

Podkladový materiál
Ministerstva zdravotnictví
pro 125. Plenární schůzi
RHSD ČR

dne 1. února 2016

Informace
Ministerstva
zdravotnictví
o řešení problémů
ve zdravotnictví



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Obsah

1	Úvod.....	2
2	Navýšení úhrad za státní pojištěnce	2
3	Návrh novely zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (<i>návrh novely zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů</i>)	5
4	Návrh novela zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.....	13
5	<i>Příloha</i> (k bodu 2)	18

1 Úvod

Ministerstvo zdravotnictví předkládá dle schváleného programu 125. Plenární schůze Rady hospodářské a sociální dohody ČR materiál „**Informace Ministerstva zdravotnictví o řešení problémů ve zdravotnictví**“.

Materiál byl projednán Pracovním týmem pro zdravotnictví RHSD ČR dne 12. ledna 2016 a doplněn dle závěrů jednání.

2 Navýšení úhrad za státní pojištěnce

Vláda ČR se ve svém Programovém prohlášení mimo jiné zavázala „**zavést pravidelnou valorizaci platby za státní pojištěnce**“. Za tím účelem připravilo Ministerstvo zdravotnictví návrh novely zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „návrh zákona“), jehož cílem je realizace tohoto závazku.

Při přípravě návrhu zákona vycházelo Ministerstvo zdravotnictví z následujících **primárních cílů**, jejichž naplnění bylo v souladu s Legislativními pravidly vlády podrobeno hodnocení dopadů (RIA):

- růst hrubého domácího produktu (HDP); výše platby za státní pojištěnce by měla narůstat alespoň stejně jako HDP
- vývoj odvodu pojistného u ostatních skupin (zaměstnanci, OSVČ, osoby bez zdanitelných příjmů) tak, aby nedocházelo k dalšímu nárůstu rozdílu mezi státními pojištěnci a těmito skupinami
- postupné přibližování výdajů státu na zdravotnictví alespoň na průměr evropských zemí v OECD (v poměru k HDP)

Zároveň by zvolené řešení mělo zajistit anticyklický charakter platby za státní pojištěnce – příspěvek státu bude nižší v době konjunktury (více odvádí ekonomicky činné skupiny obyvatel) a naopak se zvýší v době recese.

Naplněním výše uvedených cílů má dojít ke stabilizaci příjmové stránky systému veřejného zdravotního pojištění a následně ke vhodné alokaci finančních prostředků v oblasti hrazené zdravotní péče (navýšení odměn pracovníků ve zdravotnictví, možnost motivace lékařů k provozování praxe v odlehlých regionech atd.) tak, aby byla zajištěna její dostupnost a vysoká kvalita pro pojištěnce.

Kromě varianty nulové (žádná změna) byly posuzovány následující **možnosti změny způsobu určení vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištěnce**.

1) vazba na všeobecný vyměřovací základ pro účely důchodového pojištění

2) vazba na průměrnou mzdu zjišťovanou Českým statistickým úřadem

3) pravidelný administrativně stanovený růst ve výši 5 % ročně

4) sjednocení výše vyměřovacího základu s OBZP

První dvě varianty se liší z hlediska použité metodiky a na základě jejich věcného posouzení návrh preferuje variantu 1, která přináší systému veřejného zdravotního pojištění více prostředků. Třetí varianta garantuje navýšování o cca 3,4 mld. ročně, ovšem nezohledňuje dostatečně aktuální vývoj ekonomiky jako varianty 1 a 2.

Poslední varianta byla do materiálu doplněna **na základě jednání PT RHSD pro zdravotnictví dne 12. ledna 2016**. Jejím hlavním přínosem je výrazné posílení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím platby státu. Touto variantou ovšem nedochází k naplnění závazku Programového prohlášení vlády na zavedení automatické valorizace, neboť platba za státní pojištěnce je nadále vázána na vydání nařízení vlády (tentokrát o minimální mzdě). I při rozložení do více let je zřejmé, že takové řešení je problematické z hlediska rozpočtového krytí a zároveň může ohrožovat samotné navýšování minimální mzdy.

Dále se navrhuje zakotvení **anticyklického mechanismu**, který zajistí kompenzaci výpadku prostředků pro systém veřejného zdravotního pojištění v době ekonomické krize. Naopak v době konjunktury se celková částka za státní pojištěnce částečně sníží s ohledem na dostatečné příjmy od ekonomicky aktivních skupin obyvatelstva. Za tím účelem navrhuje zakotvit tzv. koeficient počtu státních pojištěnců vycházející z aktuálního stavu zaměstnanosti jako jednoho ze základních ekonomických ukazatelů. Pro systém veřejného zdravotního pojištění lze takové řešení považovat za pozitivní (garance navýšení prostředků státního rozpočtu stanovená zákonem i v době ekonomické krize). Např. při zvýšení nezaměstnanosti o 100 tisíc osob a platbě 870 Kč za osobu a kalendářní měsíc by za celý rok toto opatření systému přineslo více než 3 mld. Kč.

V návrhu se proto **přikláníme k zakotvení anticyklického mechanismu s max. možnou úpravou celkového odvodu za státní pojištěnce ve výši 5 %**.

Při přijetí varianty vazby na všeobecný vyměřovací základ a zakotvení anticyklického mechanismu by dle aktuálních odhadů (zejména počty státních pojištěnců se mohou ovšem výrazně měnit) měl být v následujících letech vývoj následující:

	m. j.	2017	2018	2019	2020
Měsíční platba na státního pojištěnce	Kč	943	982	1 023	1 066
Celkem za státní pojištěnce za rok	mld. Kč	66,2	69,3	72,5	76,0
Meziroční nárůst celkových nákladů	mld. Kč	3,5	3,1	3,2	3,5

Oproti materiálu předloženému do vnitřního připomínkového řízení došlo k aktualizaci předpokládané výše vyměřovacího základu, čímž očekávaná platba za osobu a měsíc poklesla o 8 Kč. Zároveň byl aktualizován odhad počtu státních pojištěnců, přičemž je očekávána vyšší zaměstnanost (o cca 30 tisíc osob) – tím dochází ke snížení původně předpokládané výše odvodu za skupinu státních pojištěnců. To je na druhé straně kompenzováno navýšením odvodů za ekonomicky aktivní skupiny obyvatelstva.

Zvolené řešení je z hlediska požadavku na zavedení automatické valorizace a dalších dlouhodobých cílů posilujících systém veřejného zdravotního pojištění podle Ministerstva zdravotnictví řešením optimálním. Případné jednorázové navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění ke konkrétnímu účelu je třeba realizovat prostřednictvím jiných opatření, nikoliv koncepčního a dlouhodobého cíle, který je vázán na přirozený vývoj ekonomiky.

Materiál byl schválen Poradou vedení Ministerstva zdravotnictví dne 18. 1. 2016 před rozesláním do meziresortního připomínkového řízení.

Celý návrh včetně hodnocení dopadů jednotlivých variant je přílohou tohoto shrnutí.

3 Návrh novely zákona o nelékařských zdravotnických povoláních *(návrh novely zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů)*

Odůvodnění novely zákona č. 96/2004 Sb.

Novela zákona č. 96/2004 Sb. si klade za cíl stabilizovat a zkvalitnit stávající systém kvalifikačního vzdělávání a specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání, především profesí poskytujících přímou ošetrovatelskou péči o dětské a dospělé pacienty, a to v souladu s aktuálními potřebami v oblasti zdravotnictví. Tyto potřeby vycházejí z požadavků a potřeb praxe (zlepšení motivačních, pracovních, vzdělávacích podmínek a uplatnění pracovníků "nelékařských zdravotnických povolání").

Dále je navrhováno odstranit v rámci této novely nejednoznačnost a vágnost některých zákonných pojmů, které v praxi působí výkladové problémy a přiblížit právní úpravu o nelékařských zdravotnických povoláních aktuálním potřebám jako je zefektivnění např. akreditačního řízení, specializačního vzdělávání, vzdělávání v akreditovaných kvalifikačních kurzech, certifikovaných kurzech a řízení o uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče osob, kteří získali způsobilost mimo členské státy EU.

Novela zákona č. 96/2004 Sb. je jedním z dílčích chystaných legislativních opatření pro zajištění personální stabilizace ve zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví si je vědomo, že samotná změna systému vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání nedostatečnou personální situaci nevyřeší. Avšak stávající právní úprava předmětného vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání může být jedním z důvodů odchodu zdravotnických pracovníků do zahraničí nebo mimo obor zdravotnictví, a to především absolventů zdravotnických oborů. Novela zákona by tak měla především zjednodušit a zkrátit vzdělávání zdravotnických asistentů, zdravotnických záchranářů a porodních asistentek na všeobecnou sestru, posílit kompetence zdravotnického asistenta, které bude vykonávat bez odborného dohledu, vrátit přípravu dětské sestry na kvalifikační úroveň, ukončit vzdělávání v nelékařských zdravotnických profesích, která jsou na trhu těžce uplatnitelná.

Tyto záměry se analogicky budou vztahovat také k podzákonným předpisům, které budou vydány k provedení zákona (především k vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vyhlášce č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví požadavky na studijní programy nelékařských zdravotnických povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb., vyhlášky č. 189/2009 Sb., o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, nařízení vlády č. 31/2011 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí).

Dílčí novela zákona č. 96/2004 Sb. se jeví z hlediska aktuální potřeby rychle stabilizovat pracovní síly z řad nelékařských zdravotnických pracovníků, především ošetrovatelského personálu, který smí vykonávat základní ošetrovatelskou péči samostatně bez indikace nebo na základě indikace, jako nejvhodnější a nejrychlejší postup řešení. Požadovaných cílů, které spočívají především v modernizaci kvalifikačního vzdělávání všeobecné sestry, posílení kompetencí zdravotnických

asistentů, zavedení vzdělávání dětské sestry na pregraduální úrovni a odstranění nejasností stávajícího znění zákona č. 96/2004 Sb., totiž lze dosáhnout provedením úpravy zákona č. 96/2004 Sb.

Původně připravovaná varianta zákon č. 96/2004 Sb. nahradit novým zákonem o podmínkách výkonu zdravotnických povolání s výjimkou povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, přestože se jeví jako nejvhodnější z pohledu systémového řešení, které lze novým zákonem řešit, byla vyhodnocena vedením ministerstva z hlediska dlouhodobého výhledu jako méně vhodná. Pro tuto variantu je pro složitost této problematiky a hledání správného řešení žádoucí další diskuze, získání referenčních a verifikovaných údajů o počtu aktivních zdravotnických pracovníků, jejich potřebnosti, údaje o počtu absolventů přicházejících do praxe, atd.

Hlavní teze novely zákona č. 96/2004 Sb.

Dosažení hlavních cílů je provázáno s těmito úpravami:

- Oblast úpravy vzdělávání všeobecné sestry (§ 5)

Ustanovení odstavce 1 § 5 se nově doplňuje o nový způsob získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry. Zákon nově stanoví možnost získat způsobilost k výkonu všeobecné sestry zdravotnickému asistentovi, porodní asistentce, zdravotnickému záchranáři a dětské sestře alespoň jednoletým studiem na vyšších zdravotnických školách. Podmínkou však bude prokázat, že část studia skýtá záruky, že získané znalosti a dovednosti jsou minimálně stejné úrovně, jakou lze očekávat, že by byla získána absolvováním určité části odborné přípravy na výkon povolání všeobecné sestry. To znamená, pokud už dnes vzdělávací program pro přípravu na výkon povolání zdravotnického asistenta není v některých částech shodný se vzdělávacím programem pro přípravu všeobecné sestry, rámcový vzdělávací program pro přípravu zdravotnického asistenta upravit tak, aby získané znalosti a dovednosti studiem v čtyřletém vzdělávacím programu zdravotnický asistent odpovídali získaným znalostem a dovednostem ve studiu pro přípravu všeobecné sestry. Zdravotnický asistent, který by chtěl získat způsobilost všeobecné sestry, by tak měl po složení úspěšné přijímací zkoušky možnost získat způsobilost všeobecné sestry ve zkráceném studiu na vyšší odborné škole. Shoda vzdělávacího programu v oboru zdravotnický záchranář a porodní asistentka se vzdělávacím programem všeobecné sestry lze předpokládat už dnes.

Ustanovení odst. 3 (popis výkonu povolání všeobecné sestry) se zpřesňuje. Doplnuje se paliativní péče.

- Oblast úpravy vzdělávání dětské sestry (nový § 5a)

Do soustavy kvalifikačního vzdělávání se navrácí vzdělávání v oboru dětské sestry. Důvodem je již v dnešní době nedostatečný počet dětských sester, který se bude jen a jen prohlubovat. Požadavek byl vznesen odbornou pediatrikou společností a managementy poskytovatelů zdravotních služeb v oblasti pediatrie. V současné době je vzdělávání zabezpečeno formou specializace až po získání odborné způsobilosti všeobecné sestry, tj. 4 roky všeobecného vzdělání ukončeného maturitní zkouškou, poté 3 roky přípravy na povolání všeobecná sestra a poté následné specializační studium v délce nejméně 18 měsíců. Do systému se tak dětské sestry dostávají až po 9 letech studia (ve 24 letech, pokud studium je nepřerušované) v době, kdy ženy začínají zakládat rodinu. Do roku 1995 bylo možné získat kvalifikaci dětské sestry čtyřletým studiem na střední zdravotnické škole ukončeným maturitní

zkouškou (způsobilost byla získána v 18 roce života). Vzhledem i k motivaci budoucích uchazečů považuje Ministerstvo zdravotnictví po mnoha jednáních u kulatých stolů za žádoucí, zkrácení vzdělávání na povolání dětské sestry a návrat kvalifikace dětské sestry zpět na pregraduální studium.

Tak jako všeobecná sestra získává způsobilost k výkonu povolání v bakalářském studiu nebo studiu na vyšší odborné škole, navrhuje se vzdělávat na těchto úrovních vzdělávání taktéž dětskou sestru. Navrhuje se taktéž obdobně jako nyní i u profese všeobecné sestry získat způsobilost dětské sestry alespoň jednorocním studiem na vyšší odborné škole pro zájemce z řad zdravotnických asistentů, zdravotnických záchranářů, porodních asistentek.

Zdravotničtí pracovníci, kteří získali specializovanou způsobilost ke dni účinnosti tohoto zákona v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii, nebo jim tato specializace byla přiznána či uznána budou nadále považovány za zdravotnické pracovníky se specializovanou způsobilostí. Jde o absolventky oboru dětská sestra na SZŠ, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, absolventky oboru diplomovaná dětská sestra na VOŠ, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, absolventky specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v pediatrie, všeobecné sestry s kurzem pedagogiky a psychologie (kurz bylo možné absolvovat do konce roku 2006) či absolventky akreditovaného zdravotnického magisterského studia v programu Ošetrovatelská péče v pediatrii, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2017/2018.

Za výkon povolání dětské sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče u dětí. Dále se dětská sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.

Přechodným ustanovením bude ošetřeno oprávnění k výkonu povolání dětské sestry bez odborného dohledu. Zdravotničtí pracovníci, kteří podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona získali specializovanou způsobilost v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii nebo jim tato specializovaná způsobilost byla přiznána či uznána a jsou zapsáni v Registru podle § 72 jako všeobecné sestry, jsou automaticky ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona zapsáni v Registru taktéž jako dětské sestry a to do doby platnosti jejich osvědčení v oboru všeobecná sestra.

- Oblast úpravy vzdělávání a výkonu povolání zdravotnického asistenta

Je očekávána zvýšená poptávka poskytovatelů zdravotních služeb a sociálních zařízení po tomto povolání. Cílem je zvýšit kvalitu přípravy pro toto povolání. Celkový počet těchto absolventů musí být vysoký, neboť velká část jich odchází studovat do zdravotnických i dalších oborů. Ze statistik MŠMT vyplývá, že z 98 % absolventů zdravotnických oborů s maturitou se hlásí dále na vyšší odborné školy nebo vysoké školy, a to výhradně ke studiu zdravotnických a lékařských oborů. Z toho je přijato 76% uchazečů, takže do zaměstnání nastoupí 24%, a tím nemusí být vždy zdravotnictví. Poskytovatelé zdravotních služeb v rámci přehodnocení využívání pracovní síly v daleko větší míře než v minulosti zdravotnické asistenty požadují.

Obor zdravotnický asistent zůstane nejvíce kapacitním oborem středních škol pro vzdělávání zdravotnických pracovníků. Je připravována úprava jeho činností s tím, že bude expertem nejenom na ošetrovatelskou péči v oblasti uspokojování základních potřeb pacientů, ale i na rehabilitační ošetrování a jiné odborné ošetrovatelské činnosti, které bude zdravotnický asistent moci vykonávat

bez odborného dohledu všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Tyto odborné činnosti budou stanoveny prováděcím právním předpisem - vyhláškou o činnostech. S úpravou kompetencí nutně souvisí i přepracování rámcového vzdělávacího programu.

Dále se rozšiřuje výčet vzdělání, jímž lze získat způsobilost k výkonu povolání. Současné vzdělávání v akreditovaném kvalifikačním kurzu či studium na střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický asistent je doplněno absolvováním 6 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole. To znamená, že studenti, kteří úspěšně neukončí studium pro přípravu na povolání všeobecné sestry, mohou vykonávat povolání zdravotnického asistenta.

Dále se mění definice výkonu povolání zdravotnického asistenta tak, aby odborný dohled mohl nad zdravotnickým asistentem provádět i zubní lékař. Zdravotničtí asistenti tak budou moci vykonávat povolání v ambulancích zubních lékařů. Dále se doplňuje do výčtu činností, na kterých se zdravotnický asistent spolupodílí, paliativní péče.

- **Oblast úpravy výkonu povolání radiologického asistenta**

U profese radiologický asistent, který získal způsobilost k výkonu povolání dle dřívějších právních předpisů – tj. středoškolským studiem na SZŠ, se ruší jedna z podmínek pro samostatný výkon, a to podmínka prokázání specializované způsobilosti. Zůstává zachována pouze podmínka výkonu povolání v délce 3 let. Požadavek prokázání specializované způsobilosti je poměrně přísný i vzhledem ke skutečnosti, že od roku 2006 až do roku 2010 nebylo možné specializovanou způsobilost v oboru radiologický asistent získat.

- **Oblast úpravy vzdělávání zdravotnického záchranáře**

Ukončuje se kvalifikační vzdělávání v oboru zdravotnický záchranář na vyšších odborných školách. Poptávka na trhu práce je v současné době v tomto oboru naplněna a absolventi obtížně nacházejí uplatnění. Personální zabezpečení je již na záchranné službě naplněno, proto se ukončuje studium na vyšších odborných školách s tím, že kapacita bakalářských studijních programů se i perspektivně jeví do budoucna jako dostačující. Posledním školním rokem, kdy by se přijímali studenti do prvního ročníku ve stávající podobě vzdělávání na vyšších odborných školách je navrhován školní rok 2017/2018. Již započaté vzdělávání by se postupně dokončilo. Po dobu 3 let by tak docházelo k postupnému útlumu vzdělávání v těchto programech až k definitivnímu ukončení v roce 2020.

V odst. 3 se nově omezuje všeobecné sestře se specializovanou způsobilostí v oboru intenzivní péče na základě výkonu povolání na ZZS jako člen výjezdové skupiny ZZS získání odborné způsobilosti zdravotnického záchranáře absolvováním. Ustanovení odstavce je charakteru přechodného ustanovení a proto tato možnost měla být ukončena nabytím účinnosti zákona č. 105/2011 Sb.

- **Oblast úpravy vzdělávání a výkonu povolání fyzioterapeuta**

Doplňuje se specializovaná způsobilost k výkonu povolání odborného fyzioterapeuta, která se získává absolvováním akreditovaného navazujícího zdravotnického magisterského studijního oboru fyzioterapie nebo úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou.

Za výkon povolání odborného fyzioterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické,

léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru aplikovaná fyzioterapie.

Zužuje se výčet kvalifikačního vzdělání, jímž lze získat odbornou způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta. Ukončuje se kvalifikační vzdělávání v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním oboru pro přípravu fyzioterapeutů s tím, že posledním akademickým rokem, kdy by se přijímali studenti do prvního ročníku ve stávající podobě kvalifikačního vzdělávání na vysoké škole je navrhován akademický rok 2017/2018. Navazujícím magisterským studiem získá fyzioterapeut specializovanou způsobilost v oboru Aplikovaná fyzioterapie.

U profese fyzioterapeuta, který získal způsobilost středoškolským studiem na SZŠ, se podmiňuje samostatný výkon prokázáním specializované způsobilosti nebo nově alternativní podmínkou prokázáním alespoň 15 let výkonu povolání fyzioterapeuta. Požadavek prokázání specializované způsobilosti je poměrně přísný a navrhuje se nahradit jinou alternativou – prokázáním dlouhodobé praxe.

Přechodné ustanovení upraví specializovanou způsobilost fyzioterapeutů, kteří absolvovali studium podle § 24 odst. 1 písm. a).

- **Ukončení vzdělávání v povoláních, která jsou v praxi velmi obtížně uplatnitelná**

Ministerstvo zdravotnictví zhodnotilo uplatnitelnost v praxi tzv. asistentských povolání. Na návrh profesních sdružení, odborných společností i zaměstnavatelů ve zdravotnictví dospělo ke zjištění, že uplatnitelnost některých povolání v praxi poskytovatelů zdravotních služeb je velice problematická, zachování jejich vzdělávání v dosavadní podobě již není požadováno. Navrhuje se ukončit vzdělávání v oboru laboratorní asistent a asistent zubního technika. Posledním školním rokem, kdy by se přijímali studenti do prvního ročníku ve stávající podobě vzdělávání na středních zdravotnických školách je navrhován školní rok 2017/2018. Již započaté vzdělávání by se postupně dokončilo. Po dobu 3 let by tak docházelo k postupnému útlumu vzdělávání v těchto programech až k definitivnímu ukončení v roce 2020.

Přípravě této části návrhu dominovala soustavná a leckdy komplikovaná expertní jednání s odbornými společnostmi, profesními sdruženími i zástupci poskytovatelů zdravotních služeb. Z vyhodnocení výstupů těchto konzultací vyplynul závěr, že je třeba provést nezbytnou redukci o ta povolání, u nichž již odpadá reálná potřeba nadále je v zákoně samostatně definovat.

- **Asistent zubního technika**

vzdělávání probíhá dosud na 11 středních školách s celkovým počtem 892 žáků a počtem kolem 142 absolventů za rok. Odborná společnost Komora zubních techniků i praxe je nepožaduje. Činnosti tohoto pracovníka může vykonávat zubní technik.

Ze statistiky ÚZIS bylo k 31. 12. 2013 celkem ve zdravotnických zařízeních zaměstnáno 40,67 asistentů zubního technika (přepočtený počet).

- **Laboratorní asistent**

Vzdělávání probíhá na 11 středních školách s celkovým počtem 877 žáků a počtem kolem 169 absolventů za rok. Odborná společnost i praxe je nepožaduje. Pokud laboratoře zaměstnávají nějakého pracovníka s nižší kvalifikací, pak jim postačuje sanitář.

Ze statistiky ÚZIS bylo k 31. 12. 2013 celkem ve zdravotnických zařízeních zaměstnáno 119,19 laboratorních asistentů (přepočtený počet).

- **Redukce počtu zdravotnických povolání (laboratorní pracovník, biotechnický asistent, dezinfektor)**

Povolání biotechnického asistenta se zrušuje. Důvodem je extrémně nízký počet fyzický osob registrovaných v tomto povolání (k 1. 2. 2015 jsou v registru evidováni pouze 2 biotechničtí asistenti). Studijní obor byl pouze na jediné vysoké škole a podle zjištění se studium v tomto oboru již neotevřelo. Kromě toho je k dispozici obor biomedicínský technik, jehož činnosti v rámci diagnostické a léčebné péče v oboru biomedicínské techniky jsou obdobné. Stávajícím absolventům bude uznána odbornost biomedicínského technika.

Ze zákona se navrhuje vypustit povolání dezinfektor. Se záměrem vyslovil souhlas hlavní hygienik. Vzdělání získává prostřednictvím akreditovaného kvalifikačního kurzu, který však ve vstupních podmínkách nevyžaduje zdravotnické vzdělání. Vzdělávání v tomto oboru formou akreditovaného kvalifikačního kurzu se vůbec již neuskutečňuje. Činnost dezinfektora spadá do režimu zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Ze zákona se navrhuje vypustit povolání laboratorní pracovník. Vzdělávání bylo ukončeno již v roce 1997 a akreditovaný kvalifikační kurz v roce 2004. Přesto povolání zákon č. 96/2004 Sb. ve výčtu nadále uvádí. Návrh zákona toto povolání převádí podle přechodných ustanovení jako povolání sanitáře, ale předpokládá se, že činnosti v rámci diagnostické péče budou pro oblast zdravotnictví pokryty prováděcí vyhláškou o činnostech. V přípravných jednáních k tomuto záměru MŠMT neuplatnilo výhrady.

Ostatní změny

- zpřesnění stávající úpravy akreditačního řízení, aby byla přehlednější a srozumitelnější pro adresáty normy, zpřesnění povinností akreditovaných zařízení a poskytovatelů zdravotních služeb s rezidenčním místem a krajské hygienické stanice s rezidenčním místem;
- zpřesnění podmínek zařazování, průběhu a ukončování specializačního vzdělávání (např. přesnější definice role školitele v rámci specializačního vzdělávání, vymezení počtu možného opakování atestační zkoušky,...);
- zpřesnění a zjednodušení podmínek vzdělávání v akreditovaném kvalifikačním kurzu a certifikovaném kurzu (např. úprava vydávání dokladů o úspěšném absolvování kurzu, úprava započítávání absence, dříve absolvovaného studia,...);
- zpřesnění podmínek uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání na území České republiky u osob, které získaly odborné vzdělávání v jiných než členských státech Evropské unie;
- zpřesnění podmínek pro vydání nebo prodloužení platnosti osvědčení k výkonu zdravotnického povolání;
- úprava činností zdravotnických povolání v souladu s druhy zdravotní péče (doplňuje se paliativní péče, lékárenská péče a klinicko-farmaceutická péče);

- zpřesnění definice pověřené organizace;
- zavádí se nová formulace zjišťování zdravotní způsobilosti lékařským posudkem pro případ důvodného podezření, že došlo ke změně zdravotního stavu zdravotnického pracovníka, na vyžádání správního úřadu, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tato nová formulace má návaznost na soulad terminologie se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Nově se doplňuje možnost oprávnění ministerstva vyžádat si zjištění zdravotní způsobilosti u zdravotnického pracovníka vykonávajícího nelékařské zdravotnické povolání;
- navrhuje se změna okruhu dokladů, pomocí kterých se prokazuje bezúhonnost jako podmínka způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání;
- upřesňuje se časová a místní dosažitelnost rady a pomoci zdravotnického pracovníka vykonávajícího odborný dohled;
- úpravy u zdravotně-sociálního pracovníka v souvislosti s připravovaným zákonem o sociálních pracovnících (přejmenování profese, úpravy ve vzdělávání, přechodná ustanovení);
- u profese ortotik-protetik ukončení kvalifikačního vzdělávání na vyšších odborných školách (na tomto stupni vzdělávání se tato profese nevzdělává, i přestože to zákon umožňuje);
- u profese zubní technik ukončení kvalifikačního vzdělávání v bakalářském studijním programu (na tomto stupni vzdělávání se tato profese nevzdělává, i přestože to zákon umožňuje), upřesňuje se definice této profese;
- zpřesňuje se získání odborné způsobilosti k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví. Vzdělávání v jednooborovém studijním oboru psychologie má trvat 5 let. Ze znění ustanovení § 22 odst. 1 stávajícího zákona č. 96/2004 Sb. to jednoznačně nevyplývá;
- doplňuje se nová profese „Logoped ve zdravotnictví“. Logoped ve zdravotnictví získá způsobilost k výkonu povolání absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu, který je prováděn vysokou školou. V budoucnu budou logopedi považováni za zdravotnické pracovníky již před získáním specializované způsobilosti;
- přejmenovává se profese odborného pracovníka v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků na „bioanalytika“. Toto označení je pro odbornou veřejnost přijatelnější a zdravotnický pracovník je takto běžně označován. V souvislosti se změnou názvu profese se rozšiřuje výčet vzdělání, jímž lze získat způsobilost k výkonu tohoto povolání;
- název stávajícího povolání „masér a nevidomý a slabozraký masér“ se mění na „masér ve zdravotnictví.“ Důvodem je užší specifikace zaměření na zdravotnictví a odlišení od maséra pro sportovní a rekondiční služby s nižšími kvalifikačními nároky, který provádí sportovní a rekondiční masáže v režimu živnosti a nemůže provádět masážní techniky za účelem léčby. Dále se rozšiřuje ve shodě s MŠMT výčet vzdělání, jímž lze získat způsobilost k výkonu povolání. Současné vzdělávání v akreditovaném kvalifikačním kurzu bude doplněno středním vzděláním ukončeného maturitní zkouškou. V současné době některé střední školy, které uskutečňují vzdělávání v oboru rekondiční sportovní masér, svým vzdělávacím programem splňují požadavky vzdělávacího programu akreditovaného kvalifikačního kurzu pro přípravu maséra ve zdravotnictví. Předpokládá se úprava rámcového vzdělávacího programu. Pozměňuje se výkon povolání pod přímým vedením fyzioterapeuta nebo lékaře se specializací v oboru rehabilitační a fyzikální

medicína na výkon pod odborným dohledem. Přímé vedení, tj. neustálá a okamžitá přítomnost se v praxi neprovádí;

- označení povolání řidiče dopravy nemocných a raněných se upravuje v návaznosti na soulad s pojmy zákona č. 372/2011 Sb. (zdravotnická opravní služba). Se změnou názvosloví se rozšiřuje výčet vzdělání, jímž lze získat způsobilost k výkonu povolání.

4 Návrh novela zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů se řídí zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon 95/2004 Sb.). Ministerstvo zdravotnictví připravilo novelu tohoto zákona a dne 14. září 2015 ji předložilo k projednání Legislativní radě vlády. Dne 26. listopadu 2015 byl návrh novely zákona projednán a vrácen k úpravám. Dne 14. ledna 2016 byl návrh novely znovu projednán Legislativní radou vlády a doporučen k projednání vládě.

Hlavní změny

Mezi hlavní změny, které novela zákona č. 95/2004 Sb. přinese, patří revize počtu základních a nástavbových oborů nyní upravených ve vyhlášce č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 185/2009 Sb.“), a zakotvení základních oborů specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a nástavbových oborů farmaceutů přímo v zákoně č. 95/2004 Sb.

Počet základních oborů specializačního vzdělávání lékařů bude ze současných 46 snížen na 33 oborů. Zkrácena bude také délka specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech.

Základní obory specializačního vzdělávání lékařů dle návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb.

Základní obor	Označení odbornosti	Délka vzdělávání (v letech) včetně délky vzdělávání v základním kmeni
1. alergologie a klinická imunologie	alergolog a klinický imunolog	4,5
2. anesteziologie a intenzivní medicína	anesteziolog	4,5
3. dermatovenerologie	dermatovenerolog	4,5
4. dětská a dorostová psychiatrie	dětský a dorostový psychiatr	4,5
5. gynekologie a porodnictví	gynekolog a porodník	4,5
6. hematologie a transfuzní lékařství	hematolog a transfuziolog	4,5
7. hygiena a epidemiologie	hygienik a epidemiolog	4
8. chirurgie	chirurg	5
9. infekční lékařství	infekcionista	4

10. kardiologie	kardiolog	6
11. kardiologie	kardiolog	4,5
12. klinická biochemie	klinický biochemik	4,5
13. klinická onkologie	klinický onkolog	5
14. lékařská genetika	lékařský genetik	4
15. lékařská mikrobiologie	lékařský mikrobiolog	4,5
16. neurochirurgie	neurochirurg	6
17. neurologie	neurolog	4,5
18. oftalmologie	oftalmolog	4,5
19. ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	ortoped	5
20. otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	otorinolaryngolog	4,5
21. patologie	patolog	4,5
22. pediatrie	pediatr	4,5
23. plastická chirurgie	plastický chirurg	5
24. psychiatrie	psychiatr	4,5
25. radiační onkologie	radiační onkolog	4,5
26. radiologie a zobrazovací metody	radiolog	4,5
27. rehabilitační a fyzikální medicína	rehabilitační lékař	4
28. soudní lékařství	soudní lékař	4,5
29. traumatologie	traumatolog	5
30. urgentní medicína	urgentní lékař	5
31. urologie	urolog	5
32. vnitřní lékařství	internista	5
33. všeobecné praktické lékařství	praktický lékař	3

Mezi základní obory specializačního vzdělávání lékařů nově nebudou zařazeny obory: angiologie, cévní chirurgie, dětská chirurgie, dětská neurologie, endokrinologie a diabetologie, gastroenterologie, geriatric, nefrologie, nukleární medicína, pneumologie a ftizeologie, pracovní lékařství, revmatologie.

V návaznosti na tuto změnu bude upravena i skladba nástavbových oborů specializačního vzdělávání lékařů.

Dle návrhu vyhlášky o nastavbových oborech, který byl projednán dne 12. ledna 2016 Poradou vedení Ministerstva zdravotnictví budou nastavbovými obory lékařů následující obory:

Nástavbový obor	Označení odbornosti	Délka vzdělávání (v letech)
1. algeziologie a paliativní medicína	algeziolog	1
2. angiologie	angiolog	1
3. cévní chirurgie	cévní chirurg	2
4. dětská endokrinologie a diabetologie	dětský endokrinolog a diabetolog	1
5. dětská gastroenterologie a hepatologie	dětský gastroenterolog a hepatolog	2
6. dětská chirurgie	dětský chirurg	2
7. dětská kardiologie	dětský kardiolog	1
8. dětská nefrologie	dětský nefrolog	1
9. dětská neurologie	dětský neurolog	1
10. dětská onkologie a hematologie	dětský onkolog a hematolog	2
11. dětská revmatologie	dětský revmatolog	1
12. dětská urologie	dětský urolog	1
13. endokrinologie a diabetologie	endokrinolog a diabetolog	1
14. foniatrie	foniatr	1
15. gastroenterologie	gastroenterolog	2
16. geriatrie	geriatr	1
17. hrudní chirurgie	hrudní chirurg	2
18. intenzivní medicína	intenzivista	2
19. intervenční radiologie	intervenční radiolog	2
20. klinická farmakologie	klinický farmakolog	2
21. maxilofaciální chirurgie	maxilofaciální chirurg	2
22. návykové nemoci	lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v návykových nemocech	1
23. nefrologie	nefrolog	1
24. neonatologie	neonatolog	2
25. nukleární medicína	lékař se zvláštní specializovanou	1

	způsobilostí v nukleární medicíně	
26. pneumologie a ftizeologie	pneumolog	1
27. popáleninová medicína	lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v popáleninové medicíně	2
28. posudkové lékařství	posudkový lékař	1
29. pracovní lékařství	pracovní lékař	1
30. reprodukční medicína	lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v reprodukční medicíně	1
31. revmatologie	revmatolog	1
32. sexuologie	sexuolog	1
33. tělovýchovné lékařství	tělovýchovný lékař	1
34. urogynekologie	urogynekolog	1
35. veřejné zdravotnictví	lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí ve veřejném zdravotnictví	2

Ministerstvo zdravotnictví v rámci nové koncepce oborů specializačního vzdělávání připravuje také **nový systém započítávání vzdělávání** absolvovaného v rámci základního oboru do oborů nástavbových, tak aby se celková délka vzdělávání oproti současnému stavu neprodlužovala. Praxi absolvovanou již při specializační přípravě v základním oboru, tak bude možné započítávat do praxe požadované pro obor nástavbový. Tento systém by se uplatnil především, u oborů, které navazují na základní obor vnitřní lékařství.

V rámci specializačního vzdělávání v základních oborech, které pod sebou mají více oborů nástavbových (např. právě vnitřní lékařství), **bude možné absolvovat několik specializačních modulů v rozsahu přibližně 1 roku z doby trvání vzdělávání v základním oboru**. Například v základním oboru vnitřní lékařství tak bude možné absolvovat modul vnitřní lékařství geriatrické či například nefrologie, a toto vzdělávání v rozsahu přibližně 1 - 2 roku (v závislosti na konkrétním oboru) se lékaři, který získal specializační vzdělání v základním oboru vnitřní lékařství – specializační modul geriatrické, započte do vzdělávání v samotném nástavbovém oboru. Tento lékař již tedy nebude muset absolvovat nástavbové vzdělávání v celém rozsahu.

Další změnou ve stávajícím systému postgraduálního vzdělávání lékařů je **zvýšení počtu základních kmenů**, které jsou součástí základních oborů specializačního vzdělávání lékařů (nyní dle vyhlášky č. 185/2009 Sb.) ze současného počtu 17 na celkem 18, a to doplněním nového základního kmene onkologického. Také základní kmene budou nově zakotveny přímo v zákoně č. 95/2004 Sb.

V rámci této novelizace navrhujeme **zavedení nové úrovně vzdělávání v rámci tzv. funkčních kurzů pro zubní lékaře a farmaceuty**. V rámci těchto funkčních kurzů by bylo možné prohloubit zkráceným vzděláváním v trvání 3 – 12 měsíců způsobilost k výkonu úzce vymezených činností, náplň kurzů by vycházela z požadavků praxe.

Novelizací zákona č. 95/2004 Sb. **dojde k racionalizaci akreditačního řízení**. Nově například nebude možné, aby akreditovanému zařízení vypršela platnost akreditace v průběhu řízení o jejím prodloužení. Novela upravuje také zkrácení a zjednodušení řízení o udělení akreditace a zavedení akreditací na základní kmen, o kterých bude, dle předem určených parametrů, rozhodovat přímo Ministerstvo zdravotnictví bez součinnosti akreditačních komisí. Parametry jsou nastaveny tak, aby co nejširšímu počtu pracovišť bylo umožněno získání této akreditace a tedy umožněno poskytování specializačního vzdělávání a aby nedocházelo k nežádoucím odchodům lékařů z mateřských pracovišť.

Novela **zavádí Radu akreditačních komisí**, tzv. redakční radu, zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví a složenou z předsedů jednotlivých akreditačních komisí základních oborů specializačního vzdělávání. Redakční rada zejména projednává a zajišťuje jednotnou strukturu a srovnatelnost vzdělávacích programů jednotlivých specializačních oborů, nastavbových oborů a funkčních kurzů, předkládá návrhy vzdělávacích programů jednotlivých základních oborů a nastavbových oborů ke schválení ministru zdravotnictví, předkládá návrhy funkčních kurzů včetně jejich vzdělávacích programů ministru zdravotnictví, dále doporučuje či nedoporučuje ministru zdravotnictví vznik či zánik oborů specializačního vzdělávání a nastavbových oborů.

Dále se připravují **prováděcí předpisy k zákonu č. 95/2004 Sb.**, a to vyhláška o činnostech a kompetencích lékařů po kmeni, po dokončení specializačního vzdělávání a o činnostech a kompetencích po nastavbových oborech, které budou obsahovat vymezení kompetencí lékařů s konkrétním dosaženým stupněm způsobilosti.

Změny se budou týkat také **uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v rámci aprobačního řízení**. Ministerstvo připravuje novou vyhlášku o zkouškách lékařů, do které by se měly promítnout zkušenosti z provádění aprobačních zkoušek a měly by být odstraněny nedostatky v aprobačním řízení.

Významnou změnou bude **jednoznačné vymezení pojmu odborný dohled lékaře se specializovanou způsobilostí**. Definice zákona byla nejasná a umožňovala nejednotný výklad. Novela zákona č. 95/2004 Sb. proto zavádí rozdělení pojmu na „odborný dozor“ (přísnější, do absolvování základního kmene) a „odborný dohled“ (volnější, po absolvování základního kmene).

V návrhu novely zákona č. 95/2004 Sb. dochází **dále k přesnějšímu vymezení podmínky zdravotní způsobilost a bezúhonnost lékaře**, zubního lékaře a farmaceuta k výkonu zdravotnického povolání. A dále přesnější vymezení **podmínek doškolení** (na akreditovaném pracovišti s prokazatelně vedenou docházkou, s možností zavedení závěrečné zkoušky). V návrhu novely zákona dále dochází k **nové úpravě správních deliktů**.

5 **Příloha** (k bodu 2)

Návrh

ZÁKON

ze dne2016,

**kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění
pozdějších předpisů**

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

Čl. I

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 324/1993 Sb., zákona č. 42/1994 Sb., zákona č. 241/1994 Sb., zákona č. 59/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 29/2000 Sb., zákona č. 118/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 492/2000 Sb., zákona č. 138/2001 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 176/2002 Sb., zákona č. 424/2003 Sb., zákona č. 437/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 53/2004 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 123/2005 Sb., zákona č. 381/2005 Sb., zákona č. 413/2005 Sb., zákona č. 545/2005 Sb., zákona č. 62/2006 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 189/2006 Sb., zákona č. 214/2006 Sb., zákona č. 264/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 306/2008 Sb., zákona č. 227/2009 Sb., zákona č. 281/2009 Sb., zákona č. 285/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 73/2011 Sb., zákona č. 138/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 329/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 401/2012 Sb., zákona č. 500/2012 Sb., zákona č. 11/2013 Sb., zákonného opatření Senátu č. 342/2013 Sb., zákonného opatření Senátu č. 344/2013 Sb., zákona č. 109/2014 Sb., zákona č. 250/2014 Sb., zákona č. 267/2014 Sb., zákona č. 200/2015 Sb. a zákona č. .../2016 Sb., se mění takto:

1. § 3c včetně poznámky pod čarou č. 37 zní:

„§ 3c

Vyměřovacím základem pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu³⁷⁾ plátcem pojistného stát, je 25 % průměrné mzdy podle § 3a odst. 2. Vypočtená částka se zaokrouhuje na celé koruny nahoru.

³⁷⁾ Zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.“

2. V § 12 se za odstavec 1 vkládají nové odstavce 2 až 4, které znějí:

„(2) Platba odváděná státem za všechny osoby, za které je plátcem pojistného stát, se stanoví jako součin celkové výše pojistného za tyto osoby a měsíčního koeficientu počtu osob, za které je plátcem pojistného stát, (dále jen „měsíční koeficient“) stanoveného podle odstavce 3.

(3) Měsíčním koeficientem se vyjadřuje odchylka počtu osob, za které je příslušný kalendářní měsíc plátcem pojistného stát, od referenčního počtu osob, za které je plátcem pojistného stát, stanoveného pro příslušný kalendářní rok podle odstavce 4 (dále jen „referenční počet osob“). Je-li tato odchylka menší než 2000 pojištěnců, stanoví se měsíční koeficient ve výši 1,00. Měsíční koeficient se zvýší vždy o 1 tisícinu za každé 2000 pojištěnců, o které bude počet osob, za které je příslušný kalendářní měsíc plátcem pojistného stát, převyšovat referenční počet osob, nejvýše však do výše 1,05. Měsíční koeficient se sníží vždy o 1 tisícinu za každé 2000 pojištěnců, o které bude počet osob, za které je příslušný kalendářní měsíc plátcem pojistného stát, nižší než referenční počet osob, nesmí však být nižší než 0,95.

(4) Referenční počet osob se pro kalendářní rok stanoví jako průměr měsíčních počtů osob, za které je plátcem pojistného stát, za období 7 kalendářních let předcházejících kalendářnímu roku, pro nějž se referenční počet osob stanovuje. Pro stanovení referenčního počtu osob se použijí údaje o celkových počtech pojištěnců sdělené správcem zvláštního účtu Ministerstvu financí podle § 21.“

Dosavadní odstavec 2 se označuje jako odstavec 5.

Čl. II

Zrušovací ustanovení

Nařízení vlády č. 158/2015 Sb., o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, se zrušuje.

Čl. III

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2017.

DŮVODOVÁ ZPRÁVA

I. Obecná část

A. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace (RIA)

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

1.2 Definice problému

Podle stávající zákonné právní úpravy je částka vyměřovacího základu za osoby, za něž je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu stát¹, (dále jen „státní pojištěnci“), stanovena na 6 259 Kč. Zároveň je ovšem prostřednictvím nařízení vlády částku vyměřovacího základu pro každý kalendářní rok možné změnit, a to do 30. června roku předcházejícího kalendářnímu roku, pro něž se vyměřovací základ takto stanoví. Pro rok 2016 je vyměřovací základ stanoven nařízením vlády č. 158/2015 Sb., o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, a to na 6 444 Kč. Platba za osobu a kalendářní měsíc činí 870 Kč.

V minulosti byla výše vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištěnce určována různými způsoby. Od nabytí účinnosti zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění v roce 1993 do roku 1998 byla určována přímo zákonem ve vazbě na procentuální výměru z minimální mzdy (postupně 70 %, 77%, 65 % a 80 %). Do roku 2003 poté byla výše vyměřovacího základu určena zákonem přímo zakotvenou částkou bez možnosti její změny. Od roku 2003 do roku 2006 byla tato úprava doplněna o možnost měnit vyměřovací základ nařízením vlády a konečně v období let 2006 až 2009 bylo stanovení vyměřovacího základu automaticky vázáno na vývoj tzv. průměrné mzdy prostřednictvím nařízení vlády, kterým se stanovil všeobecný vyměřovací základ pro účely důchodového pojištění.² V tomto případě výše odvodu pojistného v zásadě kopírovala vývoj ekonomiky státu, neboť se zvyšujícími se platy automaticky rostl i výběr pojistného za státní pojištěnce. Od uvedeného modelu bylo nicméně upuštěno v době ekonomické krize zákonem č. 362/2009 Sb., který mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010. Důvodová zpráva přitom k zavedení současného modelu mimo jiné uvádí, že: „[p]odle platné právní

¹ Konkrétní vymezení státních pojištěnců je obsaženo v ustanovení § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

² V současnosti se jedná o každoročně vydávanou vyhlášku Ministerstva práce a sociálních věcí o výši všeobecného vyměřovacího základu, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu a základní výměry důchodu

úpravy by došlo ve státním rozpočtu na rok 2010 ke skokovému meziročnímu zvýšení výdajů platbu státu v situaci, kdy systém veřejného zdravotního pojištění je v rámci veřejných rozpočtů zasažen důsledky ekonomické recese relativně nejméně. Právní úprava, která nahrazuje zvyšování automatické zvyšováním fakultativním, je potřebná s ohledem na takový stav veřejných rozpočtů, kdy státní rozpočet hospodaří v režimu deficitního financování, zatímco systém veřejného zdravotního pojištění jako samostatný segment veřejných rozpočtů hospodaří v tomto období s rezervami finančních prostředků.“ Je tedy zřejmé, že zákonodárce při přijetí současného modelu vycházel především z aktuální krize a potřeby řešit celkový stav veřejných rozpočtů, mimo jiné i nuceným snížením (zastavením zvyšování) platby za státní pojištění.

Jak přitom vyplývá ze zkušenosti z posledních let, je současná právní úprava vysoce nepraktická, neboť nezajišťuje dostatečnou předvídatelnost příjmů systému veřejného zdravotního pojištění ve střednědobém horizontu. Nelze rovněž pominout skutečnost, že spíše než objektivní kritéria rozhoduje o změnách ve výši vyměřovacího základu aktuální politická situace a ochota uvolnit prostředky do oblasti zdravotnictví. Systém veřejného zdravotního pojištění by přitom měl být ekonomicky stabilní (mimo jiné jeden ze závazků vyplývajících z programového prohlášení vlády ČR), zejména poté zohledňovat neustálý vývoj ve zdravotnictví, který s moderními metodami léčby i novými postupy přináší zvyšující se náklady na zdravotní péči. Negativní dopad stávajícího způsobu stanovení vyměřovacího základu za státní pojištění se v tomto směru projevil v letech 2010–2013, kdy nedošlo k jeho zvýšení a systém veřejného zdravotního pojištění byl vyčerpán prakticky z veškerých rezerv, které byly v předchozím období vytvořeny.

Cílem předkládané RIA by mělo být především zhodnocení možných variant stanovení vyměřovacího základu, především pak těch, které přinesou jeho stabilní navyšování v závislosti na aktuální ekonomické situaci. Zajištěn by měl být takový stav, aby i v dobách ekonomické recese byly prostředky na financování zdravotních služeb přiměřeně navyšovány.

V rámci RIA je rovněž nezbytné zhodnotit výši základu pro platbu za státní pojištění tak, aby odpovídala principu solidarity mezi jednotlivými skupinami plátců pojistného, ale zároveň zohlednila výši odvodu pojistného ostatních skupin (zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“), osoby bez zdanitelných příjmů (dále jen „OBZP“). Odvod těchto skupin neustále vzrůstá, neboť je vázán přímo na vývoj ekonomiky a zvyšování mezd, případně poté na stanovení minimální mzdy, která výrazně roste.

Státní pojištěnci jsou přitom skupinou, za níž je v současnosti do systému veřejného zdravotního pojištění odváděno nejnižší pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Pojistné činí pouze 870 Kč za osobu a měsíc. I osoby bez jakýchkoli zdanitelných příjmů platí pojistné ve výši 1 337 Kč měsíčně, které odpovídá 13,5 % z minimální mzdy.

I přes tuto disproporci ve výši pojistného mají státní pojištěnci na základě principu solidarity přístup k naprosto stejnému rozsahu zdravotní péče jako jiní pojištěnci, kteří platí násobně vyšší pojistné, než je za státní pojištění odváděno státem. Zároveň jsou státní pojištěnci skupinou, která v porovnání s ostatními čerpá nejvýznamnější objem hrazených zdravotních služeb.

Zatímco zaměstnanci podle dat Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky z roku 2014 zaplatili u této zdravotní pojišťovny pojistné ve výši cca 61 mld. Kč a náklady na jim poskytnutou zdravotní péči činily cca 18,3 mld. Kč, za státní pojištěnce bylo u Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky zapláceno pojistné ve výši cca 26 mld. Kč a náklady na jim poskytnutou péči činily cca 94 mld. Kč. Přestože je systém veřejného zdravotního pojištění založen na principu solidarity mezi jednotlivými skupinami pojištěnců, musí být rovněž tato solidarita citlivě vyvažována a nesmí být nadužívána. V současné době přitom nadále dochází k „rozevírání nůžek“ mezi celkovou výší platby za státní pojištěnce a plateb za ostatní skupiny pojištěnců. To je způsobeno především tím, že na rozdíl od určení výše pojistného na základě objektivních ekonomických skutečností u zaměstnanců a OSVČ je výše platby pojistného u státních pojištěnců určována v podstatě pouze administrativním způsobem.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době je výše vyměřovacího základu pro pojistné za státní pojištěnce stanovena ve výši 6 259 Kč v § 3c odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb. Podle § 2 odst. 1 tohoto zákona přitom výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Na základě § 3c odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. přitom vláda může každoročně do 30. června změnit vyměřovací základ nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem (dále jen „ČSÚ“), k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění. Pro rok 2016 je vyměřovací základ stanoven nařízením vlády č. 158/2015 Sb., o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, a to na 6 444 Kč.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

Jedná se především o stát, za nějž podle ustanovení § 12 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb. hradí pojistné za státní pojištěnce Ministerstvo financí. Dále jsou to účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovny, pojištěnci a zprostředkovaně poskytovatelé zdravotních služeb, kterým jsou zdravotními pojišťovnami hrazeny náklady za poskytované zdravotní služby hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

1.5 Popis cílového stavu

Cílové řešení by mělo přinést transparentní a předvídatelný vývoj výše pojistného hrazeného státem za skupinu státních pojištěnců (v současné době cca 5,95 mil. osob), zejména ve vazbě na aktuální vývoj makroekonomické situace. Řešení by mělo zohlednit především:

- růst hrubého domácího produktu (HDP); výše platby za státní pojištěnce by měla narůstat alespoň stejně jako HDP
- vývoj odvodu pojistného u ostatních skupin (zaměstnanci, OSVČ, OBZP) tak, aby nedocházelo k dalšímu nárůstu rozdílu mezi státními pojištěnci a těmito skupinami

- postupné přibližování výdajů státu na zdravotnictví alespoň na průměr evropských zemí v OECD (v poměru k HDP)³

Zároveň by ovšem zvolené řešení mělo zajistit anticyklický charakter platby za státní pojištěnce – příspěvek státu bude nižší v době konjunktury (více odvádí ekonomicky činné skupiny obyvatel) a naopak se zvýší v době recese.

Předkládaná RIA proto hodnotí v první řadě jednotlivé varianty pravidelné valorizace (resp. nárůstu) výše pojistného placeného státem za skupinu státních pojištěnců, a následně odůvodněnost a dopady anticyklického charakteru platby za státní pojištěnce.

1.6 Zhodnocení rizika

V případě nepřijetí právní úpravy zavádějící automatickou změnu výše vyměřovacího základu za státní pojištěnce bude zachován stav, při němž nebude navázán růst podílu státu na financování zdravotní péče na vývoji ekonomické situace. Vyšší počet státních pojištěnců umocňuje „rozevírání nůžek“ mezi touto skupinou pojištěnců a ekonomicky aktivními skupinami obyvatelstva. Ty budou do systému s růstem průměrné mzdy odvádět stále větší podíl, zatímco navýšení platby za státní pojištěnce bude vázáno na vydání podzákonného právního předpisu.

Zároveň nebude zajištěno transparentní a předvídatelné navyšování platby za nejpočetnější skupinu pojištěnců, která čerpá nejvyšší objem zdravotních služeb a bude přetrvávat problém s nízkou spoluúčástí státu v poměru k HDP České republiky. Přitom je třeba zohledňovat neustále se zvyšující průměrný věk dožití a rovněž rozvoj moderních technologií, které s sebou přinášejí konstatní požadavky na navyšování výdajů do zdravotnictví.

2. Návrh variant řešení

Stanovení valorizačního mechanismu

Nulová varianta

Tato varianta představuje zachování současného stavu, kdy je výše vyměřovacího základu určena přímo zákonem č. 592/1992 Sb., přičemž vláda může každoročně do 30. června změnit vyměřovací základ nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované ČSÚ, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.

Varianta 1 - Vazba na všeobecný vyměřovací základ upravený přepočítacím koeficientem

Tato varianta odpovídá řešení, které bylo účinné od roku 2006 do roku 2009 (do nabytí účinnosti zákona č. 362/2009 Sb.), kdy byl vyměřovací základ stanoven jako 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády (viz poznámka pod čarou č. 2) pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o 2 roky předchází kalendářnímu

³ Podle dat z roku 2013 byl průměr OECD evropských zemí ve výdajích státu na zdravotnictví cca 9,1 %, zatímco v České republice tento průměr činil pouze 7,1 %. Nižší podíl ze sledovaných zemí mělo pouze Polsko a Estonsko

roku, pro který se vyměřovací základ zjišťoval. Za účelem vhodnější vazby na aktuální vývoj ekonomické situace nicméně na rozdíl od dřívějšího řešení⁴ zavádí obdobně jako v případě výpočtu pro účely důchodového pojištění tzv. přepočítací koeficient. Ten je stanoven jako podíl průměrné měsíční mzdy zjištěné ČSÚ za první pololetí kalendářního roku, který o jeden rok předchází roku, pro nějž se vyměřovací základ stanoví, a průměrné měsíční mzdy zjištěné ČSÚ za první pololetí kalendářního roku, který o dva roky předchází roku, pro nějž se vyměřovací základ stanoví. Tento koeficient by nesměl dosáhnout hodnoty nižší než 1.

Např. pro rok 2016 by výše vyměřovacího základu činila 25 % průměrné měsíční mzdy v roce 2014 (stanovené vyhláškou MPSV), přičemž tato hodnota by byla upravena součinem ve výši podílu průměrné mzdy 1. pololetí 2015 a 1. pololetí 2014 (zjištěné ČSÚ).

Výše všeobecného vyměřovacího základu stanovená MPSV ovšem neodpovídá skutečné průměrné mzdě zjištěné ČSÚ a dochází tak k rozdílům mezi hodnotou stanovenou vyhláškou MPSV a hodnotou zjištěnou ČSÚ.⁵ Výše odvodu za státního pojištěnce a kalendářní měsíc stanovená na základě této varianty by v roce 2016 činila 912 Kč. Tento rozdíl vyplývá ze skutečnosti, že výsledný údaj u všeobecného vyměřovacího základu musí tvořit součást srovnatelné řady údajů vypovídající o výši průměrné mzdy od roku 1947.⁶ Relativní změna výše všeobecného vyměřovacího základu mezi jednotlivými roky přibližně odpovídá vývoji skutečné průměrné mzdy.

Varianta 2 – Vazba na průměrnou mzdu podle ČSÚ

Varianta předpokládá výpočet vyměřovacího základu obdobně jako v případě varianty 1. Rozdíl je dán skutečností, že v rámci této varianty se bude vycházet výhradně z průměrné mzdy zjištěné ČSÚ. Jako výhodnější se jeví zvolit průměrnou mzdu za 1. pololetí kalendářního roku bezprostředně předcházejícího roku, pro nějž se vyměřovací základ stanoví (pro rok 2017 by se jednalo o 1. pololetí roku 2016).

Průměrná mzda za 1. pololetí kalendářního roku je Českým statistickým úřadem zveřejňována zpravidla na začátku měsíce září.⁷ Vývoj průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem je zároveň již v současnosti jedním z východisek při určení změny vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištěnce, jak vyplývá z ustanovení § 3c odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. Je třeba uvést, že průměrná mzda zjištěná za 1. pololetí kalendářního roku je pouze předběžným údajem, který neodpovídá skutečné výši průměrné mzdy v kalendářním roce. Výše průměrné mzdy v prvním pololetí je v porovnání s druhým pololetím každoročně významně nižší (např. rok 2014: 25 083 Kč v 1. pol. vs. 26 117 Kč ve 2. pol.). Mzdy ve 4. čtvrtletí totiž výrazně převyšují zbytek roku (2014: 1.–3. čtvrtletí 25 099 Kč; 4. čtvrtletí 27 107 Kč). Existuje zároveň možnost změny metodiky ČSÚ pro určování výše průměrné

⁴ V minulosti (období mezi 1. 4. 2006 a 31. 12. 2007) se však přepočítací koeficient již používal ($VVZ \times \text{koef.} = \text{průměrná měsíční mzda v národním hospodářství}$). Čistě dle VVZ se platba určovala až poté – v období mezi 1. 1. 2008 a 31. 12. 2009 (byť pro rok 2009 byla zmrazena na úrovni roku 2008)

⁵ Průměrná mzda zjištěná ČSÚ v roce 2014 činila 25 686 Kč, naproti tomu vyhláška MPSV určující výši vyměřovacího základu jej stanoví na 26 357 Kč

⁶ Viz § 17 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁷ Např. v roce 2015 viz <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-2-ctvrtlet-2015>

mzdy – platba státu by poté nereagovala na změnu ve vývoji ekonomiky, ale právě na změnu této metodiky. ČSÚ v metodice provádí signifikantní změny v rozmezí několika málo let.

Výše odvodu za státního pojištěnce a kalendářní měsíc stanovená na základě této varianty by v roce 2016 činila 867 Kč.

Varianta 3 - Pravidelný administrativně stanovený růst

Varianta předpokládá stanovené navyšování vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištěnce v zákonem stanovené míře (meziroční procentuální nárůst). Nebere zároveň přímo jakkoliv v potaz vývoj ekonomické situace, ale vychází z průměrného meziročního nárůstu výběru pojistného u ostatních skupin pojištěnců v posledních 15 letech. Tím naplňuje cíl, aby růst odvodu pojistného za skupinu státních pojištěnců dlouhodobě poměrně odpovídal růstu výběru u ostatních skupin pojištěnců.

Tab. 1 – Průměrný růst výběru pojistného za zaměstnance, OSVČ a OBZP

Rok	Výběr za zaměstnance, OSVČ a OBZP	Růst výběru
2000	87728699	
2001	99189586	1,1306
2002	104217481	1,0506
2003	111248817	1,0674
2004	121483791	1,0920
2005	129830199	1,0687
2006	137341112	1,0578
2007	151720255	1,1046
2008	161643907	1,0654
2009	160112905	0,9905
2010	160011121	0,9993
2011	162854667	1,0177
2012	167010746	1,0255
2013	172061955	1,0302
2014	177969205	1,0343
	Průměr:	1,0518

Z výše uvedeného vyplývá, že průměrný meziroční nárůst výběru pojistného u zaměstnavatelů, OSVČ a OBZP činí přes 5 %. Z toho důvodu se v rámci této varianty navrhuje stanovit pravidelný meziroční nárůst ve výši 5 %.

Tato varianta předpokládá zároveň stanovení počáteční výše vyměřovacího základu, na kterou se bude dále navazovat. Vyměřovací základ by v ideálním případě měl být stanoven ve výši, která by zohledňovala aktuální výši odvodu ostatních skupin pojištěnců a zároveň by odpovídala možnostem státního rozpočtu. Jako nejsnazší se však jeví varianta navázání na aktuální výši vyměřovacího základu stanovenou dle stávající právní úpravy. V roce 2016 hradí stát za jednoho státního pojištěnce pojistné ve výši 870 Kč za osobu a měsíc.

Zvýšením minimální mzdy na 9 900 Kč, činí výše platby OBZP 1 337 Kč za osobu a měsíc. Stát tak bude v letošním roce za jednoho státního pojištěnce odvádět zhruba 65 % toho, kolik budou odvádět OBZP a kolik bude činit minimální odvod na zdravotní pojištění zaměstnanců.

Varianta 4 – Sjednocení výše vyměřovacího základu s OBZP

Na základě požadavku pracovního týmu Rady hospodářské a sociální dohody je v rámci RIA posuzována rovněž varianta, podle níž by měla být výše vyměřovacího základu státních pojištěnců sjednocena se skupinou OBZP.

V současné době je výše minimální mzdy stanovena prostřednictvím nařízení vlády č. 567/2006 Sb., v platném znění, na 9 900 Kč a platba za OBZP tak činí 1 337 Kč za osobu a měsíc. Je třeba uvést, že počet OBZP je ze všech skupin pojištěnců zdaleka nejnížší (přibližně 150 tis.) a vývoj minimální mzdy, která je určována administrativním způsobem, je obtížné predikovat, neboť není přímo vázána na vývoj ekonomické situace.

3. Vyhodnocení nákladů a přínosů

Identifikace nákladů a přínosů a jejich vyhodnocení

Jednotlivé varianty je třeba posuzovat zejména při zohlednění cílů, kterých by mělo být novou právní úpravou dosaženo. Varianty tak budou hodnoceny z hlediska jejich schopnosti:

- zavedení transparentního a předvídatelného vývoje výše platby pojistného státem za skupinu státních pojištěnců
- nezvyšování rozdílů ve výši platby (per capita i v úhrnu) mezi skupinou státních pojištěnců a ostatními skupinami pojištěnců (zaměstnanci, OSVČ, OBZP) ve střednědobém horizontu
- zohlednit co nejaktuálnější vývoj makroekonomické situace v ČR
- přibližování celkových výdajů na zdravotnictví (v poměru k HDP) k průměru evropských zemí v OECD (posílení příjmové stránky systému veřejného zdravotního pojištění) s ohledem na možnosti státního rozpočtu

Nulová varianta

Přínos nulové varianty spočívá zejména v možnosti relativně pružně (meziročně) reagovat na potřeby systému veřejného zdravotního pojištění. Takový stav může být žádoucí pouze v případech mimořádných událostí s neočekávatelným dopadem do systému veřejného zdravotního pojištění (živelná katastrofa, epidemie apod.). Obecně ovšem oslabuje předvídatelnost vývoje veřejného zdravotního pojištění, neboť není zřejmé, zda se vůbec vláda rozhodne výši platby upravit. Zároveň stávající právní úprava nastavuje pouze demonstrativní kritéria (vývoj průměrné mzdy zveřejňované ČSÚ, možnosti státního rozpočtu a vývoj finanční bilance veřejného zdravotního pojištění), na základě kterých by mělo být rozhodnuto o navýšení vyměřovacího základu (resp. výše platby za státního pojištěnce a měsíc).

Z hlediska výše nastíněných cílů nové právní úpravy lze konstatovat, že nulová varianta pouze částečně zajišťuje potřebu flexibilně reagovat na makroekonomický vývoj (i tak se jedná o reakci víceméně omezenou, neboť se vztahuje až na následující kalendářní rok, ale zpravidla vychází z údajů a skutečností předcházejících vydání nařízení). Transparentní a předvídatelný vývoj v tomto případě zcela chybí, rozhodnutí o navýšení může meziročně vycházet ze zcela jiných důvodů (v minulosti se např. vyměřovací základ pro platbu za státní pojištěnce měnil přímo zákonem za účelem kompenzace výpadku regulačního poplatku za hospitalizaci)⁸. Požadavek nenavyšování rozdílu mezi skupinou státních pojištěnců a jiných skupin pojištěnců v tomto případě opět není garantován a závisí pouze na rozhodnutí, zda bude úprava výše vyměřovacího základu nařízením přijata vládou. Stejně omezení lze identifikovat k cíli přibližování výše celkových výdajů na zdravotnictví k průměru evropských zemí v OECD.

Varianta 1

Tato varianta nevychází ze zákonem pevně stanovené částky, ale váže se k všeobecnému vyměřovacímu základu pro účely důchodového pojištění, který každoročně stanovuje vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí podle pravidel stanovených zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Výhodou tohoto řešení je předvídatelnost vývoje výše platby za státní pojištěnce, neboť vychází z roku o dva roky předcházejícímu tomu, pro nějž se vyměřovací základ stanovuje a přepočítacího koeficientu. Ten poměřuje vývoj průměrné měsíční mzdy v 1. pololetích roků předcházejících kalendářnímu roku, pro nějž se vyměřovací základ stanoví. Přepočítací koeficient bude vždy minimálně roven 1, tudíž nebude možné, aby meziročně docházelo ke snižování výše platby za státní pojištěnce (při stejném počtu státních pojištěnců).⁹

Uvedené řešení naplňuje podmínku transparentnosti a předvídatelnosti a zároveň zajišťuje, že nebude ve střednědobém horizontu docházet k navýšování rozdílu mezi skupinou státních pojištěnců a zaměstnanci, neboť platba se bude s mírným zpožděním srovnávat do poměrné výše k průměrné mzdě stanovené vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí.¹⁰

⁸ Viz důvodová zpráva k zákonu č. 109/2014 Sb.

⁹ Viz § 17 odst. 4 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰ Dojde-li např. mezi roky 2015 a 2016 k nárůstu průměrné mzdy (vyměřovacího základu pro účely důchodového pojištění) k navýšení o 5 procent, zvýší se stejným způsobem platba za státní pojištěnce mezi lety 2017 a 2018.

Nevýhodou navrženého řešení je ovšem právě mírné zpoždění, kdy makroekonomická situace může být již zcela odlišná a systém veřejného zdravotního pojištění bude potřebovat vyšší podporu nebo naopak z důvodu růstu ekonomiky mohou být příjmy za státní pojištěnce zcela dostačující.

Tab. 2: Předpokládaný dopad varianty dle VVZ v letech 2017–2020

	m. j.	2017	2018	2019	2020
Měsíční platba na státního pojištěnce	Kč	943	982	1 023	1 066
Celkem za státní pojištěnce za rok	mln. Kč	68,0	70,8	73,8	76,9
Meziroční nárůst celkových nákladů	mln. Kč	5,3	2,8	3,0	3,1

Pozn.: Meziroční nárůst předpokládaných celkových nákladů je vztažen k předcházejícímu roku.

Z tabulky vyplývá, že k výraznějšímu navýšení platby za státní pojištěnce by došlo pouze v 1. roce po nabytí účinnosti. To je způsobeno zejména dlouhodobou stagnací výše vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištěnce, která je v současnosti v poměru k platbě za OBZP na minimální výši rovněž z historického hlediska.

Navýšení platby za státní pojištěnce v této úrovni částečně (byť ne zcela) naplňuje požadavek na přibližování celkových výdajů na zdravotnictví k průměru v OECD, neboť bezpochyby dochází k okamžitému přibližně 2% navýšení v poměru k celkovým výdajům systému veřejného zdravotního pojištění. Garantováno je poté pravidelné navyšování i v dalších letech, přičemž dopady na státní rozpočet lze považovat za přiměřené, realizovatelné a odpovídající potřebám navyšování zdrojů systému veřejného zdravotního pojištění.

Varianta 2

Tato varianta váže určení výše platby za státního pojištěnce přímo na průměrnou mzdu zjištěnou ČSÚ za 1. pololetí roku předcházejícího roku, pro nějž se vyměřovací základ stanoví. Na rozdíl od varianty 1 bude takové řešení patrně sice eliminovat riziko meziročního výkyvu makroekonomické situace, na druhou stranu není výše průměrné mzdy určená za 1. pololetí dostatečně signifikantní pro období celého kalendářního roku, kdy k výrazným změnám dochází na základě posledního kvartálu. Tato skutečnost značně snižuje schopnost zohlednění aktuálního makroekonomického vývoje. Zajištěna není rovněž kontinuita určování výše vyměřovacího základu, jako je tomu u varianty 1 – může dojít ke změně metodiky ČSÚ pro určení výše průměrné mzdy a tím k výraznému meziročnímu výkyvu.

I v rámci této varianty dochází k částečnému přibližování celkových výdajů na zdravotnictví k průměru v OECD, oproti variantě 1 se ovšem zejména v prvním roce jedná o výrazně nižší navýšení.

Tab. 3: Předpokládaný dopad varianty dle průměrné mzdy (ČSÚ) v letech 2017–2020

	m. j.	2017	2018	2019	2020
Měsíční platba na státního pojištěnce	Kč	918	955	996	1 037
Celkem za státní pojištěnce za rok	mln. Kč	66,2	68,9	71,8	74,8
Meziroční nárůst celkových nákladů	mln. Kč	3,5	2,7	3,0	3,0

Pozn.: Meziroční nárůst předpokládaných celkových nákladů je vztažen k předcházejícímu roku.

Varianta 3

Varianta zavádí transparentní a předvídatelný růst odvodu pojistného za skupinu státních pojištěnců, který by měl již ve střednědobém horizontu odpovídat růstu výše výběru pojistného za ostatní skupiny pojištěnců.

Řešení primárně nijak nezohledňuje vývoj ekonomiky (s výjimkou dále uvedeného zohlednění prostřednictvím vývoje zaměstnanosti a počtu státních pojištěnců) a vychází z historických ukazatelů výběru pojistného. Může tak docházet k disproporcím mezi jednotlivými kalendářními roky, kdy v roce výrazného poklesu ekonomiky bude odvod státu za jednoho státního pojištěnce a kalendářní měsíc nadále stoupat a stejně tak tomu bude v dobách, kdy ekonomická situace i zaměstnanost porostou. Tento rozdíl bude částečně přirozeně kompenzován vývojem zaměstnanosti a tím odpovídajícím počtu státních pojištěnců. V době recese se počet nezaměstnaných (a tím i státních pojištěnců bude zvyšovat) a odvod státu za celou skupinu státních pojištěnců bude vyšší. Naopak v době konjunktury poroste zaměstnanost a skupina státních pojištěnců tak bude menší.¹¹

V rámci této varianty dochází k přibližování celkových výdajů na zdravotnictví k průměru v OECD, oproti variantě 1 se zejména v prvním roce jedná o výrazně nižší navýšení, nicméně v dalších letech je s ohledem na zvolený mechanismus valorizace celkový nárůst platby za státní pojištěnce vyšší.

Tab. 4: Předpokládaný dopad varianty dle pravidelného administrativně stanoveného růstu v letech 2017–2020

	m. j.	2017	2018	2019	2020
Měsíční platba na státního pojištěnce	Kč	914	960	1 008	1 058
Celkem za státní pojištěnce za rok	mln. Kč	65,9	69,2	72,7	76,3
Meziroční nárůst celkových nákladů	mln. Kč	3,2	3,3	3,5	3,6

Pozn.: Meziroční nárůst předpokládaných celkových nákladů je vztažen k předcházejícímu roku.

Varianta 4

Stejně jako v případě varianty 1 není v tomto případě zajištěna transparentnost a předvídatelnost vývoje výše platby za státní pojištěnce, neboť je vázána nikoliv na vývoj ekonomiky, ale na administrativní určení vyměřovacího základu (v tomto ohledu jde o obdobu současné situace).

¹¹ Uvažujeme-li o meziroční změně ve výši 100 tisíc státních pojištěnců, bude to při výši platby 870 Kč za osobu a kalendářní měsíc činit za celý rok rozdíl cca 1 mln. Kč.

Při využití této varianty sice dojde ke sjednocení s platbou za OBZP, nicméně tato skupina je v porovnání se zbytkem pojištěnců marginální. Ve srovnání s ostatními skupinami sice dojde okamžitým navýšením ke snížení rozdílu, nicméně lze očekávat, že v následujícím období se výše odvodu za státního pojištěnce a výše odvodu zaměstnanců a OSVČ budou opět rozcházet.

Vzhledem k navázání vyměřovacího základu na minimální mzdu, která není přímo svázána se systémem veřejného zdravotního pojištění, nelze očekávat ani možnost pružné reakce na aktuální vývoj ekonomického cyklu. Změna minimální mzdy pouze za účelem posílení systému veřejného zdravotního pojištění bude patrně mnohem hůře prosaditelná, nežli je tomu za současného právního stavu.

Tato varianta nejvíce okamžitě posiluje příjmovou stránku systému veřejného zdravotního pojištění. V případě nabytí účinnosti v roce 2017 by došlo k navýšení celkového odvodu za skupinu státních pojištěnců přibližně o 34 miliard Kč oproti roku 2016. I v případě průběžného rozvržení do 4 let (do roku 2020) lze očekávat každoroční navýšení o 8,5 mld. Kč. Zároveň lze předpokládat, že dojde k růstu minimální mzdy, což by znamenalo další navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění. Na druhé straně, okamžité navýšení není možné v takovém rozsahu nijak rozpočtově pokrýt a realizovatelné by patrně bylo až při dlouhodobějším rozložení.

Vyhodnocení variant

Jednotlivé varianty byly porovnány prostřednictvím multikriteriálního hodnocení, přičemž v každém posuzovaném kritériu se variantě přiřadí bodové hodnocení ve škále 0–3. Kritéria se shodují s cíli této RIA a jsou jimi:

- transparentnost a předvídatelnost vývoje výše platby pojistného (Kritérium 1)
- nezvyšování rozdílu ve výši platby mezi jednotlivými skupinami pojištěnců (Kritérium 2)
- zohlednění aktuálního makroekonomického vývoje (Kritérium 3)
- přibližování podílu financování zdravotnictví v poměru k HDP na úroveň ostatních evropských zemí v OECD, resp. posílení příjmové stránky systému veřejného zdravotního pojištění (Kritérium 4)

	Kritérium 1	Kritérium 2	Kritérium 3	Kritérium 4	Celkem
Varianta 0	0	0	2	0	2
Varianta 1	3	2	2	2	9
Varianta 2	2	2	1	2	7
Varianta 3	3	2	1	2	8
Varianta 4	0	1	0	2	3

Varianta 0 nemá z hlediska předvídatelnosti vývoje platby za státní pojištění alespoň ve střednědobém výhledu žádný přínos, zůstává zachován *ad hoc* způsob navyšování podzákoným právním předpisem. V návaznosti na to nelze ani určit, zda nebude docházet ke zvyšování ve výši odvodu mezi státními pojištěnci a ostatními skupinami pojištěnců. Naopak je v rámci této varianty možné relativně pružně reagovat na aktuální vývoj ekonomické situace a zvážit, jak vysoká by v konkrétním roce měla být výše platby pro státní pojištění. Posílení příjmu systému veřejného zdravotního pojištění a přiblížení průměrné výši podílu v poměru k HDP není touto variantou garantováno a variantě tak nelze přidělit žádný bod.

Varianta 1 přináší transparentní a předvídatelný vývoj platby za státní pojištění, který je přímo navázán na pohyb průměrné mzdy mezi dvěma sledovanými pololetími roků předcházejících tomu, na něž se vyměřovací základ určuje. Výše platby za státní pojištění se postupně přizpůsobuje i výši odvodu za ostatní skupiny pojištěnců. Hodnocení je podle předkladatele nicméně třeba mírně snížit s ohledem na částečné zpoždění přizpůsobení a rovněž na skutečnost, že touto variantou není garantováno nezvyšování rozdílu mezi státními pojištěnci a osobami bez zdanitelných příjmů. Tato varianta makroekonomický vývoj zohledňuje (odvíjí se od výše průměrné mzdy), ovšem s ohledem na vstupní hodnoty tak činí se zpožděním, které často nemusí zcela odpovídat ekonomické realitě. Zároveň dochází již v prvním roce k navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění a tím k přiblížení poměru výše odvodu do zdravotnictví k HDP na úroveň jiných evropských zemí OECD. Nejedná se nicméně o srovnání této úrovně, proto je toto kritérium hodnoceno 2 body.

Bodové hodnocení varianty 2 je obdobné jako u varianty 1 s tím rozdílem, že vychází pouze z výše průměrné mzdy stanovené ČSÚ za 1. pololetí roku předcházejícího tomu, pro něž se vyměřovací základ stanovuje. Dochází tak ke zkreslení, vyměřovací základ by měl vycházet z průměrné mzdy za celý kalendářní rok, což je pro potřeby systému veřejného zdravotního pojištění klíčové, neboť odvody ekonomicky aktivních skupin pojištěnců jsou počítány právě ze skutečné mzdy. Z toho důvodu je u kritéria č. 3 navrženo pouze jednobodové hodnocení. Vzhledem k obdobnému růstu jako ve variantě 1 je bodové hodnocení shodné.

Varianta 3 rovněž zavádí předvídatelný a transparentní růst platby státu za státní pojištění a zajišťuje nezvyšování rozdílu mezi skupinou státních pojištěnců a ostatními skupinami. Nadto i v době, kdy bude výběr pojistného od ostatních skupin stagnovat, bude platba státu růst o 5 % ročně. Jak přitom plyne z vývoje uvedeného v tabulce 1, měl by 5% růst odpovídat v dlouhodobém horizontu růstu plateb od ostatních skupin pojištěnců. Na rozdíl od dalších variant, ovšem není přímo zohledněn vývoj průměrné mzdy. Z toho důvodu se hodnocení snižuje o jeden bod. Výše platby je v tomto případě konstantní a aktuální vývoj ekonomiky je zohledněn pouze prostřednictvím počtu státních pojištěnců, proto v kritériu č. 3 dostává tato varianta pouze 1 bod. Tato varianta postupně umožňuje přibližování poměru výdajů na zdravotnictví k HDP k evropskému průměru. Z toho důvodu je ohodnocena stejně jako varianta 2.

Varianta 4 sice mění určení vyměřovacího základu, nicméně charakter změny podzákoným právním předpisem zůstává nezměněn. K posílení transparentnosti a předvídatelnosti vývoje platby tedy nedochází. Ke srovnání mezi jednotlivými skupinami pojištěnců dochází pouze ve vztahu k OBZP, nikoliv ve vztahu k zaměstnancům a OSVČ. Vyměřovací základ je určen

administrativním způsobem a makroekonomický vývoj není nikterak zohledněn. Navíc s ohledem na zvolený ukazatel hrozí významné riziko, že ani v případě potřeby změny vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištění nedojde ke zvýšení minimální mzdy. Z navržených variant tato nejvíce posiluje příjmovou stránku systému veřejného zdravotního pojištění a přibližuje výdaje na zdravotnictví v poměru k HDP na úroveň ostatních evropských zemí v OECD. Vzhledem k razantnímu navýšení, které může mít zásadní negativní dopady na státní rozpočet (resp. není možné garantovat rozpočtové krytí), a to i při rozložení do více let, je nutné snížit hodnocení v kritériu 4 o jeden bod.

Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

Jak vyplývá z vyhodnocení jednotlivých variant, je pro naplnění cílů uvedených v části 1.5 této RIA v oblasti stanovení vhodného valorizačního mechanismu nejvhodnější realizace prostřednictvím varianty č. 1.

Anticyklický mechanismus platby za státní pojištění

Současný model určení výše platby za státní pojištění nikterak nezohledňuje vývoj ekonomiky, resp. průměrné mzdy. Obecně platí, že s růstem průměrné mzdy rostou i příjmy systému veřejného zdravotního pojištění, neboť od výše mzdy je odvozen i odvod některých skupin pojištěnců. V letech ekonomického růstu je systém veřejného zdravotního pojištění dostatečně financovatelný prostřednictvím plateb ekonomicky aktivních skupin obyvatelstva, ale v letech recese dochází k výpadku na příjmové straně, který nebude srovnán ani prostřednictvím pravidelné valorizace. Z tohoto důvodu se jeví vhodné zakotvit zákonnou právní úpravou mechanismus, který bude meziročně zohledňovat vývoj ekonomické situace státu a z něj plynoucí vliv na příjmovou stránku systému veřejného zdravotního pojištění.

Nulová varianta

V rámci nulové varianty nedojde k zákonnému zakotvení anticyklického mechanismu a vliv ekonomické situace bude zohledněn pouze přirozeným přechodem pojištěnců mezi jednotlivými skupinami; s růstem zaměstnanosti bude klesat počet státních pojištěnců a tím pádem i výše platby státu.

Varianta 1 – Zakotvení koeficientu pojištění bez stanovené limitace

Princip metody výpočtu je v této variantě založen na předpokladu, že v „krizových“ obdobích narůstá počet státních pojištěnců, zatímco v obdobích „blahobytu“ je tomu přesně naopak. Tento mechanismus sice v obdobích recese sám o sobě zabezpečuje zvýšený přísun prostředků ze státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění, avšak v případě, že se bude opírat pouze o prostou změnu počtu pojištěnců, nedokáže nahradit výpadek pojistného na straně ostatních plátců (tedy zaměstnavatelů, OSVČ a OBZP). V obdobích konjunktury je pak situace opačná (byť pro systém veřejného zdravotního pojištění nikterak negativní).

Jedním ze způsobů, jímž lze znatelně zmírnit nedostatečnost výše zmíněného mechanismu, je úprava celkového počtu státních pojištěnců koeficientem (tzv. váhou státního pojištění), který by z tohoto celkového počtu státních pojištěnců vycházel, potažmo odrážel aktuální

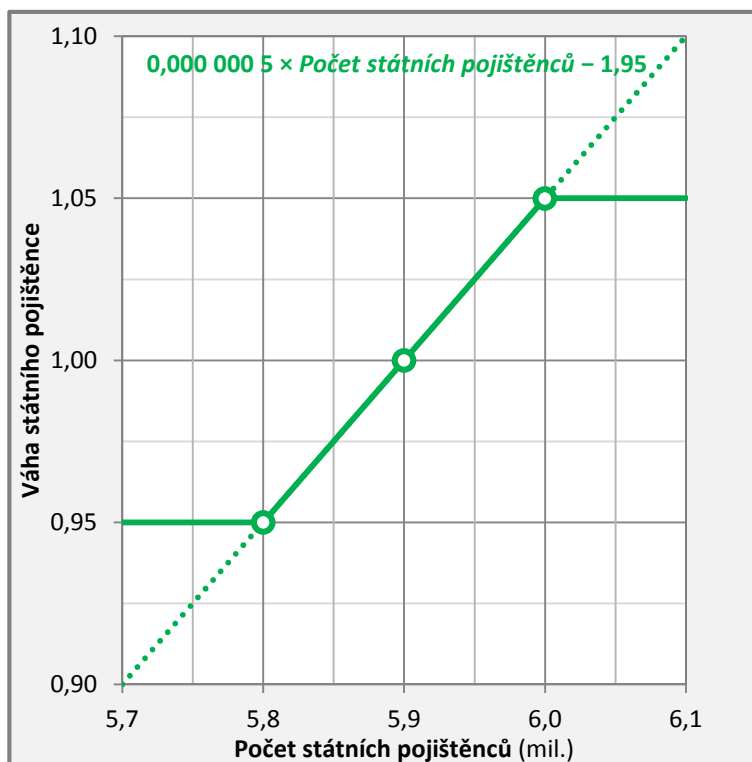
ekonomickou situaci. Sérií výpočtů byl vybrán model, který, s ohledem na možnosti státního rozpočtu na straně jedné a potřebami zdravotnictví na straně druhé, citlivě upravuje tok pojistného za státní pojištěnce do systému veřejného zdravotního pojištění. Zvolený model na základě hodnoty celkového počtu státních pojištěnců lineárně zvyšuje (resp. snižuje) váhu jednoho pojištěnce. Referenční hodnota, při níž má každý tento pojištěnec váhu rovnou jedné, bude stanovena na úrovni průměru počtu státních pojištěnců v posledních sedmi letech před kalendářním rokem, pro nějž se referenční počet státních pojištěnců stanoví.

Výše koeficientu počtu státních pojištěnců bude zjišťována z počtu státních pojištěnců, které jsou hlášeny Ministerstvu financí správcem přerozdělování podle ustanovení § 21 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. v rámci přerozdělování a bude zohledňována v každém kalendářním měsíci pro úhrnnou platbu za státní pojištěnce.

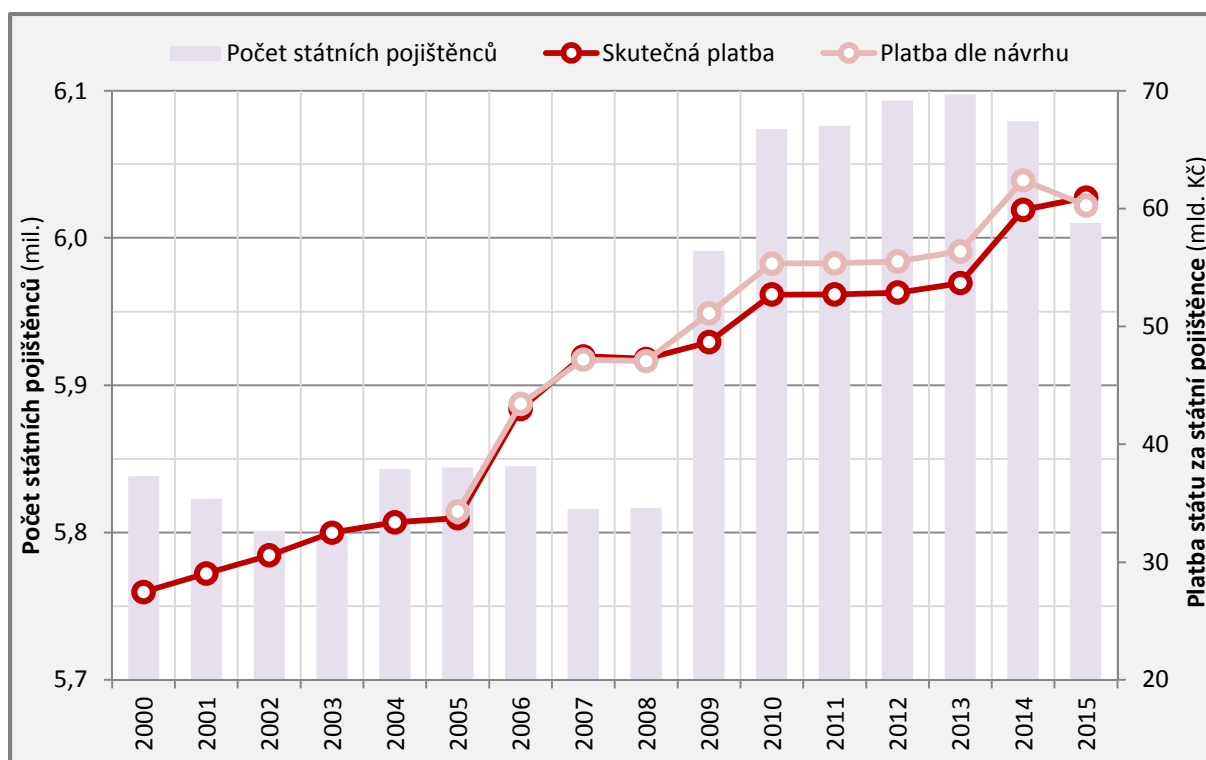
Varianta 2 – Zakotvení koeficientu pojištěnce se stanovením limitace

V obecné rovině je tato varianta shodná jako varianta 1. Na rozdíl od ní je ovšem symetricky okolo referenčního počtu státních pojištěnců ve vzdálenosti 100 000 pojištěnců dále stanovena dolní a horní mez, při jejímž dosažení je počet státních pojištěnců upraven právě o 5 %. Při přesažení této meze zůstává úprava na úrovni 5 %, která je tak úpravou maximální. Mezi dolní a horní mezí se váha státního pojištěnce lineárně zvyšuje od 0,95 do 1,05. Toto řešení tak zohledňuje i možné výraznější výkyvy ekonomického vývoje, které by mohly mít v případě varianty 1 nezamýšlené negativní dopady (např. na státní rozpočet, viz vyhodnocení variant).

Graf 1: Navrhovaná závislost váhy jednoho státního pojištěnce na celkovém počtu pojištěnců (při hypotetickém průměru 5,9 mil osob)



Graf 2: – Znázornění vývoje celkové výše platby státu za státní pojištěnce v letech 2000–2014 za předpokladu výpočtu dle navrhované úpravy



Vyhodnocení variant

Při vyhodnocení variant vycházel předkladatel primárně z jejich schopnosti přiměřeně zohlednit vývoj plateb pojistného od jiných než státních pojištěnců. Zároveň považuje předkladatel za vhodné zavést limitaci anticyklického mechanismu, a to zejména za účelem vyloučení jeho nechtěných důsledků. V případě výrazného poklesu ekonomiky a zaměstnanosti by bez stanovení limitace mohlo dojít k zásadnímu dopadu na státní rozpočet. Přitom je pravděpodobné, že i ten by byl nucen na výdajové stánce s ohledem na snížení příjmů spíše šetřit. Naopak v případě výrazné konjunktury by došlo opět k „rozevření „nůžek“ solidarity mezi státními pojištěnci a ekonomicky aktivními skupinami pojištěnců.

Z navržených variant uvedené parametry splňuje pouze varianta č. 2, která zajišťuje vhodný anticyklický mechanismus a zároveň zajišťuje ochranu před extrémními výkyvy ekonomiky a vlivy na státní rozpočet a systém veřejného zdravotního pojištění.

4. Návrh řešení

Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

Jak vyplývá z vyhodnocení jednotlivých variant, je pro naplnění cílů uvedených v části 1.5 této RIA nejvhodnější realizace prostřednictvím kombinace varianty 1 valorizačního mechanismu a varianty 2 anticyklického mechanismu.

Ke změně koeficientu počtu pojištěnců by nemělo docházet při jakékoliv odchylce od referenčního počtu pojištěnců (např. pouze o několik osob), ale až v případě, kdy taková odchylka dosáhne relevantní výše. Předkladatel proto v návrhu normativního textu zohledňuje výkyv o každých 2 000 pojištěnců, což činí znamená změnu koeficientu počtu státních pojištěnců o 1/1000.

Příklad zvoleného řešení:

Pro rok 2016 je vyměřovací základ pro platbu za tzv. státní pojištěnce určen prostřednictvím vyhlášky č. 244/2015 Sb., o výši všeobecného vyměřovacího základu za rok 2014, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2014, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu pro rok 2016 a základní výměry důchodu stanovené pro rok 2016 a o zvýšení důchodů v roce 2016. Ta stanoví výši všeobecného vyměřovacího základu na 26 357 Kč a přepočítací koeficient na 1,0246. Základ pro výpočet vyměřovacího základu pro platbu za tzv. státní pojištěnce v roce 2016 by tak činil 27 005,3822 Kč. Jedna čtvrtina této částky by poté určovala výši všeobecného vyměřovacího základu, tedy 6 751,3456 Kč. Tato by po zaokrouhlení na celé číslo nahoru na 6752 Kč určila konečnou výši vyměřovacího základu pro platbu za tzv. státní pojištěnce v kalendářním roce 2016.

Bude-li poté referenční hladina stanovena pro kalendářní rok 2016 např. na 5 900 000 státních pojištěnců a pro účely přerozdělování v měsíci dubnu bude oznámen počet pojištěnců ve výši 5 891 500, bude koeficient činit 0,996. Namísto celkové částky pojistného ve výši 5 380 800 000 Kč zašle v tomto měsíci stát správci přerozdělování za státní pojištěnce pouze 5 165 568 000 Kč (při předpokladu vyměřovacího základu v roce 2016 ve výši 6 752 Kč). Taková úprava probíhá při pohybu počtu státních pojištěnců o každé dva tisíce až do výše odchylky od referenční hladiny o sto tisíc pojištěnců oběma směry.

Předpoklad pro následující roky při přijetí návrhu dle zvolených variant

Vycházíme-li z aktuálních údajů, bude v roce 2017 pravděpodobná výše vyměřovacího základu upraveného přepočítacím koeficientem 27 923 Kč, průměrný počet státních pojištěnců cca 6 010 tis. (nelze ovšem spolehlivě predikovat) a průměrný počet státních pojištěnců v posledních 7 letech 6 063 tis (pouze v roce 2017). Při těchto vstupech by vývoj platby za státní pojištěnce vypadal následujícím způsobem:

	m. j.	2017	2018	2019	2020
Měsíční platba na státního pojištěnce	Kč	943	982	1 023	1 066
Celkem za státní pojištěnce za rok	ml.d. Kč	66,2	69,3	72,5	76,0
Meziroční nárůst celkových nákladů	ml.d. Kč	3,5	3,1	3,2	3,5

5. Implementace doporučené varianty a vynucování

Pro zavedení pravidelné změny výše pojistného podle vybraného modelu je nezbytné provést legislativní změnu v zákoně č. 592/1992 Sb. Vzhledem k tomu, že pro rok 2016 je již výše platby za státní pojištěnce stanovena na základě nařízení vlády, předpokládá se nabytí nové právní úpravy od roku 2017 s tím, že bude třeba synchronizovat její účinnost s pravidly pro zasílání pojistného ze strany Ministerstva financí správci přerozdělování.

Vzhledem k tomu, že dochází pouze ke změně ve způsobu výpočtu vyměřovacího základu pro platbu za státní pojištění a nedochází k procesním úpravám, bude platba realizována shodným způsobem jako v současnosti, tedy platbou Ministerstva financí.

Konkrétní řešení se poté bude uskutečňovat následujícím způsobem. Pro určení výše vyměřovacího základu na celý kalendářní rok bude použita vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí o výši všeobecného vyměřovacího základu, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu a základní výměry důchodu. Počet státních pojištěnců v kalendářním měsíci se stejně jako v současnosti určí s využitím ustanovení § 21 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb.

6. Přezkum účinnosti regulace

Přezkum účinnosti regulace bude průběžně provádět Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí. Sledováno bude zejména naplnění cílů prostřednictvím zvolené varianty, tedy pravidelný a předvídatelný růst příjmu systému veřejného zdravotního pojištění za účelem zajištění dostupnosti kvalitních a moderních zdravotních služeb, nenavyšování rozdílů mezi státními pojištěnci a ostatními skupinami pojištěnců a schopnost pružně reagovat na výkyvy v ekonomice.

7. Konzultace a zdroje dat

Návrh vychází z dat a informací, které má předkladatel k dispozici z vlastní činnosti. Jedná se zejména o data a informace, které jsou sledovány v rámci přerozdělování pojistného (dostupné např. na <http://www.mzcr.cz/obsah/prerозdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni-3211-1.html>), dále týkající se vývoje zaměstnanosti a počtu státních pojištěnců (Český statistický ústav, Ústav zdravotnických informací a statistiky, zdravotní pojišťovny) a další poznatky týkající se vývoje zdravotnictví v České republice.

B. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem, s mezinárodními smlouvami a s právem Evropské unie

1. Soulad s ústavním pořádkem České republiky

Při zkoumání souladu navrhované změny s ústavním pořádkem bylo přihlíženo především k ústavnímu zákonu č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Ústava“), a dále pak k usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Listina“). V tomto ohledu nebyl zjištěn žádný rozpor.

2. Soulad s právem EU a mezinárodními smlouvami

Navrhovaná právní úprava se nedotýká práva EU a není s ním tedy v rozporu.

Navržená právní úprava se nedotýká mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána.

C. Předpokládaný hospodářský a finanční dosah navrhované právní úpravy

Navržená právní úprava bude mít dopad výlučně na státní rozpočet, který bude zatížen povinností odvádět každoročně valorizovanou částku za skupinu státních pojištěnců. Navržená právní úprava nicméně od současného stavu zavádí transparentní a předvídatelné navyšování této platby, jejíž výše stagnovala v minulosti spíše výjimečně v obdobích hospodářské krize. Přímoú návazností na průměrnou mzdu a zakotvením anticyklického mechanismu je zároveň zajištěno, že prostředky státního rozpočtu nebudou do systému veřejného zdravotního pojištění čerpány nad míru odpovídající jeho potřebám.

D. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Navrhovaná právní úprava se nijak nedotýká ochrany soukromí a osobních údajů fyzických osob.

E. Zhodnocení korupčních rizik navrhovaného řešení (CIA)

Předložený návrh neobsahuje žádná korupční rizika. Popisuje pouze mechanismus výpočtu platby za skupinu státních pojištěnců, který bude dán přímo zákonem a nebude možné jej ovlivnit jakýmkoliv rozhodováním orgánů veřejné správy. Z uvedeného opatření přitom bude profitovat pouze celý systém veřejného zdravotního pojištění a nikoliv konkrétní osoby.

Důvodová zpráva – zvláštní část

K čl. I

K bodu 1 – Ustanovení zavádí vazbu stanovení vyměřovacího základu pro platbu státu za tzv. státní pojištěnce na všeobecný vyměřovací základ stanovený vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí pro účely důchodového pojištění na každý kalendářní rok. Tento vyměřovací základ se zároveň upravuje tzv. přepočítacím koeficientem, který je rovněž obsažen ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí (viz § 3a odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb.).

K bodu 2

Navržené ustanovení zakotvuje tzv. anticyklický mechanismus pro platbu za státní pojištěnce, při kterém se zohledňuje jejich počet jako indikátor vývoje ekonomické situace České republiky a s ní související výše odvodů do systému veřejného zdravotního pojištění.

Předpokládá se stanovení referenčního počtu státních pojištěnců pro každý kalendářní rok. Referenční počet vychází z průměrného počtu státních pojištěnců v posledních sedmi letech v jednotlivých měsících, přičemž se vychází z údaje o celkových počtech pojištěnců sdělených správcem zvláštního účtu Ministerstvu financí podle § 21. V praxi by pro rok 2016 byl

referenční počet stanoven jako průměr počtu státních pojištěnců v jednotlivých měsících let 2009 – 2015.

V případě, že pro kalendářní měsíc (na základě oznámeného počtu pojištěnců v rámci přerozdělování) nebude počet státních pojištěnců od referenčního počtu odchýlen o více než 1 999 osob oběma směry, stanoví se koeficient počtu státních pojištěnců jako 1. Při každém odchýlení o 2 000 nebo více pojištěnců od referenčního počtu oběma směry, dojde k úpravě tohoto koeficientu právě o 1/1000.

K čl. II

Vzhledem k tomu, že napříště bude vyměřovací základ stanoven na základě zákona a ruší se možnost vydávat nařízení vlády o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát, navrhuje se zároveň i zrušení nařízení, které bylo na základě tohoto zmocnění vydáno.

K čl. III

Účinnost se navrhuje od 1. 1. 2017. Navržená právní úprava se tak poprvé použije pro platbu státu za státní pojištěnce v lednu 2017.

