

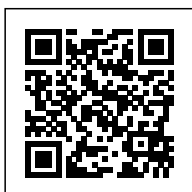


PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY
POSLANECKÁ SNĚMOVNA

VIII. volební období

516/0

**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**



Zástupce předkladatele: ministr zdravotnictví
Doručeno poslancům: 19. června 2019 v 12:42

V l á d n í n á v r h

ZÁKON

ze dne 2019,

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

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

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., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 188/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 60/2014 Sb., zákona č. 109/2014 Sb., zákona č. 256/2014 Sb., zákona č. 200/2015 Sb., zákona č. 128/2016 Sb., zákona č. 298/2016 Sb., zákona č. 24/2017 Sb. a zákona č. 183/2017 Sb., se mění takto:

1. V § 6 odst. 6 se slova „návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok,“ zrušují a na konci odstavce se doplňuje věta „Návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok předloží Pojišťovna Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí do 31. října roku předcházejícímu kalendářnímu roku, na nějž se zdravotně pojistný plán vztahuje.“.

2. V § 6 odst. 11 se slova „rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu“ nahrazují slovy „kalendářní rok schvaluje vláda“.

3. V § 7 odst. 1 písm. b) se slova „výše rezervního fondu činí“ nahrazují slovy „minimální výše rezervního fondu činí“, slova „z pojistného“ se zrušují, za slova „zůstatku základního fondu“ se vkládají slova „nebo ostatních fondů“ a za slovo „stanovené“ se vkládá slovo „minimální“.

4. V § 21 odstavec 1 zní:

„(1) Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a celkové hospodaření Pojišťovny. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do veškerých dokumentů Pojišťovny a zjišťovat stav a způsob hospodaření Pojišťovny.“.

Čl. II

Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok, které již vláda navrhla Poslanecké sněmovně Parlamentu schválit podle zákona č. 551/1991 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, se schválí způsobem stanoveným podle zákona č. 551/1991 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

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. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 351/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 188/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 60/2014 Sb., zákona č. 109/2014 Sb., zákona č. 256/2014 Sb., zákona č. 200/2015 Sb., zákona č. 128/2016 Sb., zákona č. 298/2016 Sb., zákona č. 24/2017 Sb., zákona č. 183/2017 Sb. a nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 233/2018 Sb., se mění takto:

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

„h) označení osoby nebo osob podle zakládací listiny, které plní funkci Správní rady a Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny do doby zvolení prvních členů Správní rady a Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny; tyto osoby musí splňovat předpoklady pro výkon funkce podle § 10,

i) označení osoby podle zakládací listiny, která plní funkci ředitele do doby jmenování ředitele Správní radou zaměstnanecké pojišťovny; tato osoba musí splňovat předpoklady pro výkon funkce podle § 9a.“.

2. V § 10 se odstavec 3 zrušuje.

Dosavadní odstavce 4 až 15 se označují jako odstavce 3 až 14.

3. V § 10 odstavec 4 zní:

„(4) Dozorčí rada zaměstnanecké pojišťovny dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a celkové hospodaření zaměstnanecké pojišťovny. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do veškerých dokumentů zaměstnanecké pojišťovny a zjišťovat stav a způsob hospodaření zaměstnanecké pojišťovny.“.

4. V § 10 se za odstavec 4 vkládá nový odstavec 5, který zní:

„(5) Dozorčí rada zaměstnanecké pojišťovny projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy a své stanovisko předkládá Správní radě.“.

Dosavadní odstavce 5 až 14 se označují jako odstavce 6 až 15.

5. V § 10 odst. 7 se text „§ 6 odst. 6“ nahrazuje textem „§ 6 odst. 7“.

6. V § 10 odstavec 8 zní:

„(8) Funkční období člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny činí 4 roky, není-li dále stanoveno jinak, a začíná prvním dnem po skončení funkčního období předchozího člena orgánu, na jehož místo nastupuje postupem podle § 10a odst. 3 písm. a), nebo prvním dnem po dni, kdy byl zvolen členem orgánu v případě podle § 10a odst. 3 písm. b). Funkční období náhradníka trvá nejdéle do skončení funkčního období voleného člena orgánu, na jehož místo nastoupil. Člena orgánu jmenovaného vládou lze z funkce odvolat i před uplynutím funkčního období.“.

7. V § 10 odst. 15 písmeno d) zní:

„d) dnem, kdy se stal volený člen orgánu zaměstnanecké pojišťovny pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny,“.

8. Za § 10 se vkládají nové § 10a až 10d, které znějí:

„§ 10a

(1) Správní radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří 5 členů jmenovaných vládou a 10 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny osobami odvádějícími pojistné na veřejné zdravotní pojištění této zaměstnanecké pojišťovně. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví.

(2) 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 osobami odvádějícími pojistné na veřejné zdravotní pojištění této zaměstnanecké pojišťovně.

(3) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna vyhlásit volby do příslušného orgánu

- a) nejpozději 5 měsíců před ukončením funkčního období jeho volených členů, nebo
b) bezodkladně v případě, že na uvolněné místo voleného člena orgánu již není možné povolat náhradníka.

(4) Osobou odvádějící pojistné se pro účely voleb do orgánů zaměstnanecké pojišťovny rozumí

- a) zaměstnavatel,
b) osoba samostatně výdělečně činná,
c) osoba bez zdanitelných příjmů, kterou se rozumí osoba, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát.

(5) Zaměstnanecká pojišťovna zveřejní informaci o vyhlášení voleb způsobem umožňujícím dálkový přístup. Informace o vyhlášení voleb obsahuje

- a) označení orgánu zaměstnanecké pojišťovny, do něhož se volby konají,
b) počet volených členů příslušného orgánu zaměstnanecké pojišťovny,
c) celkový úhrn pojistného sděleného správci zvláštního účtu podle zvláštního právního předpisu za období 6 kalendářních měsíců předcházejících kalendářnímu měsíci, ve kterém se vyhlašují volby,
d) seznam 100 osob odvádějících pojistné, které v období 6 kalendářních měsíců předcházejících kalendářnímu měsíci, ve kterém se vyhlašují volby, odvedly zaměstnanecké pojišťovně nejvyšší pojistné,
e) minimální výši odvedeného pojistného, které je podmínkou podání přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny podle § 10b odst. 5, a
f) lhůtu pro podání přihlášky

1. ke kandidatuře na člena příslušného orgánu zaměstnanecké pojišťovny,
2. k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny.

(6) Ode dne vyhlášení voleb začíná běžet tříměsíční lhůta, v níž je

- a) pojištěnec oprávněn podávat zaměstnanecké pojišťovně přihlášku ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny,

- b) osoba odvádějící pojistné oprávněna podávat zaměstnanecké pojišťovně přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, a to tehdy, není-li členem spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4,
- c) společný zástupce osob odvádějících pojistné určený podle § 10b odst. 4 oprávněn podávat zaměstnanecké pojišťovně přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny.

§ 10b

(1) Kandidovat do orgánu zaměstnanecké pojišťovny může osoba, která

- a) je plně svéprávná,
- b) je bezúhonná,
- c) doručila zaměstnanecké pojišťovně vlastnoručně podepsané prohlášení, že souhlasí se svou kandidaturou a nejsou jí známy překážky volitelnosti, a vlastnoručně podepsaný životopis,
- d) prokáže podporu alespoň 50 pojištěnců příslušné zaměstnanecké pojišťovny; podpora se prokazuje řádně vyplněným podpisovým archem doručeným zaměstnanecké pojišťovně společně s prohlášením podle písmene c), a
- e) je ke dni podání přihlášky ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny pojištěncem zaměstnanecké pojišťovny, která volby vyhlásila.

(2) Podpisový arch obsahuje jméno, popřípadě jména, a příjmení, číslo pojištěnce a vlastnoruční podpis pojištěnce, který vyjadřuje kandidátovi svoji podporu. Součástí podpisového archu je souhlas se zpracováním osobních údajů v rozsahu podle věty první, a to pouze pro účely volby, pro niž se podpora vyjadřuje.

(3) Přihláška ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny obsahuje

- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení, číslo pojištěnce, datum narození, adresu pro doručování a ověřený vlastnoruční podpis osoby kandidující na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny,
- b) označení orgánu zaměstnanecké pojišťovny, do něhož osoba kandiduje,
- c) vlastnoručně podepsané prohlášení osoby, že souhlasí se svou kandidaturou a nejsou jí známy překážky volitelnosti, a vlastnoručně podepsaný životopis,
- d) výpis z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší než 3 měsíce, a
- e) řádně vyplněný podpisový arch podle odstavce 2.

(4) Za účelem podání přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny se osoby odvádějící pojistné mohou spojovat. Takto spojené osoby odvádějící pojistné si určí jednoho společného zástupce.

(5) Přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny může podat

- a) osoba odvádějící pojistné, která není členem spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4 a která nemá ke dni vyhlášení voleb nedoplatek na pojistném, penále nebo pokutách a odvedla příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) pojistné ve výši alespoň 0,4 % celkového úhrnu pojistného za toto období; této osobě odvádějící pojistné náleží tolik hlasů, jako je počet volených členů příslušného orgánu, a za každé další 0,2 % odvedeného pojistného náleží této osobě odvádějící pojistné tolik hlasů, jako je polovina počtu volených členů příslušného orgánu,
- b) společný zástupce osob odvádějících pojistné určený podle odstavce 4, a to tehdy, pokud žádná z osob ve spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4, jež tento společný zástupce zastupuje, nemá ke dni vyhlášení voleb nedoplatek na pojistném, penále nebo pokutách a v součtu všechny osoby v tomto spojení více osob odvádějících pojistné odvedly příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) pojistné ve výši alespoň 0,4 % celkového úhrnu pojistného za toto období; tomuto spojení více osob odvádějících pojistné náleží tolik hlasů, jako je počet volených členů příslušného orgánu, a za každé další 0,2 % ze součtu odvedeného pojistného za všechny osoby v tomto spojení více osob odvádějících pojistné náleží tomuto spojení více osob odvádějících pojistné tolik hlasů, jako je polovina počtu volených členů příslušného orgánu.

(6) Přihláška k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny obsahuje

- a) označení osoby nebo osob odvádějících pojistné s jejich ověřeným vlastnoručním podpisem nebo ověřeným podpisem jejich statutárního orgánu,
- b) úhrn pojistného odvedeného příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) za každou osobu odvádějící pojistné a celkový součet těchto úhrnů pojistného za všechny osoby ve spojení v případě, kdy se jedná o spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4, a
- c) označení společného zástupce s jeho ověřeným vlastnoručním podpisem nebo ověřeným podpisem jeho statutárního orgánu a adresu pro doručování v případě, kdy se jedná o spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4.

(7) Nesplňuje-li osoba podmínky pro kandidaturu podle odstavce 1 nebo nesplňuje-li přihláška ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nebo přihláška k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny náležitosti podle odstavců 3 nebo 6, zaměstnanecká pojišťovna bezodkladně, nejpozději do 5 dnů ode dne doručení přihlášky ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nebo přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, vyzve k doplnění nebo úpravě příslušných náležitostí. Nejsou-li náležitosti doplněny nebo upraveny nejpozději do 10 dnů od uplynutí lhůty pro podání přihlášky ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nebo přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, považuje se přihláška za neplatnou. Spočívá-li

nedostatek přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny v nesprávném výpočtu odvedeného pojistného, vypočte jej zaměstnanecká pojišťovna sama a o této skutečnosti informuje příslušnou osobu odvádějící pojistné nebo společného zástupce v případě, kdy se jedná o spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4.

§ 10c

(1) Nejpozději do 15 dnů od uplynutí lhůty pro podání přihlášek podle § 10a odst. 6 zveřejní zaměstnanecká pojišťovna způsobem umožňujícím dálkový přístup

- a) seznam kandidátů na člena příslušného orgánu, včetně jejich životopisu,
- b) seznam osob, které nejsou členy spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4 a které podaly přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, včetně výše úhrnu pojistného jimi odvedeného příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) a počtu hlasů, které jim náleží, a
- c) seznam spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4, která podala přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny s tím, že u každého takového spojení se uvede
 - 1. seznam osob odvádějících pojistné, jež se do tohoto spojení spojily,
 - 2. výše celkového součtu úhrnů pojistného, které osoby v tomto spojení odvedly příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) a
 - 3. počet hlasů, které tomuto spojení náleží.

(2) Zaměstnanecká pojišťovna zašle ve lhůtě podle odstavce 1 hlasovací listinu a informaci o počtu hlasů, které je možné mezi kandidáty rozdělit, a to

- a) osobě odvádějící pojistné, která podala přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, a
- b) společnému zástupci osob odvádějících pojistné určenému podle § 10b odst. 4, který podal přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny.

(3) Osoby uvedené v odstavci 2 písm. a) a b) do 15 dnů ode dne doručení hlasovací listiny a informace o počtu hlasů podle odstavce 2 předají zaměstnanecké pojišťovně v řádně uzavřené obálce s označením „volby do orgánů zaměstnanecké pojišťovny“ osobně nebo prostřednictvím držitele poštovní licence vyplněnou hlasovací listinu.

(4) Hlasy, které náleží osobě odvádějící pojistné přihlášené k volbě členů zaměstnanecké pojišťovny, která není členem spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4, může tato osoba rozdělit mezi libovolný počet kandidátů na hlasovací listině. Hlasy, které náleží spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4 přihlášenému

k volbě členů zaměstnanecké pojišťovny, může společný zástupce tohoto spojení více osob odvádějících pojistné určený podle § 10b odst. 4 rozdělit mezi libovolný počet kandidátů na hlasovací listině.

§ 10d

(1) Zaměstnanecká pojišťovna zřizuje pětičlennou volební komisi. Čtyři členy volební komise jmenuje ředitel příslušné zaměstnanecké pojišťovny. Jednoho člena volební komise jmenuje ministr zdravotnictví. Volební komise volí ze svého středu předsedu, který řídí její činnost. Volební komise provede součet hlasů pro jednotlivé kandidáty a na jeho základě stanoví jejich pořadí.

(2) Členy Správní rady zaměstnanecké pojišťovny jsou zvoleni ti kandidáti, kteří se podle počtu odevzdaných platných hlasů umístí na prvních 10 místech. Kandidáti, kteří se umístí na dalších místech a získali alespoň 1 hlas, jsou náhradníky na místo členů Správní rady, a to v pořadí podle počtu odevzdaných hlasů. V případě rovnosti hlasů rozhoduje o pořadí kandidátů los.

(3) Členy Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny jsou zvoleni ti kandidáti, kteří se podle počtu odevzdaných platných hlasů umístí na prvních 6 místech. Kandidáti, kteří se umístí na dalších místech a získali alespoň 1 hlas, jsou náhradníky na místo členů Dozorčí rady, a to v pořadí podle počtu odevzdaných hlasů. V případě rovnosti hlasů rozhoduje o pořadí kandidátů los.

(4) Volební komise v den jednání pořídí ve 2 vyhotoveních zápis o průběhu a výsledku voleb, který obsahuje

- a) označení orgánu, do něž se volba konala,
- b) jméno, popřípadě jména, a příjmení členů volební komise,
- c) označení osob přihlášených k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, které nejsou členy spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4 a které doručily obálky s vyplněnou hlasovací listinou,
- d) označení osob, které se spojily podle § 10b odst. 4 a přihlášily se k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny a jejichž společný zástupce určený podle § 10b odst. 4 doručil obálku s vyplněnou hlasovací listinou, a označení jejich společného zástupce určeného podle § 10b odst. 4,
- e) informaci o případných nedostatcích hlasovacích listin a o tom, zda tyto nedostatky mají vliv na přidělení hlasů nebo na celkový výsledek hlasování,
- f) pořadí kandidátů podle počtu jim odevzdaných hlasů, případně protokol o losování, a
- g) podpis všech členů volební komise; jestliže některý z členů volební komise podpis odepře, uvedou se důvody v zápisu.

(5) Průběh jednání volební komise a výsledky voleb musí být osvědčeny notářským zápisem. Notář musí být přítomen celému jednání volební komise.

(6) Výsledek volby zveřejní zaměstnanecká pojišťovna bezodkladně způsobem umožňujícím dálkový přístup a zároveň jej zašle všem kandidátům, kteří obdrželi alespoň 1 hlas.

(7) Zaměstnanecká pojišťovna uchová jedno vyhotovení protokolu včetně hlasovacích lístků nejméně po dobu funkčního období členů orgánu, do nějž se volby konaly. Jedno vyhotovení zápisu o průběhu a výsledku voleb zašle Ministerstvu zdravotnictví.“.

9. V § 15 odst. 6 se slova „návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok,“ zrušují a na konci odstavce se doplňuje věta „Návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok předloží zaměstnanecká pojišťovna Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí do 31. října roku předcházejícímu kalendářnímu roku, na nějž se zdravotně pojistný plán vztahuje.“.

10. V § 15 odst. 11 se slova „rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu“ nahrazují slovy „kalendářní rok schvaluje vláda“.

11. V § 18 se na začátek odstavce 1 vkládá slovo „Minimální“, za slova „zůstatku základního fondu“ se vkládají slova „nebo ostatních fondů“ a za slovo „stanovené“ se vkládá slovo „minimální“.

Čl. IV

Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok, které již vláda navrhla Poslanecké sněmovně Parlamentu schválit podle zákona č. 280/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, se schválí způsobem stanoveným podle zákona č. 280/1992 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona.

ČÁST TŘETÍ

ÚČINNOST

Čl. V

Tento zákon nabývá účinnosti patnáctým dnem po jeho vyhlášení.

Důvodová zpráva

I. Obecná část

A) Zhodnocení platného právního stavu

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.“

Podtržená část výše uvedených ustanovení byla s účinností od 1. října 2019 zrušena nálezem Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15.

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 (viz § 6 odst. 11 zákona č. 551/1991 Sb. a § 15 odst. 11 zákona č. 280/1992 Sb.), 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 často 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 již neschválila.

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).

Přestože výroční zprávy a účetní závěrky mají charakter spíše hodnotící, i v tomto případě mnohdy došlo za stávající právní úpravy k tomu, že tyto dokumenty byly schváleny s více než ročním zpožděním, resp. nebyly schváleny vůbec.

B) Odůvodnění hlavních principů navrhované právní úpravy

Ke způsobu obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven

Cílem právní úpravy v této oblasti je reagovat na výše uvedený nálezk Ústavního soudu a zajistit řádné obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven tak, aby nedošlo k jejich paralýze. Z toho důvodu se navrhuje, aby orgány zdravotních pojišťoven byly s výjimkou členů jmenovaných vládou ČR a zastupujících úlohu státu voleny z řad pojištěnců jednotlivých zaměstnaneckých pojišťoven. Aktivním volebním právem budou následně nadány osoby či spojení osob, které odvádějí pojistné a ve stanovené době před vyhlášením voleb odvedly pojistné v celkové výši alespoň 0,4 % z celkového úhrnu odvedeného pojistného. Tyto osoby nebo spojení osob budou následně disponovat určitým počtem hlasů podle výše odvedeného pojistného. Za účelem získání aktivního volebního práva je přitom možné, aby se osoby odvádějící pojistné spojovaly bez ohledu na jejich povahu (zaměstnavatel, osoba samostatně výdělečně činná, osoba bez zdanitelných příjmů).

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, aby *pro futuro* končila tato procedura u vlády, jakožto vrcholného orgánu moci výkonné. Krom toho, že se jedná o návrat k dřívější praxi, která zde byla do roku 2004, zároveň 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.

C) Vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy v jejím celku

Ke způsobu obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven

Bez přijetí konkretizující právní úpravy bude text zákona č. 280/1992 Sb. týkající se obsazování orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v zásadě neaplikovatelný s účinností od 1. 10. 2019. 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 nejdůležitější úkoly související se schvalováním účetních závěrek, výročních zpráv, zdravotně pojistných plánů, tvorbě smluvní politiky, volbou ředitele zdravotní pojišťovny atd.

Podle názoru předkladatele přitom nelze ponechat řešení voleb na jednotlivých zdravotních pojišťovnách bez podrobnějších pravidel. V takovém případě v první fázi může dojít ke sporům ohledně pasivního i aktivního volebního práva mezi jednotlivými dotčenými skupinami pojištěnců a plátců pojištěnců. 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. K tomu je možné rovněž citovat z předmětného nálezu Ústavního soudu: „*Problémem napadené zákonné úpravy je absence podrobnějších pravidel volby, která jsou – s výjimkou omezení práva být volen na pojištěnce zaměstnanecké pojišťovny a výlučného oprávnění reprezentativních organizací zaměstnavatelů a reprezentativních odborových organizací navrhopvat kandidáty pro volby do správních rad a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven – prostřednictvím zákonného zmocnění zcela ponechána prováděcí vyhlášce.*“ Je tedy zjevné, že i Ústavní soud považuje současnou úpravu na úrovni zákona za kusou a její ponechání po zrušení podstatné části není ani z tohoto pohledu žádoucí.

Problematickou zároveň nelze řešit ani samostatně prováděcím právním předpisem, neboť v důsledku nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15 lze ve vztahu k současné právní úpravě dovozovat, že zmocňovací ustanovení k vydání prováděcího právního předpisu je zjevně nedostatečné.

Dle současného stavu bude nezbytné vyhlásit volby do správní rady Zaměstnanecké pojišťovny škoda v květnu 2020. Následně bude v roce 2020 nezbytné vyhlásit volby do orgánů České průmyslové zdravotní pojišťovny a Vojenské zdravotní pojišťovny.

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

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.

D) Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem České republiky

Předkladatel je pochopitelně konfrontován se závěry nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15. Je tedy nezbytné v tomto ohledu navrhovanou právní úpravu s podstatnými výroky porovnat.

„Z práva občanů podílet se na správě veřejných věcí přímo nebo svobodnou volbou svých zástupců podle čl. 21 odst. 1 Listiny nevyplývá právo pojištěnců volit členy správních rad a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven podle § 10 odst. 3 a 5 zákona ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách“). Záruky týkající se výkonu volebního práva podle čl. 21 odst. 2 a 3 Listiny nejsou pro tyto volby přímo použitelné.“ Z uvedené právní věty dle názoru předkladatele jednoznačně plyne, že z ústavních předpisů neplyne právo pojištěnců přímo rozhodovat o složení orgánů zdravotních pojišťoven. Je věcí zákonodárce, aby pravidla volby řádně nastavil s přihlédnutím k dále uvedeným skutečnostem.

„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.“ Předkladatel tak dovozuje, že na straně pasivního volebního práva je nutné umožnit realizaci základního práva plynoucího z čl. 21 odst. 4 Listiny na přístup k veřejným funkcím. To podporuje i další část odůvodnění nálezu: *„Článek 21 odst. 4 Listiny nezaručuje právo na výkon určité veřejné funkce, ale pouze právo se o ni za rovných podmínek ucházet. Stanovení těchto podmínek, nestanoví-li je přímo ústavní zákon, je věcí zákona. V tomto ohledu zákonodárce disponuje širokou mírou uvážení, která však není bezbřehá. Jakákoliv podmínka, která omezuje přístup občanů k veřejné funkci, musí obstat z hlediska obecných požadavků vztahujících se k právním předpisům, jež vyplývají z čl. 1 odst. 1 Ústavy. Zejména musí být stanovena dostatečně určitě a nesmí být svévolná. V souladu s čl. 4 odst. 4 Listiny musí tato podmínka šetřit podstaty a smyslu uvedeného základního práva.“* Z toho důvodu se podle navržené právní úpravy umožňuje kandidovat každému pojištěnci, přičemž mimo obecných podmínek (podání přihlášky, svéprávnost, bezúhonnost) je nutné pouze doložit podporu alespoň 50 dalších pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Takto koncipované rovné pasivní volební právo lze dle názoru předkladatele považovat za plně ústavně konformní a nediskriminační.

„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.“ Na straně aktivního volebního práva spatřuje Ústavní soud ve stávající právní úpravě nedostatek toliko v tom, že na rozdíl od zákonného určení volebního práva pro zaměstnavatele a pojištěnce, omezuje vyhláška č. 579/2006 Sb. toto právo pouze na zaměstnavatele.

Předkladatel tak dochází k závěru, že není nutné, aby volebním právem byl nadán přímo pojištěnec, resp. není vůbec nutné, aby se určení členů orgánů realizovalo formou voleb. Řešení prostřednictvím přímé volby pojištěnci by podle předkladatele bylo zároveň velmi obtížně realizovatelné. Na to ostatně poukazuje i Ústavní soud: „Na rozdíl od někdejší zákonné úpravy nemocenských pojišťoven, v jejichž případě byla struktura pojištěnců i zaměstnavatelů vymezena buď regionálně, nebo prostřednictvím určitého odvětví, a kde pojištěnci volili reprezentativní orgán sestávající z několika desítek delegátů, jsou v případě napadených zákonných ustanovení namísto pochybnosti ohledně smysluplnosti takto stanovené volby. Je iluzorní se domnívat, že 10 volených členů správních rad a 6 volených členů dozorčích rad bude fakticky reprezentovat široký a různorodý okruh pojištěnců a zaměstnavatelů.....S ohledem na pochybnosti ohledně funkčnosti takového řešení, jež by znamenalo volby za účasti statisíců pojištěnců, jakož i jeho finanční a organizační náročnost, která by zatížila zaměstnanecké pojišťovny), je namíste poskytnout zákonodárci dostatečný čas (v tomto případě jeden rok) k tomu, aby zvážil vhodnost přijetí nové zákonné úpravy způsobu ustavování správních rad a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven. Do té doby je nezbytné ponechat Ústavním soudem zrušenou právní úpravu jako celek v platnosti.“

Na straně aktivního volebního práva tedy návrh umožňuje podílet se na rozhodování o složení orgánu zdravotní pojišťovny všem osobám odvádějícím pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Na rozdíl od současné právní úpravy se ustupuje od modelu, v němž byli absolutně zvýhodněni největší zaměstnavatelé, kteří jediní byli schopni naplnit požadovanou výši odvedeného pojistného. Nově se aktivní volební právo otevírá i pro osoby samostatně výdělečně činné a dokonce i osoby bez zdanitelných příjmů, byť u nich lze očekávat účast spíše jako součást většího sdružení osob odvádějících pojistné.

Předkladatel výslovně upozorňuje (podrobněji viz RIA), že nepovažuje v krátkodobém horizontu za realizovatelnou variantu, dle které by volily všechny osoby, které jsou plátcí pojistného (tedy včetně jednotlivých zaměstnanců). Zdravotní pojišťovny za současné právní úpravy nemají k dispozici informace o výši odvedeného pojistného za konkrétního zaměstnance. Příprava uskutečnění této varianty by tedy nutně vyžadovala přizpůsobení informačních systémů zdravotních pojišťoven (a zřejmě i mnohých zaměstnavatelů) tomuto požadavku, stejně jako následné uskutečnění voleb v širokém zastoupení všech plátců pojistného.

V části týkající se schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv navržená právní úprava vhodně reflektuje princip rozdělení moci ve státě, kdy činnost týkající se schvalování těchto dokumentů, by měla v souladu s příslušnými články Ústavy ČR náležet spíše moci výkonné reprezentované vládou ČR.

E) Zhodnocení slučitelnosti navrhované právní úpravy s předpisy Evropské unie a judikaturou soudních orgánů Evropské unie

Navržená právní úprava se nijak přímo nedotýká práva Evropské unie a není s tímto právem v rozporu. Návrh nikterak nevylučuje, aby kandidátem na funkci člena orgánu byl i jiný než český občan v případě, kdy splní veškeré podmínky, které zákon pro kandidaturu předepisuje.

F) Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána

Navržená právní úprava se nedotýká mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána, tudíž zde není ani založen rozpor.

G) Předpokládané dopady navrhované právní úpravy

Finanční dopady lze očekávat pouze na straně zdravotních pojišťoven, neboť zpravidla jednou za 4 roky budou povinny uskutečnit volby do správní a dozorčí rady. Tyto náklady plynou toliko z větší podrobnosti právní úpravy oproti současnému stavu. Lze předpokládat především personální náklady související s nutností zpracovat pravděpodobně větší množství přihlášek ke kandidatuře a ověření všech náležitostí kandidátů i volících osob. Řádově se bude jednat o statisíce Kč, které budou vynaloženy z prostředků provozního fondu příslušné zdravotní pojišťovny. Vzhledem k objemu prostředků provozního fondu se v souvislosti se změnou nepředpokládá potřeba jejich navýšení.

H) Zhodnocení dopadů navrhované právní úpravy ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Navrhovaná právní úprava se dotýká ochrany osobních údajů. Pojištěnec je povinen za účelem kandidatury doložit podporu alespoň 50 dalších pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. K ověření této skutečnosti je nezbytné, aby zdravotní pojišťovna disponovala čísly pojištěnců, kteří jsou osobami podporujícími kandidáty. Součástí podpisového archu je proto kromě jména a podpisu rovněž číslo pojištěnce (rodné číslo). Jedná se o minimální rozsah osobních údajů, které subjekt údajů (pojištěnec) na základě vlastního rozhodnutí (vyjádření podpory kandidátovi) poskytuje, aby bylo možné zdravotní pojišťovnou ověřit tuto skutečnost.

Informace uvedené v podpisovém archu budou předány kandidátem zaměstnanecké pojišťovně, přičemž tato pojišťovna údaje o osobách, které vyjádřily podporu konkrétnímu kandidátovi, nebude zveřejňovat ani jinak šířit. Pojišťovna je oprávněna pouze posoudit pravdivost informací uvedených v podpisovém archu, přičemž je třeba uvést, že se jedná výhradně o údaje pojištěnce, kterými zaměstnanecká pojišťovna disponuje již z toho titulu, že se jedná o jejího pojištěnce.

Ve větším rozsahu než u podporovatelů budou zpracovávány údaje o samotných kandidátech na členy orgánu zaměstnanecké pojišťovny. Ti musí mimo to, že jsou jejími pojištěnci, zaměstnanecké pojišťovně prokázat svou bezúhonnost a svéprávnost – v tomto ohledu se ale právní úprava neodchyluje od požadavků na výkon funkce člena orgánu podle dosavadní právní úpravy. Novou podmínkou je zpracování a doručení životopisu, který je následně zveřejněn pro účely seznámení osob oprávněných k volbě s kandidáty na funkci člena orgánu. Není přitom nijak konkretizován obsah životopisu, je tedy na samotném kandidátovi, jaké informace o své osobě uvede. Životopis bude zveřejněn společně se jménem kandidáta.

Zaměstnanecká pojišťovna uchovává pouze hlasovací lístky, které ovšem již neobsahují, s výjimkou základní identifikace kandidáta, žádné další osobní údaje. Tyto hlasovací lístky se uchovávají po celou dobu funkčního období příslušného orgánu.

Při zpracování a nakládání s osobními údaji je zaměstnanecká pojišťovna (ale i kandidující pojištěnec) povinna postupovat v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a na něj navazujících předpisech Evropské unie i vnitrostátního práva ČR.

I) Zhodnocení korupčních rizik

Navržená právní úprava nese potenciální korupční rizika, která však předkladatel považuje za přiměřená. Pojištěnec usilující o zvolení pochopitelně může získávat podporu dalších pojištěnců příslibem vzájemných výhod, nicméně ani v případě zajištění dostatečné podpory pro zařazení na kandidátní listinu nezaručuje zvolení. Vzhledem k tomu, že aktivní volební právo mají pouze osoby odvádějící pojistné, není zmíněné korupční riziko vůči podporovatelům relevantní. Naopak lze očekávat, že mnozí kandidáti se budou rekrutovat již na základě podpory významných zaměstnavatelů, jako je tomu v současném modelu.

J) Zhodnocení dopadů na bezpečnost nebo obranu státu

Návrh se nedotýká bezpečnosti ani obrany státu.

II. Zvláštní část

K části první (změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky)

K bodu 1

Cílem předkládané novely je mimo jiné zakotvit takový právní stav, který zpravidla umožní schválení zdravotně pojistných plánů před začátkem kalendářního roku, na nějž se sestavují. Navržené doplnění navazuje na zkrácení způsobu projednávání klíčových dokumentů zdravotní pojišťovny (schvaluje nově vláda ČR) a vytváří potřebný prostor pro sestavení zdravotně pojistných plánů a jejich následné přezkoumání Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí. Lze předpokládat, že zdravotně pojistné plány budou v mnoha případech zdravotní pojišťovnou předloženy i v dřívějším termínu, jakmile budou známy parametry příslušných právních předpisů upravujících výši úhrad (zejména úhradová vyhláška).

K bodu 2

Ustanovení nově zkracuje proces schvalování zdravotně pojistných plánů, účetních závěrek a výročních zpráv zdravotních pojišťoven, kdy jejich projednávání bude končit na úrovni vlády. Reaguje se tak na objektivní nemožnost naplnit současnou zákonnou dikci, kdy „schvalování“ PSP ČR výrazně prodlužuje dobu do jejich přijetí, což v případě zdravotně pojistných plánů nutí zdravotní pojišťovny hospodařit v provizoriu, aniž by porušily jakoukoliv povinnost plynoucí pro ně z právních předpisů.

K bodu 3

Navržená úprava tvorby a užití rezervního fondu upřesní dosavadní znění tak, že odstraní jakékoli pochybnosti a nejednoznačnost ohledně jeho naplňování a výše. Podle stávajícího znění věta první tohoto ustanovení stanovuje rezervní fond pevně ve výši 1,5 % z rozpočtové základny, věta třetí zároveň obsahuje termín „minimální výše“. Doplnění slova „minimální“ do věty první umožní bez pochyb navýšit RF na potřebnou výši, dle ekonomických možností zdravotní pojišťovny, zároveň bude zachována výše dle současné úpravy. Finanční rezervy zdravotní pojišťovny tak budou jednoznačně ukotveny v zákoně.

Další úprava se týká možnosti plnit RF i z jiných fondů, pokud to hospodaření těchto fondů umožní. Jedná se tedy o rozšiřující možnost, která je částečně zakotvena v prováděcí vyhlášce č. 418/2003 Sb., došlo by tedy k větší provázanosti zákona a prováděcí vyhlášky.

K bodu 4

Ustanovení vhodněji specifikuje oprávnění členů dozorčí rady k nahlížení do interních materiálů VZP ČR, kdy pojem „účetní doklady“ je značně úzký a při doslovné aplikaci by významně omezoval kontrolní pravomoci tohoto orgánu. Z toho důvodu se navrhuje extenzivnější pojem „veškeré dokumenty“, který lépe reflektuje smysl činnosti dozorčí rady (dohled nad dodržováním právních předpisů a hospodařením zdravotní pojišťovny).

K čl. II

S ohledem na revizi ustanovení upravujícího postup při schvalování základních dokumentů o činnosti zdravotní pojišťovny se navrhuje, aby v případě, že bylo jejich projednávání odesláním Poslanecké sněmovně na její půdě zahájeno za účinnosti dosavadní právní úpravy, bylo podle ní rovněž dokončeno.

K části druhé (změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách)

K bodu 1 (§ 4)

Do doby zvolení prvních orgánů zaměstnanecké pojišťovny je potřeba, aby byla tato zdravotní pojišťovna standardně řízená. Osoby, které mají plnit funkci správní rady, dozorčí rady a ředitele, by měli zakladatelé označit již v zakládací listině, ale zároveň je nezbytné, aby tyto osoby byly známy i orgánu rozhodujícím o udělení povolení, aby s nimi bezprostředně po vydání povolení mohl komunikovat. Z toho důvodu považuje předkladatel za žádoucí, aby označení těchto osob bylo součástí žádosti o vydání povolení

K bodům 2 až 7 (§ 10)

Počet členů správní rady a obecný způsob jejich volby či jmenování upravuje nově § 10a odst. 1 zákona.

V rámci navrhovaných ustanovení § 10 odst. 4 a 5 se po vzoru Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR jednoznačně zakotvují kompetence dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny. V současné době jsou nedostatečně řešeny v rámci přechodných ustanovení pouze odkazem na právní úpravu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Jedná se tedy o legislativně-technické upřesnění.

Nově navržené ustanovení § 10 odst. 8 upravuje délku funkčního období členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven. U volených členů orgánů se předpokládá, že toto období bude jednotné – tedy v jeden okamžik začíná funkční období všech členů orgánu a v jeden okamžik rovněž končí. Tímto okamžikem může být buď uplynutí funkčního období, které činí 4 roky, nebo situace, kdy již není k dispozici žádný náhradník na uvolněné místo člena orgánu. V případech, kdy nastoupí náhradník, trvá jeho funkční období nejdéle po dobu funkčního období člena, na jehož místo nastoupil. Navržená právní úprava se odchyluje od stávající nejednotné praxe zaměstnaneckých pojišťoven, které pořádají i doplňkové volby na celé funkční období.

K bodu 8

§ 10a odst. 1 a 2

Složení orgánů zaměstnaneckých pojišťoven plyne z rozdělení rolí jednotlivých účastníků systému veřejného zdravotního pojištění. Třetina zástupců bude jako dosud jmenována vládou na návrh ministra zdravotnictví (resp. rovněž ministra práce a sociálních věcí a ministra financí v případě dozorčí rady) Na straně pasivního volebního práva je nezbytné zajistit možnost účasti všech pojištěnců. Aktivní volební právo se poté přiznává všem osobám odvádějícím pojistné, tedy zaměstnavatelům, osobám samostatně výdělečně činným a osobám bez zdanitelných příjmů.

K § 10a odst. 3

Funkční období volených členů orgánů by mělo plynule navazovat. Z toho důvodu se stanoví minimální pětíměsíční lhůta před uplynutím mandátu stávajících členů pro realizaci voleb. V rámci tohoto období provede zaměstnanecká pojišťovna všechny dále popsané kroky tak, aby prvním dnem po ukončení mandátu dosavadních členů orgánu nastoupili na jejich místa členové noví. Zvláštní postup poté stanoví zákon pro pravděpodobně zcela výjimečné případy, kdy v průběhu volebního období dojde k vyčerpání počtu náhradníků. Vzhledem k nastavení volby (široké pasivní i aktivní volební právo) by k této situaci nemělo docházet, neboť počet náhradníků pokryje celé čtyřleté funkční období. Pokud k tomuto ojedinělému případu dojde, vyhlásí zdravotní pojišťovna volby bezodkladně, přičemž do vyhlášení výsledků voleb se příslušný orgán schází s nižším počtem členů.

K § 10a odst. 4

Ustanovení definuje „osobu odvádějící pojistné“ pro účely voleb. Zde je třeba poukázat, že dochází k odklonu od dosavadního „tripartitního“ modelu, který je nicméně spíše zdánlivý, neboť zástupci v orgánech navrženi reprezentativními odborovými organizacemi téměř bez výjimky vycházejí ze stejného spektra osob, jako jsou tzv. zástupci reprezentativních zaměstnavatelů. Předkladatel se tedy v tomto ohledu přiklání ke změně a navrhuje, aby členové orgánu reprezentovali odvedené pojistné do systému veřejného zdravotního pojištění. Nejvýznamnější budou v tomto ohledu pochopitelně velcí zaměstnavatelé, nicméně na rozdíl od stávající právní úpravy by nově navržená úprava měla u některých zaměstnaneckých pojišťoven vést ke spravedlivějšímu „rozložení sil“ (viz dále), případně i zapojení významných osob samostatně výdělečně činných.

K § 10a odst. 5

Ustanovení upravuje základní náležitosti oznámení o vyhlášení voleb příslušnou zaměstnaneckou pojišťovnou. To se provádí způsobem umožňujícím dálkový přístup, tedy minimálně na elektronické úřední desce, ideálně ovšem rovněž prostřednictvím webových stránek, případně dalšími způsoby, které zaručí dosah k pojištěncům příslušné zaměstnanecké pojišťovny. Součástí informace je vždy oznámení, zda se jedná o volby do správní rady či dozorčí rady a o počtu volených členů. S ohledem na další pravidla pro volby by tento počet měl být vždy 10 (správní rada), resp. 6 (dozorčí rada). Zaměstnanecká pojišťovna zároveň zveřejní celkový úhrn pojistného, z nějž se následně vypočítává potřebná část, která zajišťuje osobám odvádějícím pojistné účast na volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny. Tato minimální výše odvedeného pojistného je rovněž součástí informace o vyhlášení voleb. Zaměstnanecká pojišťovna rovněž zveřejní seznam 100 největších plátců pojistného, což by mělo usnadnit případné spojování za účelem volby členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny. Součástí tohoto zveřejnění není informace o výši odvedeného pojistného, která může být vnímána jako součást obchodního tajemství. Poslední povinně zveřejňovanou informací je lhůta pro podání přihlášky ke kandidatuře a přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny – ta činí vždy tři měsíce.

K 10a odst. 6

Lhůta pro podání přihlášek je tři měsíce od zveřejnění informace o vyhlášení voleb.

K 10b odst. 1

Navržené ustanovení upravuje základní podmínky pro podání kandidatury do orgánu zaměstnanecké pojišťovny. Kromě obecných náležitostí (svéprávnost, bezúhonnost, souhlas s kandidaturou), je kandidát povinen zaslat rovněž podepsaný životopis, který je následně zveřejněn, aby měli volící osoby možnost se alespoň rámcově seznámit s jeho profesní erudicí a předpoklady pro výkon funkce člena orgánu.

Další náležitostí je prokázaná podpora alespoň 50 pojištěnců příslušné zaměstnanecké pojišťovny. V této podmínce je předkladatel veden snahou o eliminaci příliš rozsáhlých kandidátních listin, tudíž požaduje po kandidátech vyvinutí alespoň minimální aktivity při přihlášení. Na straně druhé nemůže být tato podmínka nastavena příliš restriktivně, aby nebyla překážkou široké možnosti být volen za člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny. Součástí podpisového archu bude vždy jméno a příjmení pojištěnce vyjadřujícího podporu, jeho rodné číslo k ověření příslušnosti k zaměstnanecké pojišťovně a podpis. Nemí cílem předkladatele stanovit příliš komplikované přezkoumávání těchto podpisových archů, což by vedlo k vysoké administrativní náročnosti a potřebě upravit podrobně i jednotlivé situace, kdy je zjištěno, že některý z podpisů například není platný. Zaměstnanecká pojišťovna by tak měla primárně ověřovat pouze příslušnost podporujícího pojištěnce k pojišťovně a v případě, že by došla k závěru, že počet podporujících pojištěnců je nižší než 50, aplikovala by postup podle odstavce 10 (výzva k nápravě).

K § 10b odst. 2

Ustanovení upravuje obsahové náležitosti podpisového archu. Pro účely vyjádření podpory kandidátovi se jedná o zcela minimalistické požadavky, na jejichž základě lze prokázat, že byla podpora vyjádřena pojištěncem příslušné zaměstnanecké pojišťovny. Na podpisovém archu musí být informace o zpracování osobních údajů pro účely volby, pro niž se podpora uděluje. Podpisem následně pojištěnec stvrzuje souhlas jejich zpracováním v uvedeném rozsahu.

K § 10b odst. 3

Ustanovení upravuje náležitosti přihlášky ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny, které korespondují s požadavky na kandidáta podle odstavce 1.

K § 10b odst. 4

Zásadním odchýlením od současného stavu (volit členy orgánů zaměstnanecké pojišťovny mohou jen samostatní zaměstnavatelé s odvedeným pojistným vyšším než 0,5 % za stanovené období) je zakotvení možnosti spojování za účelem dosažení minimální výše odvedeného pojistného pro účely účasti na volbě. Tento princip dává možnost se aktivně účastnit i menším zaměstnavatelům nebo dokonce osobám samostatně výdělečně činným, pakliže se sdruží a dosáhnou na hranici 0,4 % odvedeného pojistného. Může tak dojít k otupení současného „oligopolu“ několika velkých zaměstnavatelů, kteří ovládají všechna místa v orgánech zdravotních pojišťoven.

U spojení osob odvádějících pojistné je poté nezbytné určit jednoho společného zástupce, jenž bude takové uskupení zastupovat

K § 10b dost. 5

Tento odstavec podrobněji definuje oprávnění vystupovat v roli osoby, která ve volbách hlasuje. Základním předpokladem je neexistence nedoplatku na pojistném ke dni vyhlášení voleb a dále odvedení alespoň minimální výše pojistného ve výši 0,4 %. Ta byla stanovena tak, aby v zaměstnaneckých pojišťovnách umožňovala optimální spojování podle následujícího odstavce, a zároveň, aby volících osob nebylo takové množství, že by ohrožovalo realizovatelnost volby. Maximální počet osob disponujících hlasy je v tomto modelu 250 ($100/0,4$), přičemž reálně jich bude řádově méně. Nikoliv všechny osoby odvádějící pojistné budou volit nebo se za tím účelem spojí a zároveň některé z těchto osob budou mít pochopitelně vyšší procento odvedeného pojistného. Celkový počet osob oprávněných volit ovšem bude záležet na struktuře osob odvádějících pojistné v jednotlivých zaměstnaneckých pojišťovnách (relativně jednotná Zaměstnanecká pojišťovna Škoda x roztržitější Česká průmyslová zdravotní pojišťovna).

Z hlediska odvedeného pojistného není rozhodné, zda konkrétní osoba odvádějící pojistné toto pojistné odvádí před nebo po 18. dni příslušného měsíce (odvod může probíhat v různých dnech daného období), ale je rozhodné, že se jedná o pojistné za příslušné kalendářní měsíce, z nichž se vypočítává celkový úhrn pojistného podle odstavce 4.

Za 0,4 % odvedeného pojistného bude osoba oprávněná volit disponovat takovým počtem hlasů, jaký je počet volených členů (tedy u správní rady 10, u dozorčí rady 6). Za každé další 0,2 % bude disponovat polovinou hlasů, jako je počet volených členů. Tento koncept je zvolen pro to, aby nedocházelo k přílišnému „plýtvání“ hlasy. Například zaměstnavatel s 0,7 % procenty by disponoval stejným počtem hlasů jako zaměstnavatel s 0,4 procenty, což je vzhledem k disproporci ve výši odvedeného pojistného nespravedlivé

K § 10 odst. 6

Tento odstavec upravuje náležitosti přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, které plynou z nově zakotvených principů přihlášky k volbě. V první řadě bude formulář obsahovat údaje všech osob, které se samostatně nebo společně přihlašují k volbě. Tyto osoby rovněž musí vyčíslit výši pojistného za určené období, která je podstatná pro určení jejich počtu hlasů.

K § 10b odst. 7

Upravuje se postup v případě, kdy je přihláška k volbě nebo přihláška ke kandidatuře stížena vadami. V takovém případě vyzve zaměstnanecká pojišťovna příslušnou osobu k jejich odstranění, což ovšem neznamená jakékoliv prodlužování lhůty k podání přihlášek. Nejsou-li do 10 dnů od uplynutí lhůty pro doručení přihlášek vady odstraněny, není možné připustit pojištěnce ke kandidatuře, či osobu odvádějící pojistné k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny. Je především v zájmu jich samotných, aby jejich přihlášky byly bezchybné, což ostatně koresponduje se zásadou *vigilantibus iura scripta sunt*. Jedinou výjimkou z tohoto pravidla budou situace, kdy zaměstnanecká pojišťovna dojde k závěru, že byl nesprávně proveden výpočet odvedeného pojistného, ale i přes tuto skutečnost je osoba oprávněna účastnit se volby (má více než 0,4 % odvedeného pojistného). V takových situacích zaměstnanecká pojišťovna přepočte pojistné ze svých údajů sama a informuje zástupce osoby

přihlášené k volbě. To se pochopitelně netýká případů, kdy je přepočtem zjištěna nižší výše odvedeného pojistného než 0,4 %. V takovém případě je nezbytné postupovat podle první věty.

K § 10c odst. 1

První odstavec upravuje postup zaměstnanecké pojišťovny po uplynutí lhůty pro podání přihlášek ke kandidatuře a přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny. Po definitivním ověření veškerých náležitostí, k čemuž je jí zákonem poskytnuta přiměřená lhůta 15 dnů od uplynutí lhůty pro podání přihlášek, zveřejní zaměstnanecká pojišťovna údaje potřebné pro transparentnost volby. Těmi jsou v první řadě seznam kandidátů včetně jejich životopisů, a rovněž seznam osob, které se hlásí k volbě a počet jejich hlasů.

K § 10c odst. 2

Informaci o počtu jejich hlasů zašle zaměstnanecká pojišťovna přímo osobám přihlášeným k volbě. Zároveň je jim zaslána hlasovací listina, jejíž vzor stanoví přímo prováděcí právní předpis tak, aby její zpracování a vyplnění bylo co nejsnadnější.

K § 10c odst. 3

Tato část ustanovení upravuje způsob předání vyplněné hlasovací listiny zaměstnanecké pojišťovně a její obsah. Hlasovací listiny musí být předány v řádně uzavřené obálce, a to buď osobně, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence. Je nepřípustné, aby bylo známo rozdělení hlasů pro kandidáty některými hlasujícími osobami před samotným zasedáním volební komise a otevřením obálek. Zároveň se stanoví pravidlo pro rozdělení hlasů. Platí, že osoba přihlášená k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny může své hlasy dle vlastního uvážení libovolnému počtu kandidátů. Například osoba disponující 15 hlasy je může přidělit jedinému kandidátovi (bude jej chtít silně podpořit a získat alespoň jeden mandát v příslušném orgánu) nebo více kandidátům (bude spoléhat na to, že se jí podaří i s menším počtem hlasů obsadit větší počet mandátů).

K § 10c odst. 4

Zároveň se stanoví pravidlo pro rozdělení hlasů. Platí, že osoba přihlášená k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny může své hlasy dle vlastního uvážení libovolnému počtu kandidátů. Například osoba disponující 15 hlasy je může přidělit jedinému kandidátovi (bude jej chtít silně podpořit a získat alespoň jeden mandát v příslušném orgánu) nebo více kandidátům (bude spoléhat na to, že se jí podaří i s menším počtem hlasů obsadit větší počet mandátů).

K § 10d odst. 1

Stanovují se základní pravidla pro složení a jednání volební komise. Základním úkolem komise, z jejíhož jednání se pořizuje notářsky ověřený zápis, je součet hlasů pro jednotlivé kandidáty a stanovení jejich pořadí.

K § 10d odst. 2 a 3

Upravuje se stanovení pořadí jednotlivých kandidátů. Zvoleni jsou ti, kteří získají největší počet hlasů na tolika místech, kolik je volených členů orgánů. Další v pořadí, kteří získali

alespoň jeden, jsou podle počtu hlasů náhradníky na uvolněná místa v příslušném orgánu v průběhu jednoho funkčního období. Vzhledem k tomu, že v případě rovnosti nelze spravedlivě určit jinak, rozhoduje o pořadí mezi takovými kandidáty los.

K § 10d odst. 4

Ustanovení upravuje podrobnosti vypracování zápisu z jednání volební komise včetně jeho obsahových náležitostí.

K § 10d odst. 5

Za účelem potvrzení správnosti jednání volební komise musí být průběh a výsledky voleb ověřeny notářským zápisem, přičemž notář musí být přítomen celému jednání volební komise.

K § 10d odst. 6

Zaměstnanecká pojišťovna informuje všechny zvolené členy orgánů a rovněž i náhradníky o jejich pořadí a počtu získaných hlasů. Tato informace je rovněž zveřejněna způsobem umožňujícím dálkový přístup.

K § 10d odst. 7

Nezbytná je rovněž archivace dokumentace o průběhu voleb, přičemž ustanovení vychází ze současného stavu obsaženého ve volební vyhlášce a ukládá zaměstnanecké pojišťovně uchování protokolu a hlasovacích lístků nejméně po dobu funkčního období volených členů orgánu.

K bodu 9

Cílem předkládané novely je mimo jiné zakotvit takový právní stav, který zpravidla umožní schválení zdravotně pojistných plánů před začátkem kalendářního roku, na nějž se sestavují. Navržené doplnění navazuje na zkrácení způsobu projednávání klíčových dokumentů zdravotní pojišťovny (schvaluje nově vláda ČR) a vytváří potřebný prostor pro sestavení zdravotně pojistných plánů a jejich následné přezkoumání Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí. Lze předpokládat, že zdravotně pojistné plány budou v mnoha případech zdravotní pojišťovnou předloženy i v dřívějším termínu, jakmile budou známy parametry příslušných právních předpisů upravujících výši úhrad (zejména úhradová vyhláška).

K bodu 10

Jedná se o obdobnou úpravu, která je navrhována v zákoně č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Navrhuje se tedy změna schvalování zdravotně pojistných plánů, výročních zpráv a účetních závěrek, a to tak že do budoucna budou zmíněné materiály schvalovány přímo vládou, nikoli až Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky, a to z důvodu nefunkčnosti současného stavu.

Od roku 2006, kdy je tento postup v platnosti, nedošlo ani jednou k tomu, aby zdravotní pojišťovny ne hospodařily v provizoriu. 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.

K bodu 11

Navržená úprava tvorby a užití rezervního fondu upřesní dosavadní znění tak, že odstraní jakékoli pochybnosti a nejednoznačnost ohledně jeho naplňování a výše. Podle stávajícího znění věta první tohoto ustanovení stanovuje rezervní fond pevně ve výši 1,5 % z rozpočtové základny, věta třetí zároveň obsahuje termín „minimální výše“. Doplnění slova „minimální“ do věty první umožní bez pochyb navýšit rezervní fond na potřebnou výši, dle ekonomických možností zdravotní pojišťovny, zároveň bude zachována výše dle současné úpravy. Finanční rezervy zdravotní pojišťovny tak budou jednoznačně ukotveny v zákoně.

Další úprava se týká možnosti plnit rezervní fond i z jiných fondů, pokud to hospodaření těchto fondů umožní. Jedná se tedy o rozšiřující možnost, která je částečně zakotvena v prováděcí vyhlášce č. 418/2003 Sb., došlo by tedy k větší provázanosti zákona a prováděcí vyhlášky.

K čl. IV

S ohledem na revizi ustanovení upravujícího postup při schvalování základních dokumentů o činnosti zdravotní pojišťovny se navrhuje, aby v případě, že bylo jejich projednávání odesláním Poslanecké sněmovně na její půdě zahájeno za účinnosti dosavadní právní úpravy, bylo podle ní rovněž dokončeno.

K části třetí

Navrhovaná právní úprava musí vzhledem k nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15, který s účinností od 1. října 2019 zrušuje podstatnou část právní úpravy způsobu obsazování orgánů zdravotních pojišťoven, nabýt účinnosti co nejdříve. Vzhledem k předpokládané délce legislativního procesu se tedy navrhuje nejkratší možná legislativní lhůta 15 dnů po vyhlášení zákona ve Sbírce zákonů.

V Praze dne 10. června 2019

Předseda vlády:

Ing. Andrej Babiš v. r.

Ministr zdravotnictví:

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, v. r.

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 nález 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 stanovená 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 nálezem 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 dozorcí 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.

**Platné znění částí zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní
pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů,
a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových
a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
s vyznačením navrhovaných změn**

* * *

**Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění
pozdějších předpisů**

* * *

§ 6

(1) Pojišťovna každý kalendářní rok sestavuje zdravotně pojistný plán na následující kalendářní rok (dále jen „zdravotně pojistný plán“) a výhled nejméně na dva další kalendářní roky následující po roce, na který je sestaven zdravotně pojistný plán (dále jen „výhled“). Při sestavování zdravotně pojistného plánu se vychází z výhledu.

(2) Zdravotně pojistný plán je zpravidla sestavován jako vyrovnaný, přičemž vyrovnaným zdravotně pojistným plánem se pro účely tohoto zákona rozumí takový plán, ve kterém plánované výdaje nepřekračují součet plánovaných příjmů.

(3) Zdravotně pojistný plán může být sestaven jako

a) přebytkový, jestliže je část příjmů daného roku určena k využití až v následujících letech; tyto příjmy musí být v takovém zdravotně pojistném plánu vymezeny, nebo

b) schodkový, jestliže je schodek možné uhradit finančními zůstatky na fondech z minulých let při zachování zůstatku rezervního fondu nejméně ve výši podle § 7 odst. 1 písm. b); způsob úhrady schodku musí být v takovém zdravotně pojistném plánu vymezen.

(4) Pojišťovna hospodář v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem nebo provizoriem.

(5) Pojišťovna je povinna zajistit prostřednictvím auditora¹³⁾ nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů¹³⁾, (dále jen „auditor“)

a) ověření účetní závěrky Pojišťovny,

b) ověření návrhu výroční zprávy Pojišťovny za příslušný rok.

(6) Pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené jiným zákonem pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí ~~návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok~~, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok včetně zprávy auditora a pro informaci také výhled. **Návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok předloží Pojišťovna Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí do 31. října roku předcházejícímu kalendářnímu roku, na nějž se zdravotně pojistný plán vztahuje.**

(7) Zdravotně pojistný plán a výhled obsahují údaje o Pojišťovně, plán příjmů a výdajů Pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, údaje o rozsahu hrazených služeb zajišťovaných Pojišťovnou, plán vývoje sítě smluvních poskytovatelů hrazených služeb včetně informace o zajištění dostupnosti hrazených služeb a plán provozních nákladů. Podrobnou strukturu obsahu informací podle věty první a způsob předkládání zdravotně pojistného plánu a výhledu stanoví Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem financí vyhláškou.

(8) Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí posoudí předložený návrh zdravotně pojistného plánu z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

(9) V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí po posouzení souladu návrhu zdravotně pojistného plánu s právními předpisy a veřejným zájmem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu není s těmito hledisky v rozporu, předloží návrh zdravotně pojistného plánu vládě.

(10) V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu odporuje právním předpisům anebo veřejnému zájmu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, vrátí Pojišťovně návrh zdravotně pojistného plánu s výzvou k přepracování. Pojišťovna předloží přepracovaný návrh zdravotně pojistného plánu do 30 dnů ode dne doručení výzvy.

(11) Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý **kalendářní rok schvaluje vláda** ~~rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.~~

(12) Nebude-li zdravotně pojistný plán Pojišťovny schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost Pojišťovny do schválení zdravotně pojistného plánu provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok.

(13) Schválený zdravotně pojistný plán, nebo do schválení zdravotně pojistného plánu provizorium, výroční zprávu a účetní závěrku Pojišťovna zveřejní na svých internetových stránkách.

(14) Při uplatnění opatření podle zákona o pravidlech rozpočtové odpovědnosti může být zdravotně pojistný plán navržen podle odstavce 3 písm. b) jen v případě, že schodek bude možné uhradit nejvýše jednou třetinou finančních zůstatků Pojišťovny z minulých let nebo návratnou finanční výpomocí.

§ 7

(1) Pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

a) základní fond; zdrojem základního fondu jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění nebo prováděcím právním předpisem, podle odstavce 3 a k úhradám částek přesahujících limit pro doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo k úhradám podílu na těchto částkách v případě změny zdravotní pojišťovny pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{1b)}

b) rezervní fond; **minimální** výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z ~~pojistného~~ převodem části zůstatku základního fondu **nebo ostatních fondů**. Rezervní fond používá Pojišťovna ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo Pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout v průběhu kalendářního roku pod minimální výši. Nejde-li o případ uvedený v předchozí větě, je Pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené **minimální** výši,

c) provozní fond,

d) sociální fond,

e) fond majetku,

f) fond reprodukce majetku.

(2) Pojišťovna může vytvářet fond prevence. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, jsou-li poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Zdrojem fondu jsou finanční prostředky z podílu na výsledku hospodaření po zdanění stanoveného statutárními orgány Pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění Pojišťovna provádí v souladu se

zákony a statutem Pojišťovny, zdrojem fondu mohou být také finanční prostředky z výnosu z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných podle jiných právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a přijatých Pojišťovnou v průběhu kalendářního roku; tyto přídělky do fondu prevence lze v průběhu kalendářního roku provádět zálohově tak, aby jejich celková výše za kalendářní rok nepřekročila 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

(3) Ministerstvo financí po projednání s Ministerstvem zdravotnictví stanoví právním předpisem podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů uvedených v odstavci 1, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost podle § 5 písm. d) krytých ze zdrojů základního fondu, a to z prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod, které smí Pojišťovna použít k tvorbě provozního fondu za každé účetní období včetně postupu propočtu tohoto limitu.

(4) Zůstatky fondu sociálního, případně jiného fondu vytvořeného v rámci povoleného limitu maximální výše nákladů na činnost a maximální výše výdajů na pořízení hmotného a nehmotného majetku čerpaného v souladu s rozhodnutím Správní rady ve prospěch zaměstnanců Pojišťovny se převádí k 1. lednu 1999 jako mimořádný příděl sociálního fondu. Pokud Pojišťovna vytvářela v rámci tohoto limitu provozní fond, převádí se jeho zůstatek do následujícího období. Finanční zůstatky ostatních účelových fondů se převádí k 1. lednu 1999 jako mimořádný příděl rezervního fondu. Pokud má Pojišťovna rezervní fond naplněn, převede zůstatky účelových fondů do základního fondu. Převod ostatních zůstatků účelových fondů provede Pojišťovna v souladu s podmínkami uvedenými ve vyhlášce Ministerstva financí s využitím převodových můstků nové účtové osnovy.

(5) Pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat poskytovatele⁵⁾ a podnikat⁶⁾ s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.

(6) Pokutu uloženou podle tohoto zákona nebo zvláštního právního předpisu je Pojišťovna povinna hradit z prostředků provozního fondu.

* * *

§ 21

Dozorčí rada

~~(1) Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a její celkové hospodaření. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do účetních dokladů~~

~~všech organizačních složek Pojišťovny a Správní rady a zjišťovat stav a způsob hospodaření Pojišťovny.~~

(1) Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a celkové hospodaření Pojišťovny. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do veškerých dokumentů Pojišťovny a zjišťovat stav a způsob hospodaření Pojišťovny.

(2) Dozorčí rada projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy a své stanovisko předkládá společnému jednání Správní rady a Dozorčí rady.

(3) Dozorčí radu tvoří

- a) 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda,
- b) 10 členů volených a odvolávaných Poslaneckou sněmovnou Parlamentu; při obsazování funkcí členů Dozorčí rady se postupuje podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu.

(4) Dozorčí rada rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí Dozorčí rady je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Dozorčí rady.

(5) Po ustavující schůzi Poslanecké sněmovny Parlamentu se konají do 90 kalendářních dnů nové volby 10 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle odstavce 3 písm. b).

* * *

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

* * *

§ 4

Žádost o povolení

(1) Žadatelem o povolení podle § 3 může být a provádět veřejné zdravotní pojištění může právnická osoba se sídlem na území České republiky, která není

- a) osobou oprávněnou poskytovat zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách (dále jen „poskytovatel“),
- b) zřizovatelem, vlastníkem ani spoluvlastníkem poskytovatele,

c) vlastněna právnickou osobou, která je zřizovatelem, vlastníkem nebo spoluvlastníkem poskytovatele.

(2) V žádosti o povolení žadatel uvede

a) předpokládaný název a sídlo zaměstnanecké pojišťovny; z názvu musí být zřejmé, že jde o zaměstnaneckou pojišťovnu,

b) rozbor předpokládaných příjmů a výdajů zaměstnanecké pojišťovny,

c) závazek žadatele, že uhradí náklady spojené se založením zaměstnanecké pojišťovny s uvedením způsobu zajištění splnění tohoto závazku,

d) věcné, finanční a organizační předpoklady pro činnost zaměstnanecké pojišťovny,

e) banku, která povede pro zaměstnaneckou pojišťovnu finanční prostředky,

f) závazek, že zaměstnanecká pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 100 000 pojištěnců,

g) způsob zrušení zaměstnanecké pojišťovny v případě nesplnění závazků podle písmen c), d) nebo f)-,

h) označení osoby nebo osob podle zakládací listiny, které plní funkci Správní rady a Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny do doby zvolení prvních členů Správní rady a Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny; tyto osoby musí splňovat předpoklady pro výkon funkce podle § 10,

i) označení osoby podle zakládací listiny, která plní funkci ředitele do doby jmenování ředitele Správní radou zaměstnanecké pojišťovny; tato osoba musí splňovat předpoklady pro výkon funkce podle § 9a.

(3) K žádosti žadatel připojí návrhy zakládací listiny a statutu zaměstnanecké pojišťovny a návrh prvního zdravotně pojistného plánu a výhledu zdravotně pojistného plánu na nejméně dva další kalendářní roky následující po roce, na který je sestaven zdravotně pojistný plán (dále jen „výhled“).

(4) O žádosti rozhodne Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí do 180 dnů ode dne jejího doručení. Součástí povolení podle § 3 je schválení návrhu statutu zaměstnanecké pojišťovny. O návrhu prvního zdravotně pojistného plánu rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí.

(5) Povolení podle § 3 se uděluje na dobu neurčitou; povolení není převoditelné na jinou osobu. Změna skutečností podle odstavce 2 písm. a), e) nebo g) a změny statutu zaměstnanecké pojišťovny podléhají schválení Ministerstvem zdravotnictví.

* * *

§ 10

(1) Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou ředitel zaměstnanecké pojišťovny, Správní rada a Dozorčí rada.

(2) Správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje o

- a) schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, výhledu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy,
- b) schválení zásad smluvní politiky,
- c) žádosti zaměstnanecké pojišťovny o úvěr,
- d) nákupu nemovitostí v pořizovací ceně vyšší než 2 000 000 Kč,
- e) nákupu hmotného a nehmotného majetku v pořizovací ceně vyšší než 2 000 000 Kč,
- f) zahájení zadávání podlimitních a nadlimitních veřejných zakázek na služby podle zákona o veřejných zakázkách²⁴⁾,
- g) převzetí ručitelského závazku,
- h) použití prostředků rezervního fondu,
- i) o návrhu na podání žádosti o povolení sloučení zaměstnaneckých pojišťoven,
- j) dalších důležitých věcech, které souvisí s činností zaměstnanecké pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

~~(3) Správní radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří 5 členů jmenovaných vládou a 10 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.~~

(4) (3) Správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí Správní rady podle odstavce 2 písm. a), c), g) až h) je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Správní rady zaměstnanecké pojišťovny. K přijetí rozhodnutí Správní rady podle odstavce 2 písm. i) je třeba souhlasu dvoutřetinové většiny všech členů Správní rady zaměstnanecké pojišťovny. K ostatním rozhodnutím Správní rady podle odstavce 2 je třeba souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů. Správní rada je usnášeníschopná, jestliže je přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů.

~~(5) (4) 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. Způsob volby a volební řád stanoví Ministerstvo~~

~~zdravotnictví vyhláškou.~~

(4) Dozorčí rada zaměstnanecké pojišťovny dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a celkové hospodaření zaměstnanecké pojišťovny. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do veškerých dokumentů zaměstnanecké pojišťovny a zjišťovat stav a způsob hospodaření zaměstnanecké pojišťovny.

(5) Dozorčí rada zaměstnanecké pojišťovny projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy a své stanovisko předkládá Správní radě.

(6) Dozorčí rada rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí Dozorčí rady je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů Dozorčí rady.

(7) Člen Správní rady nemůže být současně členem Dozorčí rady a naopak. Člen Správní rady nemůže být členem Dozorčí rady ani ve čtyřletém funkčním období následujícím po skončení jeho členství ve Správní radě; to platí i pro člena Dozorčí rady v případě jeho členství ve Správní radě. Členem Správní rady nebo Dozorčí rady se dále nemůže stát osoba, která v posledních 5 letech vykonávala funkci ředitele, člena Správní rady nebo člena Dozorčí rady jiné zaměstnanecké pojišťovny, která byla zrušena s likvidací podle ~~§ 6 odst. 6~~ **§ 6 odst. 7.**

~~(8) Funkční období člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny činí 4 roky. Členy orgánu lze z funkce odvolat i před uplynutím funkčního období.~~

(8) Funkční období člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny činí 4 roky, není-li dále stanoveno jinak, a začíná prvním dnem po skončení funkčního období předchozího člena orgánu, na jehož místo nastupuje postupem podle § 10a odst. 3 písm. a), nebo prvním dnem po dni, kdy byl zvolen členem orgánu v případě podle § 10a odst. 3 písm. b). Funkční období náhradníka trvá nejdéle do skončení funkčního období voleného člena orgánu, na jehož místo nastoupil. Člena orgánu jmenovaného vládou lze z funkce odvolat i před uplynutím funkčního období.

(9) Člen Správní rady a Dozorčí rady nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k zaměstnanecké pojišťovně; má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a za výkon funkce mu lze poskytnout odměnu ve výši stanovené ve zdravotně pojistném plánu.

(10) Pravidla jednání a způsob rozhodování orgánů zaměstnanecké pojišťovny upraví statut zaměstnanecké pojišťovny.

(11) Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny nesmí být osoba, která

a) je vedoucím zaměstnancem nebo členem orgánu jiné zdravotní pojišťovny; členství v orgánu jiné zdravotní pojišťovny není překážkou, je-li člen jmenován vládou,

- b) je distributorem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, nebo výrobcem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků,
- c) je společníkem, statutárním orgánem nebo členem orgánu právnické osoby, která je distributorem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, nebo výrobcem léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků,
- d) je poskytovatelem, s nímž zaměstnanecká pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností této osoby,
- e) je společníkem, statutárním orgánem nebo členem orgánu právnické osoby poskytující zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách, s níž zaměstnanecká pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a poskytování hrazených služeb je převažující činností této osoby,
- f) je společníkem, statutárním orgánem nebo členem orgánu právnické osoby, která je dodavatelem zboží nebo služeb zaměstnanecké pojišťovně, nebo
- g) jako podnikající fyzická osoba dodává zboží nebo služby zaměstnanecké pojišťovně.

(12) Neexistenci překážek podle odstavců 7 a 11 osvědčuje osoba čestným prohlášením. V čestném prohlášení je osoba povinna uvést pravdivé údaje, opatřit jej podpisem a doručit zaměstnanecké pojišťovně nejpozději v den předcházející dni začátku výkonu funkce, jinak osobě funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny zaniká.

(13) Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonná osoba, která dosáhla věku nejméně 25 let.

(14) Volený člen orgánu zaměstnanecké pojišťovny je povinen bez zbytečného odkladu oznámit zaměstnanecké pojišťovně, že u něj nastala některá ze skutečností uvedených v odstavci 11, která brání výkonu funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny. Jde-li o člena orgánu, který byl jmenován, je povinen tuto skutečnost bez zbytečného odkladu oznámit zaměstnanecké pojišťovně a tomu, kdo navrhl vládě jeho jmenování.

(15) Výkon funkce člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny končí

- a) uplynutím funkčního období,
- b) odvoláním,
- c) dnem doručení písemného prohlášení o vzdání se funkce nebo dnem učinění oznámení podle odstavce 14 zaměstnanecké pojišťovně,
- ~~d) dnem, kdy se stal člen, který je do orgánu volen zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny,~~

d) dnem, kdy se stal volený člen orgánu zaměstnanecké pojišťovny pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny,

e) dnem nabytí právní moci rozsudku o omezení svéprávnosti,

f) dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl odsouzen pro trestný čin uvedený v § 9a odst. 4,

g) smrtí, prohlášením za mrtvého nebo dnem prohlášení za nezvěstného, nebo

h) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o spáchání přestupku podle § 22d odst. 1 písm. a) nebo c).

§ 10a

(1) Správní radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří 5 členů jmenovaných vládou a 10 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny osobami odvádějícími pojistné na veřejné zdravotní pojištění této zaměstnanecké pojišťovně. Členy Správní rady jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví.

(2) 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 osobami odvádějícími pojistné na veřejné zdravotní pojištění této zaměstnanecké pojišťovně.

(3) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna vyhlásit volby do příslušného orgánu

a) nejpozději 5 měsíců před ukončením funkčního období jeho volených členů, nebo

b) bezodkladně v případě, že na uvolněné místo voleného člena orgánu již není možné povolat náhradníka.

(4) Osobou odvádějící pojistné se pro účely voleb do orgánů zaměstnanecké pojišťovny rozumí

a) zaměstnavatel,

b) osoba samostatně výdělečně činná,

c) osoba bez zdanitelných příjmů, kterou se rozumí osoba, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát.

(5) Zaměstnanecká pojišťovna zveřejní informaci o vyhlášení voleb způsobem umožňujícím dálkový přístup. Informace o vyhlášení voleb obsahuje

- a) označení orgánu zaměstnanecké pojišťovny, do něhož se volby konají,**
- b) počet volených členů příslušného orgánu zaměstnanecké pojišťovny,**
- c) celkový úhrn pojistného sděleného správcí zvláštního účtu podle zvláštního právního předpisu za období 6 kalendářních měsíců předcházejících kalendářnímu měsíci, ve kterém se vyhlašují volby,**
- d) seznam 100 osob odvádějících pojistné, které v období 6 kalendářních měsíců předcházejících kalendářnímu měsíci, ve kterém se vyhlašují volby, odvedly zaměstnanecké pojišťovně nejvyšší pojistné,**
- e) minimální výši odvedeného pojistného, které je podmínkou podání přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny podle § 10b odst. 5, a**
- f) lhůtu pro podání přihlášky**

1. ke kandidatuře na člena příslušného orgánu zaměstnanecké pojišťovny,

2. k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny.

(6) Ode dne vyhlášení voleb začíná běžet tříměsíční lhůta, v níž je

a) pojištěnec oprávněn podávat zaměstnanecké pojišťovně přihlášku ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny,

b) osoba odvádějící pojistné oprávněna podávat zaměstnanecké pojišťovně přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, a to tehdy, není-li členem spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4,

c) společný zástupce osob odvádějících pojistné určený podle § 10b odst. 4 oprávněn podávat zaměstnanecké pojišťovně přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny.

§ 10b

(1) Kandidovat do orgánu zaměstnanecké pojišťovny může osoba, která

- a) je plně svéprávná,**
- b) je bezúhonná,**
- c) doručila zaměstnanecké pojišťovně vlastnoručně podepsané prohlášení, že souhlasí se**

svou kandidaturou a nejsou jí známy překážky volitelnosti, a vlastnoručně podepsaný životopis,

d) prokáže podporu alespoň 50 pojištěnců příslušné zaměstnanecké pojišťovny; podpora se prokazuje řádně vyplněným podpisovým archem doručeným zaměstnanecké pojišťovně společně s prohlášením podle písmene c), a

e) je ke dni podání přihlášky ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny pojištěncem zaměstnanecké pojišťovny, která volby vyhlásila.

(2) Podpisový arch obsahuje jméno, popřípadě jména, a příjmení, číslo pojištěnce a vlastnoruční podpis pojištěnce, který vyjadřuje kandidátovi svoji podporu. Součástí podpisového archu je souhlas se zpracováním osobních údajů v rozsahu podle věty první, a to pouze pro účely volby, pro niž se podpora vyjadřuje.

(3) Přihláška ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny obsahuje

a) jméno, popřípadě jména, a příjmení, číslo pojištěnce, datum narození, adresu pro doručování a ověřený vlastnoruční podpis osoby kandidující na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny,

b) označení orgánu zaměstnanecké pojišťovny, do něhož osoba kandiduje,

c) vlastnoručně podepsané prohlášení osoby, že souhlasí se svou kandidaturou a nejsou jí známy překážky volitelnosti, a vlastnoručně podepsaný životopis,

d) výpis z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší než 3 měsíce, a

e) řádně vyplněný podpisový arch podle odstavce 2.

(4) Za účelem podání přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny se osoby odvádějící pojistné mohou spojovat. Takto spojené osoby odvádějící pojistné si určí jednoho společného zástupce.

(5) Přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny může podat

a) osoba odvádějící pojistné, která není členem spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4 a která nemá ke dni vyhlášení voleb nedoplatek na pojistném, penále nebo pokutách a odvedla příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) pojistné ve výši alespoň 0,4 % celkového úhrnu pojistného za toto období; této osobě odvádějící pojistné náleží tolik hlasů, jako je počet volených členů příslušného orgánu, a za každé další 0,2 % odvedeného pojistného náleží této osobě odvádějící pojistné tolik hlasů, jako je polovina počtu volených členů příslušného orgánu,

b) společný zástupce osob odvádějících pojistné určený podle odstavce 4, a to tehdy, pokud žádná z osob ve spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4, jež tento společný zástupce zastupuje, nemá ke dni vyhlášení voleb nedoplatek na pojistném, penále nebo pokutách a v součtu všechny osoby v tomto spojení více osob odvádějících pojistné odvedly příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) pojistné ve výši alespoň 0,4 % celkového úhrnu pojistného za toto období; tomuto spojení více osob odvádějících pojistné náleží tolik hlasů, jako je počet volených členů příslušného orgánu, a za každé další 0,2 % ze součtu odvedeného pojistného za všechny osoby v tomto spojení více osob odvádějících pojistné náleží tomuto spojení více osob odvádějících pojistné tolik hlasů, jako je polovina počtu volených členů příslušného orgánu.

(6) Příhláška k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny obsahuje

a) označení osoby nebo osob odvádějících pojistné s jejich ověřeným vlastnoručním podpisem nebo ověřeným podpisem jejich statutárního orgánu,

b) úhrn pojistného odvedeného příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) za každou osobu odvádějící pojistné a celkový součet těchto úhrnů pojistného za všechny osoby ve spojení v případě, kdy se jedná o spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4, a

c) označení společného zástupce s jeho ověřeným vlastnoručním podpisem nebo ověřeným podpisem jeho statutárního orgánu a adresu pro doručování v případě, kdy se jedná o spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4.

(7) Nesplňuje-li osoba podmínky pro kandidaturu podle odstavce 1 nebo nesplňuje-li přihláška ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nebo přihláška k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny náležitosti podle odstavců 3 nebo 6, zaměstnanecká pojišťovna bezodkladně, nejpozději do 5 dnů ode dne doručení přihlášky ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nebo přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, vyzve k doplnění nebo úpravě příslušných náležitostí. Nejsou-li náležitosti doplněny nebo upraveny nejpozději do 10 dnů od uplynutí lhůty pro podání přihlášky ke kandidatuře na člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nebo přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, považuje se přihláška za neplatnou. Spočívá-li nedostatek přihlášky k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny v nesprávném výpočtu odvedeného pojistného, vypočte jej zaměstnanecká pojišťovna sama a o této skutečnosti informuje příslušnou osobu odvádějící pojistné nebo společného zástupce v případě, kdy se jedná o spojení více osob odvádějících pojistné podle odstavce 4.

§ 10c

(1) Nejpozději do 15 dnů od uplynutí lhůty pro podání přihlášek podle § 10a odst.

6 zveřejní zaměstnanecká pojišťovna způsobem umožňujícím dálkový přístup

a) seznam kandidátů na člena příslušného orgánu, včetně jejich životopisu,

b) seznam osob, které nejsou členy spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4 a které podaly přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, včetně výše úhrnu pojistného jimi odvedeného příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) a počtu hlasů, které jim náleží, a

c) seznam spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4, která podala přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny s tím, že u každého takového spojení se uvede

1. seznam osob odvádějících pojistné, jež se do tohoto spojení spojily,

2. výše celkového součtu úhrnů pojistného, které osoby v tomto spojení odvedly příslušné zaměstnanecké pojišťovně, která volby vyhlásila, za období podle § 10a odst. 5 písm. c) a

3. počet hlasů, které tomuto spojení náleží.

(2) Zaměstnanecká pojišťovna zašle ve lhůtě podle odstavce 1 hlasovací listinu a informaci o počtu hlasů, které je možné mezi kandidáty rozdělit, a to

a) osobě odvádějící pojistné, která podala přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, a

b) společnému zástupci osob odvádějících pojistné určenému podle § 10b odst. 4, který podal přihlášku k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny.

(3) Osoby uvedené v odstavci 2 písm. a) a b) do 15 dnů ode dne doručení hlasovací listiny a informace o počtu hlasů podle odstavce 2 předají zaměstnanecké pojišťovně v řádně uzavřené obálce s označením „volby do orgánů zaměstnanecké pojišťovny“ osobně nebo prostřednictvím držitele poštovní licence vyplněnou hlasovací listinu.

(4) Hlasy, které náleží osobě odvádějící pojistné přihlášené k volbě členů zaměstnanecké pojišťovny, která není členem spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4, může tato osoba rozdělit mezi libovolný počet kandidátů na hlasovací listině. Hlasy, které náleží spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4 přihlášenému k volbě členů zaměstnanecké pojišťovny, může společný zástupce tohoto spojení více osob odvádějících pojistné určený podle § 10b odst. 4 rozdělit mezi libovolný počet kandidátů na hlasovací listině.

§ 10d

(1) Zaměstnanecká pojišťovna zřizuje pětičlennou volební komisi. Čtyři členy volební komise jmenuje ředitel příslušné zaměstnanecké pojišťovny. Jednoho člena volební komise jmenuje ministr zdravotnictví. Volební komise volí ze svého středu předsedu, který řídí její činnost. Volební komise provede součet hlasů pro jednotlivé kandidáty a na jeho základě stanoví jejich pořadí.

(2) Členy Správní rady zaměstnanecké pojišťovny jsou zvoleni ti kandidáti, kteří se podle počtu odevzdaných platných hlasů umístí na prvních 10 místech. Kandidáti, kteří se umístí na dalších místech a získali alespoň 1 hlas, jsou náhradníky na místo členů Správní rady, a to v pořadí podle počtu odevzdaných hlasů. V případě rovnosti hlasů rozhoduje o pořadí kandidátů los.

(3) Členy Dozorčí rady zaměstnanecké pojišťovny jsou zvoleni ti kandidáti, kteří se podle počtu odevzdaných platných hlasů umístí na prvních 6 místech. Kandidáti, kteří se umístí na dalších místech a získali alespoň 1 hlas, jsou náhradníky na místo členů Dozorčí rady, a to v pořadí podle počtu odevzdaných hlasů. V případě rovnosti hlasů rozhoduje o pořadí kandidátů los.

(4) Volební komise v den jednání pořídí ve 2 vyhotoveních zápis o průběhu a výsledku voleb, který obsahuje

- a) označení orgánu, do něž se volba konala,**
- b) jméno, popřípadě jména, a příjmení členů volební komise,**
- c) označení osob přihlášených k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny, které nejsou členy spojení více osob odvádějících pojistné podle § 10b odst. 4 a které doručily obálky s vyplněnou hlasovací listinou,**
- d) označení osob, které se spojily podle § 10b odst. 4 a přihlášily se k volbě členů orgánů zaměstnanecké pojišťovny a jejichž společný zástupce určený podle § 10b odst. 4 doručil obálku s vyplněnou hlasovací listinou, a označení jejich společného zástupce určeného podle § 10b odst. 4,**
- e) informaci o případných nedostatecích hlasovacích listin a o tom, zda tyto nedostatky mají vliv na přidělení hlasů nebo na celkový výsledek hlasování,**
- f) pořadí kandidátů podle počtu jim odevzdaných hlasů, případně protokol o losování, a**
- g) podpis všech členů volební komise; jestliže některý z členů volební komise podpis odepře, uvedou se důvody v zápisu.**

(5) Průběh jednání volební komise a výsledky voleb musí být osvědčeny notářským zápisem. Notář musí být přítomen celému jednání volební komise.

(6) Výsledek volby zveřejní zaměstnanecká pojišťovna bezodkladně způsobem

umožňujícím dálkový přístup a zároveň jej zašle všem kandidátům, kteří obdrželi alespoň 1 hlas.

(7) Zaměstnanecká pojišťovna uchová jedno vyhotovení protokolu včetně hlasovacích lístků nejméně po dobu funkčního období členů orgánu, do něž se volby konaly. Jedno vyhotovení zápisu o průběhu a výsledku voleb zašle Ministerstvu zdravotnictví.

* * *

§ 15

(1) Zaměstnanecká pojišťovna každý kalendářní rok sestavuje zdravotně pojistný plán a výhled. Při sestavování zdravotně pojistného plánu se vychází z výhledu.

(2) Zdravotně pojistný plán je zpravidla sestavován jako vyrovnaný, přičemž vyrovnaným zdravotně pojistným plánem se pro účely tohoto zákona rozumí takový plán, ve kterém plánované výdaje nepřekračují součet plánovaných příjmů.

(3) Zdravotně pojistný plán může být sestaven jako

a) přebytkový, jestliže je část příjmů daného roku určena k využití až v následujících letech; tyto příjmy musí být v takovém zdravotně pojistném plánu vymezeny, nebo

b) schodkový, jestliže je schodek možné uhradit finančními zůstatky na fondech z minulých let při zachování zůstatku rezervního fondu nejméně ve výši podle § 18 odst. 1; způsob úhrady musí být v takovém zdravotně pojistném plánu vymezen.

(4) Zaměstnanecká pojišťovna hospodáří v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem nebo provizoriem.

(5) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna zajistit prostřednictvím auditora²⁶⁾ nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů²⁶⁾, (dále jen „auditor“)

a) ověření účetní závěrky zaměstnanecké pojišťovny,

b) ověření návrhu výroční zprávy zaměstnanecké pojišťovny za příslušný rok.

(6) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené jiným zákonem pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí ~~návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok~~, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok včetně zprávy auditora a pro informaci také výhled. **Návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok předloží zaměstnanecká pojišťovna Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí do 31. října roku předcházejícímu kalendářnímu roku, na nějž se zdravotně pojistný plán vztahuje.**

(7) Zdravotně pojistný plán a výhled obsahují údaje o zaměstnanecké pojišťovně, plán příjmů a výdajů zaměstnanecké pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, údaje o rozsahu hrazených služeb zajišťovaných zaměstnaneckou pojišťovnou, plán vývoje sítě smluvních poskytovatelů hrazených služeb včetně informace o zajištění dostupnosti hrazených služeb a plán provozních nákladů. Podrobnou strukturu obsahu informací podle věty první a způsob předkládání zdravotně pojistného plánu a výhledu stanoví Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem financí vyhláškou.

(8) Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí posoudí předložený návrh zdravotně pojistného plánu z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

(9) V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí po posouzení souladu návrhu zdravotně pojistného plánu s právními předpisy a veřejným zájmem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu není s těmito hledisky v rozporu, předloží návrh zdravotně pojistného plánu vládě.

(10) V případě, kdy Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu odporuje právním předpisům anebo veřejnému zájmu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, vrátí zaměstnanecké pojišťovně návrh zdravotně pojistného plánu s výzvou k přepracování. Zaměstnanecká pojišťovna předloží přepracovaný návrh zdravotně pojistného plánu do 30 dnů ode dne doručení výzvy.

(11) Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý **kalendářní rok schvaluje vláda** ~~rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.~~

(12) Nebude-li zdravotně pojistný plán zaměstnanecké pojišťovny schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost zaměstnanecké pojišťovny do schválení zdravotně pojistného plánu provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok.

(13) Schválený zdravotně pojistný plán, nebo do schválení zdravotně pojistného plánu provizorium, výroční zprávu a účetní závěrku zaměstnanecká pojišťovna zveřejní na svých internetových stránkách.

(14) Při uplatnění opatření podle zákona o pravidlech rozpočtové odpovědnosti může být zdravotně pojistný plán navržen podle odstavce 3 písm. b) jen v případě, že schodek bude možné uhradit nejvýše jednou třetinou finančních zůstatků zaměstnanecké pojišťovny z minulých let nebo návratnou finanční výpomocí.

* * *

§ 18

Rezervní fond zaměstnanecké pojišťovny

(1) **Minimální** Výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly převodem části zůstatku základního fondu **nebo ostatních fondů**. Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout pod minimální výši. Nejde-li o případy uvedené v předchozí větě, je zaměstnanecká pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené **minimální** výši. Zaměstnanecká pojišťovna je povinna rezervní fond naplnit do tří let ode dne získání povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění.

(2) V případě vyčerpání jedné poloviny tohoto fondu je zaměstnanecká pojišťovna povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví návrh opatření.

(3) Je-li vyčerpání fondu uvedené v odstavci 2 způsobeno nedostatky v hospodaření zaměstnanecké pojišťovny, rozhodne Ministerstvo zdravotnictví o dohledu nad dalším hospodařením zaměstnanecké pojišťovny, případně o dalších opatřeních k řešení vzniklých nedostatků.

* * *