



V Praze dne 28. května 2019

**Podkladový materiál k jednání Plenární schůze RHSD ČR  
dne 10. června 2019**

K bodu programu č. \_\_\_\_\_ :

**Situace ve zdravotnictví:**

- a) Personální situace v nemocnicích.
- b) Financování zdravotnictví se zaměřením na výhled financování v roce 2020 a v následujících letech.
- c) Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
- d) Novela zákona 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.

Předkládá:

Ministr zdravotnictví  
**Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA**

## Situace ve zdravotnictví

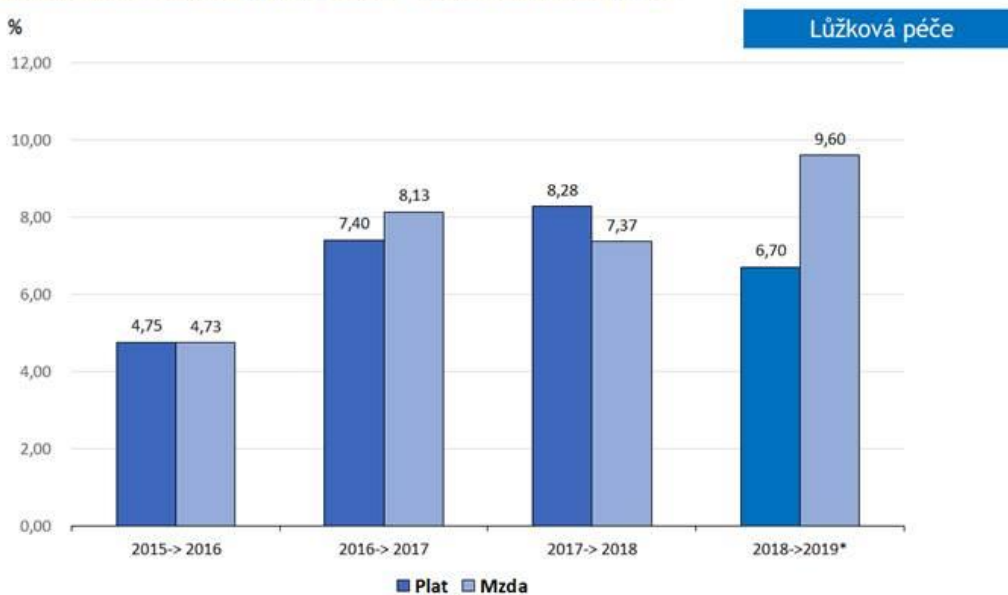
### a) PERSONÁLNÍ SITUACE V NEMOCNICÍCH

#### Odměňování v roce 2019:

V letošním roce se šlo v otázce odměňování cestou cíleného navýšení příplatků a platů tam, kde je to potřeba. S ohledem na palčivou personální situaci zejména sester ve směnách se zástupci ministerstva, odborů, poskytovatelů a pojišťoven dohodli, že je na místě navýšit příplatek za směnnost. S cílem stabilizovat personální krizi ve zdravotnictví byly nařízením vlády navýšeny také tarifní platy mladým lékařům, sestřám a sanitářům (7%) a tarifní platy zkušených lékařů (2%). Celkový růst úhrad 2018/2019 byl 8,8 mld. korun.

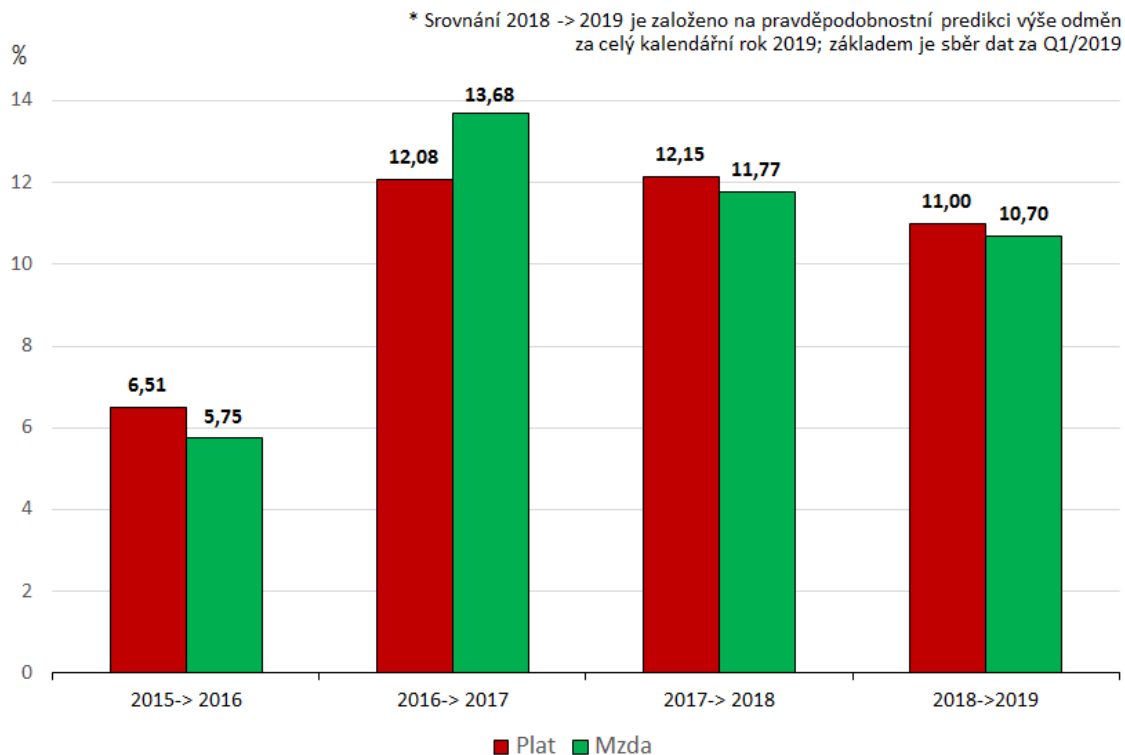
Dle dat ÚZIS a MZ byly v letošním roce navýšeny jak platy, tak mzdy v nemocnicích ČR, jak ukazují následující grafy za první kvartál 2019:

Odměňování lékařů: vývoj v čase – meziroční změny v %



\* Srovnání 2018 -> 2019 je založeno na pravděpodobnostní predikci výše odměn za celý kalendářní rok 2019, založený na sběru dat za Q1/2019

## Odměňování všeob. sester a por. asistentek: vývoj v čase – meziroční změny v % POUZE LŮŽKOVÁ PÉČE



Personální situaci především v oblasti akutní lůžkové péče vnímá Ministerstvo zdravotnictví jako jeden z klíčových aktuálních problémů našeho zdravotnictví. V posledních letech byl tento problém řešen především výrazným nárůstem platových tarifů, které nepochybně přispěly k určité stabilizaci. V současné době se ukazuje, že navyšování platových tarifů problém nevyřeší. Daleko větší pozornost je nutné věnovat především organizaci práce, pracovním podmínkám a systému vzdělávání zdravotnických profesionálů. Konkurenční prostředí na trhu práce vyvolá dostatečný tlak na navyšování platů zdravotníků u poskytovatelů zdravotních služeb tak, aby zaměstnanci neodcházeli do jiných segmentů ekonomiky. Finanční prostředky je nutné v rámci nemocnic alokovat také na zlepšení péče o pacienty a vůbec zlepšení prostředí a infrastruktury nemocnic.

Z pohledu Ministerstva zdravotnictví je již dále naprosto neudržitelné, aby veškeré nárůsty úhrad za poskytnuté zdravotní služby byly alokovány na krytí nákladů vyplývajících z navýšení platů.



## b) FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ SE ZAMĚŘENÍM NA VÝHLED FINANCOVÁNÍ V ROCE 2020 A V NÁSLEDUJÍCÍCH LETECH.

Dne 3. 4. 2019 proběhlo první kolo přípravné fáze dohodovacího řízení k úhradám na rok 2020. Během dvou dní jednání o úhradách zástupci jednotlivých segmentů a zdravotní pojišťovny prezentovali své návrhy na úhrady pro rok 2020. Společným cílem pro všechny segmenty je další podpora platby za kvalitativní kritéria a udržitelný růst úhrad jednotlivým segmentům. Druhé kolo dohodovacího řízení právě probíhá.

Dohodovacímu řízení předcházelo jednání analytické komise dohodovacího řízení, kde zástupci poskytovatelů a plátců schválili analytickou zprávu o vývoji nákladů na zdravotní služby v roce 2018 a finančních možnostech systému v roce 2020.

Dle této zprávy činí očekávané příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2020 částku 346 mld. Kč, což představuje meziroční navýšení o 6 %, resp. o 19,5 mld. Kč. Predikce je založena na lednové makroekonomické predikci Ministerstva financí se zohledněním aktuálních trendů ve výběru pojistného.

Na nákladové stránce se v roce 2020 očekává nárůst mandatorních výdajů o 7,5 mld. Kč, mezi které patří např. růst centrové péče (2,5 mld. Kč), urgentní příjmy (1 mld. Kč) nebo reforma primární péče (0,5 mld. Kč). Zbýlých 12 mld. Kč disponibilních prostředků může být rozloženo do růstu jednotlivých segmentů s průměrným meziročním tempem růstu 4 %.

V lůžkové péči růst úhrad o 4 % vytváří prostor pro růst platů a mezd, který je však velice diferencovaný u jednotlivých poskytovatelů. U poskytovatelů s vysokým podílem osobních nákladů, rostoucími provozními náklady, vnitřním dluhem nebo vysokým podílem dotací od zřizovatele tento růst úhrad neumožňuje téměř žádný růst platů a mezd. Naopak u poskytovatelů s nízkým podílem osobních nákladů a vyrovnaným hospodařením tento růst dostačuje až na desetiprocentní růst mezd a platů.

Ve dnech 23. 5. - 24. 5. 2019 proběhlo druhé kolo přípravné fáze dohodovacího řízení k úhradám na rok 2020. Během dvou dní jednání o úhradách zástupci jednotlivých segmentů a zdravotní pojišťovny finalizovali své návrhy a hlasovali o dohodě nebo nedohodě. Výsledky druhého kola naleznete v tabulce níže. I segmenty, které v rámci druhého kola nedosáhly dohody, mohou stále pokračovat v jednání a dohodnout se v poslední, oponentní, fázi dohodovacího řízení.

Segment	Dohoda/ nedohoda	Shrnutí dohody
ambulantní specialisté	dohoda	Navýšení HB neregulovaných odborností o 0,02 Kč, HB ostatních odborností navýšena o 0,01 Kč; při splnění kvalitativních kritérií navýšení o dalších 0,1 Kč (doklad o celoř. vzdělávání, prodloužené ordinační hodiny od 7 hodin ráno nebo do 18 hodin večer, pokud ošetří alespoň 5 % nových pacientů a pro návštěvy používá objednávací systém), koeficient navýšení 1,05, zohlednění mimořádně nákladných pacientů.



ambulantní hemodialyzační péče	dohoda	Důraz v dohodě kladen na hodnocení kvality poskytovatelů, které je založeno na kvartálním reportování a vyhodnocení dat z Registru dialyzovaných pacientů, který je aktivitou České nefrologické společnosti. HB zůstává stejná, poskytovatel ji může dále za splnění podmínek navýšit o 0,02 Kč a o další maximálně 0,04 Kč. Podpora včasného zařazování pacientů na čekací listinu k transplantaci ledvin.
gynekologická péče	dohoda	Sjednocení způsobu výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátně ošetřeného pojištěnce u každé jednotlivé zdravotní pojišťovny. Úhrada směřuje k nové koncepci úhradového mechanismu ve formě agregovaných plateb v dalších obdobích - jednotné balíčkové úhrady za těhotné pojištěnky. Zachována limitace výsledné úhrady prostřednictvím PURO - částečně plošný růst, částečně vázáno na řešený problém - sjednocení balíčků. HB 1,08, která může být navýšena o 0,04 v případě plnění kvalitativních kritérií, KN - 1,07.
stomatologická péče	dohoda	Dochází ke změně u většiny výkonů, část výkonů zrušena, navrženo několik nových výkonů a u cca 50 % výkonů dochází k navýšení. Např. 00900 navýšení o 30 Kč jako podpora registrace nových pacientů. 00908 – navýšení z 310 na 350 – podpora pohotovostí, úprava textů u všech rentgenů, navýšení cen anestezií, zrealnění ceny u výplně z fotokompozitu, nový endodontický výkon, navýšení výkonu extrakce zubu, nový kód pro pacienty s autismem, + sedace.
praktičtí lékaři a PLDD	dohoda	Dohoda je konstruována s ohledem na předpokládanou reformu primární péče, navýšena HB za výkony nezahrnuté do kapitační platby, regulační poplatky nově hrazeny prostřednictvím výkonu 01543 - signální výkon epizody péče u pacientů od 18 let věku - 40 Kč. Bonifikace za LPS navýšena na 40 000 Kč za 10 služeb.
mimoústavní laboratorní a	nedohoda	
radiodiagnostická péče	dohoda	Odbornost 806 s HB ve výši 1,11 Kč. Vybrané výkony v bodě a) v Odb. 809 a 810 HB 1,28 Kč, fixní složka 0,47 Kč. Vybrané výkony v bodě b) Odb. 809 HB 0,57 Kč, fixní složka úhrad 0,4 Kč (bonifikace za archivaci – HB 0,58 Kč). Vybrané výkony v bodě c) Odb. 809 0,55 Kč, fixní složka úhrady 0,40 Kč. Pro výkon 89312 (bod d) HB ve výši 1,03 Kč, fixní složka 0,43 Kč. Pro výkony č. 8911 1, 89119; 89123; 89127 a 89131 je stanovena hodnota bodu



		ve výši 1,28 Kč, přičemž úhrada za výkony č. 89111, 89119, 89123,89127 a 89131 nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady. Bonifikace za dobu poskytování hrazených služeb. Zahraniční pojištěnci HB ve výši 1,29 Kč nebo 0,59 Kč.
fyzioterapie	dohoda	Odbornosti 902 a 917 pro výkon přepravy HB – 0,94 Kč. Odb. 902 a 917 pro ambulantní výkony HB – 0,83 Kč. V případě většího, než 5% podílu unikátních pojištěnců s vybranými diagnózami – HB + 0,02 Kč.
domácí zdravotní péče	nedohoda	
zdravotnická záchranná služba	dohoda	Valorizace dopravních výkonů zařazených v SZV a dohoda na HB výkonů ZZS. <b>Odb.709</b> – HB ve výši 1,22 Kč s výjimkou nasmlouvaných výkonů přepravy dle seznamu výkonů s HB ve výši 1,08 Kč. Výkon č. 06714 s HB ve výši 1Kč. Maximální úhrada poskytovateli za rok 2020 za Výkon č. 06714 nepřekročí úhradu v roce 2018. <b>Odb.799</b> - HB ve výši 1,20 Kč s výjimkou nasmlouvaných výkonů přepravy dle seznamu výkonů s HB ve výši 1,08 Kč. Výkon č. 06714 s HB ve výši 1Kč. Maximální úhrada poskytovateli za rok 2020 za Výkon č. 06714 nepřekročí úhradu v roce 2018. <b>Odb.003</b> - HB ve výši 1 Kč dle Seznamu výkonů.
dopravní služba	dohoda	Výkonový způsob úhrady s HB 1,08 Kč (zdravotnická dopravní služba s nepřetržitým provozem), s HB 0,88 Kč (zdravotnická dopravní služba s omezenou dobou provozu). HB pro nový výkon pro manipulaci s pacienty nad 140 kg = 1 Kč. Dohoda uzavírána za podmínky změny bodového ohodnocení výkonů přepravy s bodovými hodnotami uvedenými v dohodě.
akutní lůžková	nedohoda	
následná lůžková	nedohoda	
lázně a ozdravovny	dohoda	Úhrada za jeden den pobytu (komplexní i příspěvková) ve výši 104 % smluvně sjednané úhrady na rok 2019 (pro dospělé, pro děti a dorost). Jeden den pobytu v ozdravovně ve výši 944 Kč (ubytování, stravování, ozdravný program).
lékárenská péče	nedohoda	

## **Výhled financování zdravotnictví po roce 2020 – valorizace platby za státní pojištěnce**

Ministerstvo zdravotnictví předložilo do meziresortního připomínkového řízení návrh novely zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, s cílem zakotvit mechanismus automatické valorizace platby za státní pojištěnce.

Návrh zákona vyvolal rozpor s Ministerstvem financí, které navrhlo postupně různé způsoby automatické valorizace platby za státní pojištěnce, odlišné od návrhu MZČR. Rozpor dosud nebyl vypořádán, pokračují jednání na pracovní úrovni.

Níže uvádíme dopady dvou variant navržených ministerstvem zdravotnictví, které navrhuje stanovit vyměřovací základ pro platbu státu za státní pojištěnce procentem průměrné mzdy. Varianty navržené MZČR se od sebe liší pouze parametricky:

### **Rozpočtové dopady variant valorizace platby státu**

Varianta 1 – vyměřovací základ pro platbu za státní pojištěnce: 22,5 % průměrné mzdy

Varianta 2 – vyměřovací základ pro platbu za státní pojištěnce: 25 % průměrné mzdy

		<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>	<b>2050</b>	<b>2060</b>	<b>2070</b>
<b>Varianta 1</b>	<i>mld. Kč</i>	75,5	123	190	300	451	606
	<i>% HDP</i>	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	1,8
<b>Varianta 2</b>	<i>mld. Kč</i>	75,5	136,4	211,4	333,4	501,7	673,7
	<i>% HDP</i>	1,3	1,6	1,8	2	2,1	2

## **c) NOVELA ZÁKONA Č. 48/1997 SB., O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ.**

**Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů**

### **K návrhu zákona, jak byl předložen do vnitřního připomínkového řízení**

Současná právní úprava rozhodování zdravotních pojišťoven (revizních lékařů) o nároku pojištěnce je značně kusá a způsobuje v aplikační praxi vážné problémy, které jsou zdůrazněny rozvíjející judikaturou v této oblasti. Přestože je nejčastěji zmiňováno rozhodování zdravotních pojišťoven v oblasti tzv. § 16 zákona č. 48/1997 Sb., je třeba uvést, že zdravotní pojišťovna rozhoduje v mnoha dalších případech (léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, lázeňská péče, některé zdravotní výkony atd.), přičemž celkový počet těchto řízení přesahuje v systému veřejného zdravotního pojištění počet 450 tisíc ročně. Za současného právního stavu by zdravotní pojišťovny měly postupovat plně podle zákona č. 500/2004 Sb. (správní řád), což se ovšem praxi poměrně důvodně neděje, neboť by se vážným způsobem zhoršila dostupnost hrazených služeb. Taková praxe je ovšem dlouhodobě neudržitelná, neboť rozhodnutí revizních lékařů (zdravotních pojišťoven) jsou často úspěšně napadána u správních soudů kvůli procesním nedostatkům. Z toho důvodu přistupujeme k návrhu nové právní úpravy, jejímiž nejdůležitějšími navrženými změnami v této oblasti jsou





- *pro futuro* je výslovně jako orgán rozhodující o nároku pojištěnce uvedena přímo zdravotní pojišťovna namísto revizního lékaře,
- zdravotní pojišťovna komunikuje v prvním stupni řízení s příslušným poskytovatelem zdravotních služeb (povinné zastoupení), pokud se pojištěnec nerozhodne jinak,
- o naplnění podmínek může výjimečně rozhodnout sám poskytovatel zdravotních služeb, a to tehdy, pokud hrozí újma na zdraví pojištěnce – to nemá vliv na případné uplatnění sankčních mechanismů ze smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou,
- kladné rozhodnutí se pro urychlení celého procesu doručuje pouze poskytovateli zdravotních služeb a je u něj vyloučena možnost podání odvolání, tudíž nabývá okamžikem doručení právní moci a je zároveň i vykonatelné,
- rozhodnutí, kterým není žádosti pojištěnce zcela vyhověno, se doručuje kromě poskytovatele zdravotních služeb rovněž pojištěnci a odvolací lhůta činí 15 dní od doručení pojištěnci,
- k projednání odvolání je příslušná revizní komise jako zvláštní kolegiální orgán zdravotní pojišťovny – složena je z 5 členů, z nichž jeden je vždy jmenován ministrem zdravotnictví a nejvíce dva z nich mohou být zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny.

Změny se navrhují rovněž v dalších oblastech na základě provedených konzultací. V oblasti správního trestání je hlavní změnou sjednocení právní úpravy do jedné části zákona č. 48/1997 Sb., aby byla zvýšena přehlednost právní úpravy. Zároveň dochází k dílčím změnám tak, aby byla právní úprava řádně aplikovatelná. Jedná se především o zakotvení možnosti zdravotní pojišťovny usnesením odložit věc v případě přestupku spáchaného zaměstnavatelem či pojištěncem. Navrhuje se zároveň vypustit trestání *hrubého porušení vnitřního řádu poskytovatele lůžkové péče pojištěncem*.

#### Příklady dalších navrhovaných změn:

- pro úhradu IVF z prostředků veřejného zdravotního pojištění se navrhuje navýšení věku na 39 let a 364 dní,
- v oblasti indikace domácí péče se po omezenou dobu (14 dní, v případě paliativní péče až 3 měsíce) umožňuje rovněž indikace lékaři s dalšími odbornostmi (např. ambulantní specialisté), čímž dojde ke zlepšení dostupnosti této péče,
- v oblasti rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech pojistného se
  - a) precizují ustanovení týkající se vykonatelnosti výkazu nedoplatků (neobdrží-li zdravotní pojišťovna námitky nebo jsou-li námitky zamítnuty),
  - b) doplňují ustanovení týkající se doručování písemností (zejména doručování veřejnou vyhláškou),
  - c) ruší se duplicity vůči obecné úpravě ve správním řádu a soudním řádu správním,
  - d) shodně jako v případě zajištění výběru pojistného na sociální zabezpečení se navrhuje možnost zdravotní pojišťovny zřizovat zástavní právo k věcem v majetku dlužníka pojistného,
  - e) precizuje se úprava informování zdravotních pojišťoven ze strany orgánů veřejné správy, které projednávají případy, při nichž došlo k újmě na zdraví a tím i potenciálně k výdajům systému veřejného zdravotního pojištění v důsledku protiprávního jednání třetí osoby.





### **K aktuálnímu stavu projednávání**

- v rámci meziresortního připomínkového řízení uplatněno velké množství připomínek a návrhů nad rámec hlavní oblasti návrhu,
- probíhá vyhodnocení návrhů a vypořádání připomínek prostřednictvím dílčích jednání,
- k nejvíce diskutovaným oblastem patří zastupování pojištěnce poskytovatelem zdravotních služeb a poskytnutí hrazených služeb bez předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny (předpokládáme změny od materiálu rozeslaného do vnitřního připomínkového řízení na základě projednání s dotčenými subjekty),
- snaha co nejvíce proces racionalizovat a ulehčit pojištěnci přístup k hrazeným zdravotním službám.

### **K legislativnímu procesu**

Návrh vychází z konzultací, které Ministerstvo zdravotnictví provedlo v období od listopadu 2018 do února 2019. Účastnili se jich zástupci zdravotních pojišťoven, dotčených segmentů poskytovatelů zdravotních služeb (praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, akutní lůžková péče), Česká lékařská komora, Pacientská rada jako zástupce všech pacientských organizací, Kancelář veřejného ochránce práv, Ministerstvo financí a Ministerstvo vnitra. Data poskytly především zdravotní pojišťovny, doplňková vyjádření poté všechny další oslovené dotčené subjekty.

Na základě výzvy poskytly dotčené subjekty rovněž další návrhy a podněty na změny právní úpravy. Součástí tohoto předkládaného materiálu není nová právní úprava úhradové regulace vysoce inovativních léčivých přípravků a léčivých přípravků pro vzácná onemocnění (orphan drugs). Vzhledem k různému způsobu projednávání obou částí zákona č. 48/1997 Sb. a částečně odlišnému spektru dotčených subjektů jsou projednávány samostatně. Pro potřeby meziresortního připomínkového řízení by již následně měly být obě části spojeny, aby nedošlo k situaci, kdy budou paralelně projednávány dvě novelizace jednoho právního předpisu v rámci legislativního procesu upraveného Legislativními pravidly vlády.

### **d) NOVELA ZÁKONA 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.**

#### **Obecně k návrhu**

- cílem navržené právní úpravy je reagovat na nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15, který z podstatné části zrušil způsob obsazování orgánů zaměstnaneckých pojišťoven, a zajistit jejich řádné obsazování tak, aby nedošlo k paralýze provádění zdravotního pojištění zaměstnaneckými pojišťovnami,
- počet členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven zůstává neměnný, přičemž 10 členů správní rady a 6 členů dozorčí rady bude voleno následujícím způsobem (pravidla pro jmenování třetiny zástupců státu zůstávají shodná jako za současného stavu),



- na straně pasivního volebního práva (možnost být volen) návrh předpokládá široké zapojení všech pojištěnců – kandidovat může každý pojištěnec, který doloží podporu alespoň 50 dalších pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny – odstupuje se tak od současné praxe kritizované Ústavním soudem, kdy možnost navrhnout měly pouze tzv. reprezentativní organizace zaměstnavatelů a odborů,
- na straně aktivního volebního práva poté Ministerstvo zdravotnictví předpokládá možnost zapojení všech osob odvádějících pojistné na veřejné zdravotní pojištění,
- zaměstnavatelé, OSVČ a teoreticky i OBZP se budou moci spojovat, aby společně dosáhli stanovené výše minimální výše odvedeného pojistného (0,4 % z celkového úhrnu pojistného za posledních 6 měsíců) pro účast ve volbě,
- navržený koncept staví právo volit z přihlášených pojištěnců výhradně na odvodu pojistného na veřejné zdravotní pojištění (volí ten, kdo platí),
- v osobách zaměstnavatelů odvádějících pojistné dochází k částečnému zjednodušení, neboť není přihlíženo k individuální platbě pojistného zaměstnancem - předpokládá se, že je reprezentován prostřednictvím svého zaměstnavatele,
- uvedené zjednodušení plyne především z toho, že zdravotní pojišťovna není schopna z dat zasílaných zaměstnavateli identifikovat výši pojistného každého jednotlivého zaměstnance a v krátkém časovém rámci (jaro 2020) tak není možné variantu zahrnující i jednotlivé zaměstnance aplikovat.

### **Způsob realizace voleb**

- funkční období orgánu zdravotní pojišťovny je vždy jednotné a činí 4 roky nebo zcela výjimečně méně, pokud není k dispozici žádný další náhradník – k této situaci by v praxi nemělo dojít,
- volby budou vyhlášovány 5 měsíců před koncem funkčního období dosavadních členů orgánu a současně s vyhlášením zveřejnění zaměstnanecká pojišťovna i další podstatné údaje (např. celkový rozhodný úhrn odvedeného pojistného za posledních šest měsíců a minimální výši odvedeného pojistného zajišťující účast na volbě, seznam 100 největších osob odvádějících pojistné, lhůty pro podání přihlášky ke kandidatuře a přihlášky k volbě – ta činí 3 měsíce od vyhlášení),
- osoba, která kandiduje, musí být svéprávná, bezúhonná, musí doložit podporu alespoň 50 pojištěnců a pochopitelně musí být ke dni podání přihlášky pojištěncem příslušné zaměstnanecké pojišťovny,
- osoba nebo spojení osob, které hodlají ve volbách hlasovat, nesmí mít ke dni vyhlášení voleb nedoplatek na pojistném nebo penále a musí odvést pojistné alespoň ve výši 0,4 % za 6 měsíců předcházejících měsíci, v němž byly volby vyhlášeny,
- za každé 0,2 % pojistného náleží hlasujícím osobám polovina hlasů, jako je počet volených členů orgánů,
- po uplynutí lhůty pro podání přihlášek zveřejní zaměstnanecká pojišťovna seznam kandidátů a seznam hlasujících osob včetně odvedeného pojistného a počtu hlasů,
- hlasy jsou zaměstnanecké pojišťovně zasílány v uzavřených obálkách, které mohou být otevřeny až na jednání pětičlenné volební komise za účasti notáře,
- zvoleni jsou kandidáti v pořadí podle počtu obdržených hlasů, přičemž nezvolení kandidáti se stávají náhradníky, pokud obdrželi alespoň jeden hlas.



### **K další části návrhu zákona**

- návrh zákona rovněž ukončuje dosavadní praxi schvalování zdravotně pojistných plánů a výročních zpráv PSP ČR a navrácí se k dřívějšímu způsobu, kdy tyto dokumenty schvalovala vláda ČR,
- současná právní úprava je v praxi neaplikovatelná, kdy za dobu její existence nedošlo ani jednou ke schválení zdravotně pojistných plánů před začátkem příslušného kalendářního roku – v mnoha případech nebyly zdravotně pojistné plány vůbec schváleny,
- zdravotní pojišťovny proto prakticky neustále hospodaří v tzv. provizoriu, které sestavuje Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí na základě přeložených návrhů zdravotně pojistných plánů.

### **K legislativnímu procesu**

- materiál prošel vnitřním připomínkovým řízením, kdy zásadní připomínky uplatnil Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR,
- připomínky OSZSP směřovaly především k silnějšímu postavení zaměstnanců při provedení volby prostřednictvím odborových organizací a organizací zaměstnavatelů sdružených v RHSD,
- vzhledem k tomu, že připomínky nevycházely ze správných premis konstatovaných Ústavním soudem a navržený způsob řešení nepovažujeme v porovnání s ostatními, které byly předmětem RIA, za žádoucí, nebyl návrh akceptován,
- na základě připomínek byla do RIA doplněna varianta, která umožňuje volbu všem plátcům pojistného včetně jednotlivých zaměstnanců - tuto variantu spatřujeme v současné době jako nevhodnou z důvodu složité administrace a nutnosti významné úpravy informačních systémů na straně zaměstnaneckých pojišťoven, k čemuž není dostatečný časový prostor,
- materiál je v současné době projednáván pracovními komisemi Legislativní rady vlády ČR.