funkci členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven jen z toho důvodu, že jsou navrženi organizacemi zaměstnavatelů nebo odborovými organizacemi, a který by v tomto ohledu bylo možno považovat za legitimní cíl. Zákaz svévole, jenž vyplývá ze zásady právního státu podle čl. 1 odst. 1 Ústavy, neumožňuje, aby zákonodárce stanovil povinnost, resp. omezení určitého základního práva, jejíž splnění nemá žádný objektivně seznatelný účel, který by takovýto zásah ústavně aproboval.“ Možnost kandidovat na člena orgánu zdravotní pojišťovny tak může být omezena pouze v případě, kdy to bude mít „objektivně seznatelný účel“. Vzhledem k tomu, že takový důvod dle předkladatele neexistuje, navrhuje umožnit kandidovat kterémukoliv pojištěnci příslušné zdravotní pojišťovny. Minimální bariérou je v tomto ohledu povinnost prokázat podporu

alespoň 50 dalších pojištěnců zaměstnanecké pojišťovny, jejímž cílem je eliminovat vysokou administrativní náročnost a nepřehlednost voleb (velké množství kandidátů bez reálné možnosti na úspěch), která může vést ke komplikacím při hlasování a zpochybňování výsledků voleb.

Na straně aktivního volebního práva naopak existuje poměrně široká škála možných řešení, které se primárně odvíjí od postavení jednotlivých aktérů v systému veřejného zdravotního pojištění. Tato řešení jsou popsána dále v rámci jednotlivých variant.

Varianta nulová

Tato varianta předpokládá, že s účinností k 1. říjnu 2019 nedojde k žádné dodatečné změně právní úpravy a bude zachováno znění zákona č. 280/1992 Sb. tak, jak jej upravil Ústavní soud nálesem sp. zn. Pl. ÚS 21/15. Bude tak platit, že volen může být (pasivní volební právo) každý pojištěnec (jednotná kandidátka), který se přihlásí, a to zaměstnavateli a pojištěnci (aktivní volební právo) příslušné zdravotní pojišťovny. S ohledem na zrušení zbytku právní úpravy nebudou stanoveny podrobnější pravidla pasivního ani aktivního volebního práva a bude v zásadě záviset na rozhodnutí každé jednotlivé zaměstnanecké pojišťovny, jak se rozhodne právní úpravu aplikovat.

Varianta 1 – tripartitní model založený na úlohách aktérů v systému veřejného zdravotního pojištění

Jedna třetina orgánů bude shodně jako dosud obsazována zástupci státu jmenovanými vládou na návrh ministra zdravotnictví (resp. ministra financí a ministra práce a sociálních věcí). Ti reprezentují část odvedeného pojistného do systému veřejného zdravotního pojištění za skupinu tzv. státních pojištěnců a rovněž dohledovou pravomoc, která je zejména Ministerstvu zdravotnictví (ústřední orgán státní správy pro oblast zdravotního pojištění, kontrola hospodaření a činnosti zdravotních pojišťoven) a Ministerstvu financí (kontrola hospodaření zdravotních pojišťoven) svěřena právními předpisy.

Druhá třetina bude z pojištěnců příslušné zaměstnanecké pojišťovny navrhována a volena shodně jako dosud významnými zaměstnavateli, kteří odvedou pojistné alespoň v minimální stanovené výši (0,5 % za posledních 7 měsíců před vyhlášením voleb). Tato část reprezentuje podstatnou část pojistného na veřejné zdravotní pojištění, s nímž zaměstnanecká pojišťovna hospodáří. Volby budou probíhat shodným způsobem jako je tomu dle současné právní úpravy s tím rozdílem, že významní zaměstnavatelé budou volit pouze 5 členů správní rady (resp. 3 členy v případě dozorčí rady) na základě návrhů kandidátů, které sami podají. Počet hlasů bude určen na základě výše odvedeného pojistného.

Poslední třetina poté bude volena „spotřebiteli“ hrazené péče, tedy pojištěnci příslušné zdravotní pojišťovny, k nimž se řadí rovněž osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů, státní pojištěnci i jednotliví zaměstnanci. Tyto osoby nedisponují volebním právem na základě odvádění pojistného, ale na základě příslušnosti ke zvolené zaměstnanecké pojišťovně. Jediným možným modelem hlasování je v tomto případě přímá volba, kdy bude každý pojištěnec disponovat takovým počtem hlasů jako je počet volených členů orgánů.

Z organizačního hlediska a z důvodu zajištění co nejširší účasti na volbách se jeví jako vhodná kombinace prezenční a elektronické volby.

Příklad: Po skončení funkčního období volených členů správní rady dochází k obměně všech 10 míst. Zaměstnanecká pojišťovna vyhlásí volby a stanoví termín, do kdy mohou pojištěnci podávat přihlášky k volbě. Kandidovat může jakýkoliv pojištěnec příslušné zaměstnanecké pojišťovny, který prokáže podporu alespoň 50 dalších pojištěnců (pro část správní rady volenou pojištěnci), nebo který byl navržen významným zaměstnavatelem odvádějícím stanovenou výši pojistného (pro část volenou významnými zaměstnavateli). Zaměstnanecká pojišťovna vyhlásí volby a stanoví termín, do kdy mohou pojištěnci podávat přihlášky k volbě. Po skončení této lhůty sestaví dvě kandidátní listiny. Jedna z nich je tvořena kandidáty navrženými zaměstnavateli, kdy tito zaměstnavatelé zároveň v rozsahu jimi odvedeného pojistného určí pět členů správní rady. Druhá třetina je poté určena hlasováním pojištěnců, které může v rámci svých informačních systémů zaměstnanecká pojišťovna realizovat elektronicky, prezenčně, nebo kombinací těchto dvou možností. V tomto případě má každý pojištěnec jeden hlas a zvoleni jsou kandidáti s největším počtem obdržených hlasů. Náhradníky jsou kandidáti na dalších místech podle počtu získaných hlasů.

Varianta 2 – model založený na platbě pojistného na veřejné zdravotní pojištění – možnost podílet se na volbě pro všechny plátce pojistného

V této variantě zůstává z důvodu platby za tzv. státní pojištěnce nadále třetina orgánů zaměstnaneckých pojišťoven obsazována zástupci státu (jmenování vládou). Zbylé dvě třetiny poté vzejdou z voleb, v nichž budou disponovat hlasovacím právem plátcí pojistného v rozsahu odvedeného pojistného v poměru k celkové výši odvedeného pojistného. Jinak řečeno, váha hlasu plátce pojistného plyne z jeho podílu na celkovém skutečně odvedeném pojistném.

Pro realizaci této varianty je třeba rozdělit podíl pojistného odváděného zaměstnavatelem za zaměstnance, kdy podle ustanovení § 9 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. platí, že: „*Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel.*“ Zaměstnanec jako plátce pojistného tak bude disponovat hlasovacím právem v rozsahu 1/3 za něj odváděného pojistného. Zaměstnavatel poté může hlasovat v rozsahu 2/3 jím odvedeného pojistného za všechny jeho zaměstnance přihlášené u příslušné zaměstnanecké pojišťovny. Pro tyto účely je nutné pozměnit zákon č. 592/1992 Sb., neboť podle současného znění ustanovení § 25 odst. 3 tohoto zákona zaměstnavatelé zasílají zdravotní pojišťovně pouze informace o celkovém odvodu pojistného za všechny přihlášené zaměstnance, nikoliv za jednotlivce. Zaměstnanecká pojišťovna musí mít podrobný přehled o výši zaplaceného pojistného za jednotlivce, aby byla volba realizovatelná. Na rozdíl od varianty 3 nepředpokládá tato varianta s ohledem na počet jednotlivých osob disponujících právem se na volbách podílet spojování za účelem dosažení stanovené minimální výše odvedeného pojistného. Hlas jedné osoby má váhu jí odvedeného pojistného, přičemž každá osoba může rozdělit tolik hlasů jako je počet volených členů orgánů.

I v rámci této varianty bude volba realizována prostřednictvím kombinace prezenční a elektronické volby, aby byla zajištěna co nejširší volební účast.

Příklad: Voleno má být 10 členů správní rady. Zaměstnanecká pojišťovna vyhlásí volby a stanoví termín, do nějž mohou pojištěnci podávat své přihlášky ke kandidatuře, pokud prokáží podporu alespoň 50 dalších pojištěnců příslušné zaměstnanecké pojišťovny. Po uplynutí lhůty pro podání přihlášek sestaví zdravotní pojišťovna kandidátní listinu a určí dobu, po níž mohou plátcí pojistného volit. Např. zaměstnanec 1 disponuje odvedeným pojistným za posledních 7 kalendářních měsíců před vyhlášením voleb ve výši 11 000 Kč (1/3 pojistného odvedeného pojistného) – svůj hlas může přidělit nejvíce 10 kandidátům na členství ve správní radě, přičemž každý z nich, který od zaměstnance 1 hlas obdrží, získá podporu ve výši 11 000 Kč. Zaměstnavatel 1 odvedl za posledních 7 měsíců pojistné ve výši 730 000 Kč (2/3 pojistného za všechny zaměstnané pojištěnce příslušné pojišťovny) a jeden jeho hlas tak má váhu právě 730 000 Kč. Členy správní rady se stává 10 kandidátů, kteří obdrží největší podporu vyjádřenou výši odvedeného pojistného. Náhradníky jsou kandidáti na dalších místech podle počtu získaných hlasů. Hlasování může zaměstnanecká pojišťovna realizovat prezenčně, elektronicky nebo kombinací těchto možností.

Varianta 3 – model založený na odvodu pojistného na veřejné zdravotní pojištění – na volbě se podílejí osoby odvádějící pojistné

Aktivní volební právo se v této variantě přiznává všem osobám nebo spojením osob, které ve stanovené době odvedou alespoň minimální výši pojistného, která bude činit 0,4 % z úhrnu všech částek sdělených správci přerozdělení za posledních 7 měsíců před vyhlášením voleb (obdoba současného stavu ve vyhlášce). Na rozdíl od stávající právní úpravy přitom bude možné, aby se takto přihlásili nikoliv pouze zaměstnavatelé, ale například i osoby samostatně výdělečně činné či osoby bez zdanitelných příjmů, pokud ve spojení s jinými osobami odvádějícími pojistné splní minimální výši pojistného. Varianta vychází ze zastoupení jednotlivých zaměstnanců jejich zaměstnavatelem, který za ně odvádí jejich část pojistného a plní další povinnosti vyplývající z účasti v systému veřejného zdravotního pojištění (k tomu blíže § 10 zákona č. 48/1997 Sb. a příslušná ustanovení zákona č. 592/1992 Sb.). Uvedený model je zjednodušením varianty 2, jehož cílem je především výrazně snadnější aplikovatelnost volby a snížená administrativní náročnost.

Za vstupních 0,4 % odvedeného pojistného poté připadne osobě nebo spojením osob takový počet hlasů, který odpovídá počtu volených členů orgánu zaměstnanecké pojišťovny (ve správní radě 10, v dozorčí radě 6). Za každé další 0,2 % odvedeného pojistného bude hlasující disponovat polovinou hlasů, jako je počet volených kandidátů. Cílem tohoto postupu je zajistit co nejefektivnější využití hlasovacího práva a zajištění spravedlnosti mezi hlasujícími. Takto přidělené celé hlasy mohou dle uvážení rozdělit mezi jakýkoliv počet přihlášených kandidátů.

Samotná realizace volby bude probíhat v období 5 měsíců před skončením funkčního období celého orgánu, nebo ve výjimečném případě, kdy nebude na základě předchozí volby k dispozici již žádný náhradník na uvolněné místo, v pěti měsících po vzniku této skutečnosti (zaměstnanecká pojišťovna vyhláší volby bezodkladně). Ve lhůtě 3 měsíců od vyhlášení voleb budou pojištěnci podávat přihlášky ke kandidatuře a osoby odvádějící pojistné přihlášky k volbě. Nesprávně podané přihlášky nelze opravovat po uplynutí lhůty, nicméně v případě chyby ve výpočtu pojistného může sama zaměstnanecká pojišťovna takový nedostatek

odstranit. V ostatních případech vyzve podatele k opravě chyb. Po uplynutí lhůty budou zveřejněny seznamy kandidátů i osob oprávněných k volbě včetně počtu jejich hlasů. Hlasování následně probíhá korespondenčně, kdy je nezbytné zajistit, aby informace o hlasování byly známy nejdříve členům volební komise (nesmí dojít k ovlivnění hlasování). Z jejího jednání se bude pořizovat audiovizuální záznam a zvoleni budou ti kandidáti, kteří obdrží nejvyšší počet hlasů podle počtu obsazovaných míst (10 správní rada, 6 dozorčí rada). Kandidáti s nižším počtem hlasů jsou podle jejich počtu náhradníky na místa členů orgánu.

Př. Skupina 12 zaměstnavatelů, z nichž ani jeden sám nedosahuje stanovenou minimální výši odvedeného pojistného pro možnost jmenovat člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny, se spojí, přičemž dohromady bude výše odvedeného pojistného činit 1,1 % z úhrnné výše odvedeného pojistného. Ve volbách do správní rady se volí 10 kandidátů, tedy tato skupina disponuje celkem 25 hlasy. Celkem se přihlásilo 15 kandidátů a je plně na zvážení skupiny zaměstnavatelů, zda svých 25 hlasů např. poskytne jedinému kandidátovi (zvýší šance na zvolení alespoň jednoho zástupce) či naopak např. rozdělí své hlasy mezi deset z nich (doufá v široké zastoupení ve správní radě). Zvoleno je následně 10 přihlášených pojištěnců s nejvyšším počtem hlasů. Náhradníky jsou kandidáti na dalších místech podle počtu získaných hlasů.

b) Ke schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv zdravotních pojišťoven

Varianta nulová

Tato varianta předpokládá zachování současného stavu, kdy jsou všechny dokumenty nejprve schváleny samosprávnými orgány zdravotních pojišťoven, následně podrobeny odbornému přezkoumání Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, následně předány k projednání vládě, která je doporučuje ke schválení Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR.

Většina potřebných ukazatelů ke schválení zdravotně pojistných plánů (výsledky dohodovacího řízení, výše platby za státní pojištěnce) je známa v polovině kalendářního roku (30. června). K sestavení zdravotně pojistných plánů je potřeba poskytnout zdravotním pojišťovnám dostatečnou lhůtu, přičemž jako nejzazší termín bude nově stanoven 31. říjen roku předcházejícího kalendářnímu roku, na nějž se zdravotně pojistný plán sestavuje. Následně budou v co nejkratší lhůtě posouzeny zdravotně pojistné plány Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí tak, aby mohly být nejpozději ve druhé polovině listopadu projednány v meziresortním připomínkovém řízení a následně předloženy v průběhu prosince vládě ČR k projednání. Ta předá schválené zdravotně pojistné plány PSP ČR, která je projedná a schválí nejdříve na konci prvního kvartálu roku, na nějž jsou zdravotně pojistné plány sestaveny. S ohledem na dosavadní zkušenosti je ovšem nutné očekávat, že ke schválení zdravotně pojistných plánů dojde mnohem později (2. polovina příslušného kalendářního roku).

Varianta 1 – Schvalování klíčových dokumentů hospodaření zdravotních pojišťoven vládou ČR

Tento návrh předpokládá, že po přezkoumání obsahu zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv z hlediska jejich souladu s právními předpisy a veřejným zájmem

v oblasti zdravotního pojištění Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí budou tyto dokumenty schvalovány již pouze na úrovni vlády jako vrcholného orgánu moci výkonné.

Co se týče harmonogramu schvalování zdravotně pojistných plánů, ten je shodný s variantou nulovou s tím rozdílem, že proces již nepokračuje projednáním v PSP ČR a je tak reálně možné, aby zdravotně pojistné plány byly schváleny řádně před koncem kalendářního roku, na nějž jsou sestavovány.

Varianta 2 – Klíčové dokumenty nejsou schvalovány žádným orgánem veřejné moci

Podle této varianty by bylo plně v kompetenci zdravotních pojišťoven, jakým způsobem zdravotně pojistný plán, účetní závěrku a výroční zprávu zpracují. Tyto dokumenty by nutně musely být i nadále v souladu s právními předpisy, resp. zdravotní pojišťovny by musely plnit své povinnosti na základě právních předpisů, nikoliv na základě zdravotně pojistného plánu, pakliže by s nimi byl v rozporu. Nebylo by však již možné, aby Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí ovlivnily zdravotně pojistný plán z důvodu jeho rozporu s veřejným zájmem v oblasti zdravotního pojištění. Jednalo by se např. o případy, kdy zdravotní pojišťovna ve zdravotně pojistném plánu znevýhodní finančně či jiným způsobem segment zdravotních služeb, který je v danou chvíli klíčový pro zajištění dostupnosti hrazených služeb.

3. Vyhodnocení nákladů a přínosů

a) Ke způsobu obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven

Náklady a přínosy jednotlivých variant je nezbytné posuzovat zejména z hlediska základních cílů, které předkladatel sleduje. Vzhledem k potřebě urychleného přijetí právní úpravy a zajištění řádného obsazení orgánů zdravotních pojišťoven nejpozději na začátku roku 2020 jsou primárními sledovanými hledisky ústavněprávní konformita řešení a rychlá a snadná proveditelnost v praxi. Přihlížet je ovšem nutné i k potřebě řádného zapojení všech dotčených aktérů do rozhodovací činnosti zdravotní pojišťovny.

Varianta nulová

Dopady této varianty jsou částečně popsány již výše v rámci hodnocení rizika nepřijetí právní úpravy. Prakticky jediným přínosem je legislativní nenáročnost takového řešení, kdy právní úprava nebude nijak měněna. S vysokou pravděpodobností bude ovšem taková právní úprava neaplikovatelná, neboť nebude obsahovat ani základní pravidla pro realizaci voleb. Na tom nic nemění ani zachování zákonného zmocnění pro vydání prováděcího právního předpisu, neboť to je pro potřeby komplexnějšího řešení včetně určení poměru mezi zástupci pojištěnců a zaměstnavatelů nadaných aktivním hlasovacím právem zjevně nedostatečné. Takový přístup by vedl k nejasnostem a sporům o obsazení orgánů zaměstnaneckých pojišťoven, což by zásadně ohrozilo jejich funkčnost a schopnost plnit řádně zákonem svěřené kompetence.

Způsob zapojení jednotlivých aktérů systému veřejného zdravotního pojištění v této variantě nelze jednoznačně posoudit. Závisel by totiž na reálné praxi v jednotlivých zaměstnaneckých pojišťovnách a stanoveném rozložení při hlasování. Zastoupení by však nutně měli mít mimo státu ve spravedlivé míře pojištěnci a zaměstnavatelé. Zde je třeba podotknout, že takové rozdělení zcela neodpovídá postavení těchto subjektů v systému veřejného zdravotního pojištění. Zaměstnavatelé v tomto modelu reprezentují osoby, jež odvádí nejvýznamnější část

pojistného, tedy jejich úloha je odvislá od finančních prostředků, které do systému odvádějí. V této části jsou však nadále zcela opomenuty například osoby samostatně výdělečně činné či osoby bez zdanitelných příjmů, které také vynakládají své finanční prostředky na pojistné. Sice mohou být zároveň aktivními voliteli v části pojištěnců, nicméně ta v tomto uspořádání reprezentuje spíše osoby čerpající hrazené zdravotní služby. Ani stávající rozdělení mezi pojištěnce a zaměstnavatele tedy nelze považovat za zcela ideální.

Varianta 1

Navržené řešení předpokládá kromě přijetí pozitivní právní úpravy alespoň na úrovni zákona také samotnou přípravu realizace voleb. Zatímco v případě části orgánů volené zaměstnavateli by nemělo být řešení časově náročné (jedná se o období současného stavu), pro část volenou pojištěnci bude řešení zásadně komplikovanější a finančně náročné. Pokud bude volba realizována elektronicky, bude u většiny zaměstnaneckých pojišťoven nezbytné zajistit systém umožňující takový způsob. To předpokládá realizaci veřejných zakázek na jeho dodání, přičemž jejich zadávání je možné zahájit až po přijetí této právní úpravy. Patrně ještě náročnější by byla realizace volby prezenční, kdy je nezbytné zajistit, aby nebyla dotčena možnost volit kteréhokoliv pojištěnce a zabezpečena dostatečná kontrola. Zjevnou nevýhodou tohoto řešení je tak riziko, že se nepodaří zabezpečit obsazení orgánů zaměstnaneckých pojišťoven po uplynutí funkčního období těch současných, kdy některým z nich končí již v průběhu roku 2020 (první volby nutné realizovat v únoru 2020).

Předkladatel se v tomto uspořádání zároveň obává možného ovlivňování voleb v části orgánů volené pojištěnci. Při nízké volební účasti (kterou patrně lze očekávat) nebude nezbytné získání velkého počtu hlasů pro zvolení do příslušného orgánu zdravotní pojišťovny. V minulosti přitom existovaly případy, kdy v rámci náborových kampaní ke zdravotním pojišťovnám (v současnosti již omezené) byly některé osoby schopny pod příslibem poskytnutí finančních prostředků převést až několik tisíc pojištěnců v době několika málo týdnů. Obdobných praktik se nelze vyvarovat ani v tomto případě a jen stěží jim lze zcela zabránit i pozitivní právní úpravou. Toto řešení tak nese poměrně značný korupční potenciál.

Tato varianta představuje ústavně konformní řešení, nicméně stejně jako v případě varianty nulové lze konstatovat, že rozdělení mezi zaměstnavatele a pojištěnce v této formě zcela neodpovídá postavení jednotlivých aktérů v systému veřejného zdravotního pojištění (osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů se voleb mohou aktivně účastnit jen v části volené pojištěnci).

Varianta 2

Řešení předpokládá zajištění široké volební účasti všem osobám platící pojistné. Na rozdíl od varianty 1 tedy není volební právo všeobecné pro všechny pojištěnce, i přesto lze ale předpokládat jeho vysokou administrativní náročnost a významné finanční dopady. Zaměstnavatelé budou nově zasílat zdravotním pojišťovnám údaje o odvodu a výši pojistného každého zaměstnance. Přestože tyto údaje již nyní standardně vedou, lze drobné dopady očekávat i v jejich sféře. Vyšší náklady je nutné očekávat na straně zdravotních pojišťoven, které zatím podrobnou evidenci jednotlivých plátců pojistného (až na úroveň zaměstnanců) nevedou, resp. nemají přehled o konkrétní výši pojistného jednotlivých osob. U voleb

konaných v roce 2020 by navíc patrně bylo po nabytí účinnosti právní úpravy nezbytné nahlásit tyto údaje i zpětně. Tato změna si tak nutně vyžádá poměrně rozsáhlou úpravu informačních systémů, stejně jako realizace voleb elektronickým způsobem. Neméně časově a finančně náročná bude příprava voleb konaných prezenční formou. I při ideálním průběhu přípravy (včetně realizace veřejných zakázek na úpravu IT systémů) je konání voleb u pojišťoven, které je plánují v roce 2020 značně ohroženo.

Na straně druhé lze tuto variantu označit za vysoce spravedlivou z pohledu aktivní volební účasti osob, které jsou plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Každá z nich se může účastnit hlasování v rozsahu jejího podílu na odvedeném pojistném. Takové řešení je podle předkladatele i zcela ústavně konformní, kdy žádný plátců pojistného není reálně omezen na výkon volebního práva.

Varianta 3

Navržené řešení klade vysoké nároky především na zákonodárce, neboť musí nastavit pravidla volby, která ale může být následně poměrně rychle realizována. Vzhledem k tomu, že zaměstnanecké pojišťovny disponují úhrnnými údaji o výši pojistného, které jim odvádějí jednotlivé osoby, není problémem ověřit minimální výši pojistného, které umožňují osobám či skupinám osob volit. Větší nároky jsou před podáním přihlášky k volbě kladeny na jednotlivé osoby odvádějící pojistné, které mají v úmyslu se spojovat. Zde je třeba připustit, že složitější postavení budou mít menší z nich, u nichž bude vyžadována vyšší aktivita za účelem dosažení stanovené výše minimálního odvedeného pojistného umožňujícího účast na volbě. Tento nedostatek bude zmírněn nastavením dostatečné časové lhůty pro podání přihlášek k volbě, aby i tyto osoby měly dostatečnou možnost pro spojení a dosažení potřebné výše odvedeného pojistného. Administrativní náročnost následného procesu již bude značně nižší, neboť volby se budou aktivně účastnit již pouze subjekty či uskupení subjektů splňující podmínku minimální výše odvedeného pojistného. Zdravotní pojišťovna poté bude již jen kontrolovat faktickou správnost informací o odvedeném pojistném, přičemž k tomu není třeba žádných zásadních dodatečných nákladů. Volba samotná poté bude probíhat korespondenčně, tedy ani v tomto ohledu nelze předpokládat zvýšenou administrativní náročnost nebo významné finanční náklady na realizaci.

Částečným nedostatkem tohoto řešení je omezení jednotlivých zaměstnanců disponovat svým podílem pro účely volby orgánů. Na straně druhé je zaměstnanec jako plátců pojistného v rámci systému veřejného zdravotního pojištění svým zaměstnavatelem zastupován i v mnoha jiných oblastech, tudíž má takový přístup své opodstatnění.

b) Ke schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv zdravotních pojišťoven

V této oblasti je klíčovým kritériem schopnost připravit a projednat zdravotně pojistný plán v takovém čase, aby bylo možné jej schválit nejpozději k 31. 12. roku, který předchází kalendářnímu roku, na nějž je sestavován. Zároveň je nezbytné, aby stát (resp. jeho k tomu příslušné orgány) mohly nadále efektivně alespoň obecně ovlivňovat oblast hrazených zdravotních služeb, které jsou občanům ČR garantovány čl. 31 Listiny.

Varianta nulová

Tato varianta sice nadále umožňuje ovlivňování klíčových dokumentů prostřednictvím k tomu příslušných orgánů, nicméně fakticky není možné, aby byly tyto dokumenty schváleny v přiměřené době od jejich zpracování. To je problematické zejména v případě zdravotně pojistných plánů, které jsou klíčové pro směřování hospodaření zdravotní pojišťovny a řízení dostupnosti zdravotních služeb. Jak plyne z popisu varianty nulové, není možné, aby byl zdravotně pojistný plán schválen před začátkem kalendářního roku, na nějž je sestavován.

Co se týče zachování možnosti státu prostřednictvím svých orgánů ovlivňovat obsah jednotlivých dokumentů, je v rámci této varianty zachován, nicméně jako diskutabilní se jeví jejich „přezkum“ PSP ČR. Ta prakticky nemá možnost dokumenty jakkoliv upravovat, může je pouze buď schválit, nebo zamítnout (případně neprojednat). V případě výročních zpráv a účetních závěrek je poté jejich schvalování orgánem moci zákonodárné tím spíše nedůvodné, že jsou ověřeny prostřednictvím zprávy auditora a následné kontroly Ministerstvem zdravotnictví a financí.

Varianta 1 – Schvalování klíčových dokumentů hospodaření zdravotních pojišťoven vládou ČR

Tato varianta umožňuje, aby byly dokumenty týkající se hospodaření zdravotních pojišťoven a zajišťování dostupnosti hrazených služeb pro pojištěnce schváleny v racionální lhůtě po jejich sestavení zdravotní pojišťovnou. V případě zdravotně pojistných plánů pak tato varianta umožňuje jejich schválení před začátkem kalendářního roku, na nějž se vztahují. Zároveň je zachována možnost orgánů státní správy zasahovat do zdravotně pojistných plánů nejen v těch případech, kdy jsou v rozporu s právními předpisy, ale i tehdy, když narušují veřejný zájem v oblasti zdravotního pojištění.

Varianta 2 – Klíčové dokumenty nejsou schvalovány žádným orgánem veřejné moci

Jak je zřejmé, tato varianta zajišťuje dostatečně rychlé schválení všech klíčových dokumentů zdravotní pojišťovny. V případě výročních zpráv a účetních závěrek dochází k jejich ověření prostřednictvím zprávy auditora, nicméně v případě zdravotně pojistných plánů nejsou nikterak přezkoumávány. I přesto musí být zdravotně pojistný plán sestaven tak, aby byly naplněny podmínky stanovené právními předpisy. Jiná situace je ovšem z hlediska dodržení jeho souladu s veřejným zájmem v oblasti zdravotního pojištění. V takovém případě neexistuje při přijetí této varianty možnost státu zasáhnout do zdravotně pojistného plánu a upravit jej např. v souladu s potřebou udržitelného financování systému veřejného zdravotního pojištění.

4. Zvolení vybraného řešení

a) Ke způsobu obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven

Zásadní podmínkou pro budoucí právní úpravu je její co nejsnadnější aplikace při současném respektování postavení jednotlivých účastníků systému veřejného zdravotního pojištění. Jako nejméně vhodnou a v případě nesprávné realizace zdravotní pojišťovnou potenciálně protiústavní lze bezpochyby vnímat variantu nulovou a lze ji vyloučit jako první. Zásadním kritériem je pro předkladatele zejména časový rámec možné realizace, kdy je nezbytné, aby volby členů orgánů u některých zaměstnaneckých pojišťoven proběhly již v roce 2020. Každá

z variant přitom zároveň předpokládá různě dlouhou přípravu pro její faktické uskutečnění. Z tohoto pohledu se jako jednoznačně nejsnazší jeví varianta č. 3, při níž se volba zjednodušuje prostřednictvím předchozího spojování jednotlivých osob odvádějících pojistné. Zároveň není třeba složitých příprav samotné volby, která bude probíhat korespondenčně a samotné sčítání hlasů volební komisí proběhne bez účasti volících subjektů. Zbylé dvě varianty (1 a 2) předpokládají významně složitější přípravu, kdy dle předkladatele není možné zajistit, aby jejich prostřednictvím proběhly volby do orgánů zaměstnaneckých pojišťoven již v roce 2020. Přestože tak varianta 2 dle předkladatele nejlépe reflektuje rozložení úloh v rámci systému veřejného zdravotního pojištění (pasivní volební právo mají všichni pojištěnci, aktivní volební právo plátcí pojistného v rozsahu jimi zaplaceného pojistného), domnívá se, že **za časového rámce potřebného pro realizaci voleb v některých zaměstnaneckých pojišťovnách, je nejvhodnější varianta č. 3.**

b) Ke schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv zdravotních pojišťoven

Za účelem zajištění aplikovatelnosti právní úpravy schvalování základních dokumentů zdravotních pojišťoven se **navrhuje řešení prostřednictvím varianty 1.** Tedy *pro futuro* bude tato procedura končit u vlády, jakožto vrcholného orgánu moci výkonné. Kromě naplnění obou výše uvedených hodnocených kritérií (schválení v potřebné časové lhůtě, zajištění přezkumu dokumentů orgány státní moci) takový krok odpovídá principu dělení moci ve státě, kdy není odůvodněné, aby zdravotně pojistné plány, účetní závěrky a výroční zprávy zdravotních pojišťoven schvaloval orgán, který reprezentuje moc zákonodárnou.

5. Implementace doporučené varianty a vynucování

V oblasti volby členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven bude doporučená varianta aplikována v závislosti na potřebě první volby členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven. Předkladatel má za to, že tam, kde nekončí žádnému z členů dosavadních orgánů zaměstnaneckých pojišťoven mandát, je žádoucí dokončit funkční období. V těch případech, kdy po nabytí účinnosti právní úpravy vyprší mandát být jen jedinému volenému členu orgánu, bude nezbytné uskutečnit volby celého orgánu tak, aby všem voleným členům začalo funkční období v jeden okamžik.

Schvalovací procedury dokumentů zdravotních pojišťoven zahájené před nabytím účinnosti právní úpravy, by měly být dokončeny podle dosavadní právní úpravy. Po nabytí účinnosti již bude postupováno tak, je uvedeno ve zvoleném řešení podle této RIA. V zásadě nedochází ke změně oproti stávající praxi s tím rozdílem, že proces schvalování bude ukončen na úrovni vlády ČR.

6. Přezkum účinnosti regulace

Ministerstvo zdravotnictví vnímá tuto variantu jako provizorní, přičemž v rámci plánované komplexní revize právních předpisů upravujících činnost zdravotních pojišťoven by mělo dojít k celkové restrukturalizaci jejich orgánů včetně úpravy kompetencí. Účinnost regulace bude proto Ministerstvo zdravotnictví sledovat i z hlediska schopnosti zdravotních pojišťoven řádně realizovat volby a poznatky a aplikace této právní úpravy budou sloužit pro nastavení systému do budoucna, případně přenést tuto praxi i do budoucí právní úpravy.

7. Konzultace a zdroje dat

Návrh byl konzultován s většinou přímo i nepřímo zainteresovaných subjektů, zejména poté se zdravotními pojišťovnami. Názory na možné uspořádání se velmi lišily v závislosti na postavení jednotlivých oslovených subjektů. Výsledná varianta je proto částečně kompromisem, který může být dostatečně rychle realizován tak, aby zaměstnanecké pojišťovny mohly nadále řádně fungovat a provádět veřejné zdravotní pojištění.