

Tabulka pro připomínky k návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony – vnitřní fakultativní připomínkové řízení

Návrh zaslán k připomínkám dne: 23. září 2026

Lhůta k uplatnění připomínek: **do 13. října 2026 včetně**

Adresa pro uplatnění připomínek: DZP@mzd.gov.cz – sekretariát odboru dohledu nad zdravotním pojištěním

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
ČLK	1	Z	K návrhu § 17c zákona č. 48/1997 Sb.: ČLK zásadně nesouhlasí, aby podmínky dohodovacího řízení určovalo ministerstvo bez jakýchkoli mantinelů vymezených zákonem. Konkrétně ČLK považuje za nezbytné: • Stanovit přímo v zákoně základní pravidla pro strukturu dohodovacího řízení, reprezentativnost účastníků, tvorbu skupin poskytovatelů, zastupování segmentů a přijímání rozhodnutí. Jednacím řádu vydávanému MZ ponechat pouze technické a organizační podrobnosti. • Doplnit přímo do zákona základní pravidla reprezentativnosti účastníků dohodovacího řízení tak, aby bylo zajištěno přiměřené zastoupení všech typů poskytovatelů, včetně malých a středních praxí významných pro dostupnost hrazené péče. Takto zásadní pravidla nemohou být ponechána pouze na jednacím řádu vydávaném MZ. Odůvodnění: Důvodová zpráva deklaruje omezení faktického autoritativního rozhodování státu a posílení odpovědnosti zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Návrh přitom stanoví, že Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vydává jednací řád dohodovacího řízení, určuje finanční koridor pro dohody, předsedá dohodovacímu řízení, má přímý personální vliv na rozhodčí panel, hodnotí finanční dopady návrhů, podílí se na úpravě návrhu na hranici koridoru a rozhoduje, pokud je rozhodčí panel nečinný. Role MZ v dohodovacím řízení se tedy naopak posiluje. Jednou ze zásadních změn oproti stávající právní úpravě dohodovacího řízení je, že nově má vydávat jednací řád dohodovacího řízení Ministerstvo zdravotnictví formou vyhlášky. Jednací řád má přitom upravit nejen technická pravidla jednání, ale také vnitřní strukturu dohodovacího řízení, členění na skupiny poskytovatelů, pravidla zastupování poskytovatelů profesními sdruženími, minimální počet nebo podíl plných mocí, pravidla pro zastupování celé skupiny poskytovatelů a pravidla pro předkládání návrhů a přijímání rozhodnutí. To vše bez konkrétních mantinelů vymezených zákonem. Tyto podmínky dosud nastavovali zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Vzhledem k tomu, že dle návrhu bude MZ v jednacím řádu, tedy prováděcí vyhlášce, fakticky určovat, které skupiny poskytovatelů budou mít reálný vliv na výsledek dohodovacího řízení, nejde pouze o organizační či procesní podrobnosti, které by mohly být ponechány prováděcímu právnímu předpisu vydávanému MZ. Pravidla reprezentace účastníků dohodovacího řízení jsou součástí samotné legitimacy procesu, neboť výsledek jednání následně určuje podmínky úhrady pro celý segment a ve svém důsledku přímo ovlivňuje dostupnost hrazené péče pro pojištěnce (viz níže). Podle čl. 79 odst. 3 Ústavy mohou ministerstva vydávat podzákonné právní předpisy pouze na základě a v mezích zákona. Podle judikatury Ústavního soudu musí být zákonné zmocnění konkrétní, jednoznačné a jasné. Podzákonný právní předpis může zákonnou úpravu konkretizovat a provádět, nemůže však nahrazovat zákon při stanovení jejích základních a podstatných pravidel.	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			Základní podmínky reprezentace účastníků dohodovacího řízení, tvorby skupin poskytovatelů, jejich zastupování a přijímání rozhodnutí představují podstatné procesní a kompetenční podmínky celého systému dohodovacího řízení. Jejich základní rámec proto musí být stanoven přímo zákonem. Prováděcí vyhlášce může být ponecháno pouze jejich technické a organizační rozvedení. Tento požadavek je o to významnější, že MZ podle navržené úpravy není pouze neutrálním administrátorem dohodovacího řízení, ale fakticky přímo ovlivňuje nastavení úhradových podmínek. Pokud by současně mohlo prostřednictvím vyhlášky bez dostatečných zákonných mantinelů určovat pravidla, podle nichž se stanoví reprezentace jednotlivých skupin poskytovatelů, docházelo by k další významné koncentraci rozhodovacích pravomocí na straně státu a k faktickému vyprázdnění deklarovaného záměru dohodovacího řízení. Rizikem, na které ČLK velmi důrazně upozorňuje, je riziko, že nastavení reprezentativnosti zastoupení poskytovatelů podle minimálního počtu zastupovaných poskytovatelů, ekonomické síly nebo jiného kritéria, nebude odrážet skutečnou strukturu trhu zdravotních služeb. Jednotlivé segmenty nejsou homogenní. Vedle velkých poskytovatelů a řetězců v nich působí velké množství malých a středních samostatných praxí, které mají zásadní význam pro místní a časovou dostupnost hrazené péče, zejména mimo velká centra. Pokud by pravidla zastoupení fakticky zvýhodnila poskytovatele, jejichž schopnost krátkodobě tolerovat nízké úhrady se zásadně liší od možností samostatných ambulantních praxí, mohlo by dojít k nevratné proměně struktury sítě smluvních poskytovatelů a následně i k negativnímu dopadu na ekonomickou udržitelnost dostupnosti hrazené péče pro pojištěnce. Velký poskytovatel může mít vyšší schopnost po určité době kompenzovat podnákladové či velmi nízké úhrady. Malá praxe takovou možnost zpravidla nemá. Riziko, že úhradové podmínky přijatelné pro kapitálově silné poskytovatele mohou být pro menší poskytovatele ekonomicky neudržitelné, je velmi vysoké a v praxi se v některých hůře placených odbornostech již projevuje. Bezprostředním důsledkem je zánik malých praxí bez náhrady (zejména v úhradově nerentabilních odbornostech), resp. jejich ekonomicky vynucený prodej větším subjektům a další koncentrace poskytovatelské sítě do rukou velkých poskytovatelů. Pokud dojde ke strukturální změně sítě smluvních poskytovatelů ve prospěch velkých poskytovatelů hrozí posílení pozice velkých poskytovatelů vůči zdravotním pojišťovnám a státu při uzavírání smluv a dojednávání úhradových podmínek. Jedná se o předvídatelné riziko, které by právní úprava měla zohlednit nejen při nastavení pravidel reprezentace v dohodovacím řízení, ale i při určování úhradových podmínek. Varovným příkladem je vývoj v českém lékařství, kde došlo k významné koncentraci trhu do rukou několika velkých lékařských řetězců. Sektorové šetření Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže popsalo výrazné postavení největších řetězců. Česká lékařská komora současně upozorňuje na koncentraci lékáren v ekonomicky atraktivních lokalitách a zhoršování dostupnosti lékařské péče v některých periferních oblastech. Koncentrace vlastnictví může do budoucna ovlivnit zastoupení poskytovatelů v dané odbornosti v dohodovacím řízení. S úbytkem malých a středních praxí hrozí oslabování jejich hlasu v dohodovacím řízení, tedy možnosti prosazovat úhradové podmínky odpovídající nákladům a specifickým poskytování péče v menších ambulancích. Dalším závažným rizikem je selektivní zaměřování ekonomicky silných poskytovatelů na rentabilnější odbornosti a zdravotní služby, přičemž odbornosti s nižší rentabilitou, vyššími provozními náklady nebo náročnější strukturou pacientů mohou zůstat mimo jejich investiční zájem. Neznamená to, že takto postupuje každý velký poskytovatel, jde však o riziko, které je třeba při nastavování systému úhrad zohlednit. ČLK bude vždy prosazovat zachování plurality poskytovatelů zdravotních služeb. Nejde přitom pouze o ochranu možnosti lékařů provozovat své povolání jako podnikatelskou činnost způsobem, který si zvolí, ale rovněž o základní podmínku pro zachování regionální a odborné dostupnosti péče, rozmanitosti ekonomických zájmů v systému a	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			vyváženého rozložení vyjednávací síly. Při nastavování úhradových podmínek je nezbytné vyhodnocovat nejen bezprostřední rozpočtové dopady, ale i dlouhodobé účinky na vlastnickou, odbornou a regionální strukturu sítě poskytovatelů zdravotních služeb. To v předloženém návrhu zcela chybí. S ohledem na uvedené ČLK požaduje, aby zákon výslovně stanovil alespoň tyto principy zastoupení poskytovatelů v dohodovacím řízení: – zastoupení musí odpovídat skutečné struktuře poskytovatelů působících v daném segmentu a nesmí být založeno pouze na ekonomické velikosti, obratu nebo koncentraci poskytovatele; – při nastavení zastoupení musí být zohledněna existence malých a středních samostatných praxí a jejich význam pro místní a časovou dostupnost hrazených služeb; – pravidla musí zabraňovat tomu, aby jedna ekonomická skupina nebo úzký okruh propojených poskytovatelů získal nepřiměřený vliv pouze z důvodu své velikosti nebo počtu provozoven; – kritéria reprezentativnosti musí být transparentní, předvídatelná a kontrolovatelná a jejich základní parametry musí být stanoveny přímo zákonem; – při rozhodování o pravidlech úhrad musí být zajištěno zastoupení všech kategorií poskytovatelů.	
ČLK	2	Z	Připomínka ČLK k návrhu § 17c odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.: ČLK požaduje závazně zakotvit pravidla při tvorbě podkladů pro dohodovací řízení dle § 17c odst. 3, zejména: - stanovit předem známou, transparentní a jednotnou metodiku tvorby jednotlivých podkladů; - u každého podkladu zveřejnit použitý datový zdroj, referenční období, hlavní předpoklady, výpočetní postup a míru nejistoty; - u prognostických údajů pracovat se scénáři nebo intervaly, nikoli pouze s jednou bodovou hodnotou; - zvláště upravit metodiku stanovení doporučeného a závazného rozpětí nákladů pro jednotlivé skupiny poskytovatelů, včetně povinnosti zohlednit nákladové vstupy na straně poskytovatelů; - uložit MZ povinnost výsledné rozpětí pro každý segment přezkoumatelně odůvodnit; - zavést možnost odborné kontroly a připomínkování klíčových analytických podkladů účastníky dohodovacího řízení; - prodloužit lhůtu mezi předáním dílčích podkladů a zveřejněním souhrnné zprávy tak, aby existoval reálný prostor pro jejich kontrolu a zpracování. <u>Odůvodnění:</u> Dohodovací řízení postavené na validních datech je dlouhodobě deklarovaný cíl změny v dohodovacím řízení. Navržený § 17c odst. 3 sice předpokládá vytvoření rozsáhlého souboru analytických, prognostických a strategických podkladů, které mají být základem pro dohodovací řízení, ale není žádným způsobem vymezena metodika k jejich tvorbě. Důvodová zpráva pouze deklaruje potřebu „odpovídajících podkladů“ a popisuje organizační postup vytvoření společné zprávy. Nestanoví mechanismus kontroly kvality, jednotnou metodiku, povinné datové zdroje, referenční období, způsob validace, audit výpočtů, práci s nejistotou, povinnost zveřejňovat scénáře ani postup při situaci, kdy některý podklad nebude možné v požadované kvalitě nebo lhůtě vytvořit.	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			K jednotlivým podkladům: Odhadovaná inflace nákladů poskytovatelů – § 17c odst. 3 písm. a) Návrh nevymezuje, co se rozumí „inflací týkající se nákladů poskytovatelů zdravotních služeb“. Není zřejmé, zda má jít o obecný cenový index, růst mezd, cen energií, zdravotnického materiálu, nájmu, kapitálových nákladů nebo o složený index. Nákladová struktura jednotlivých segmentů se přitom zásadně liší. Jeden agregovaný údaj proto nemusí být pro jednotlivé skupiny poskytovatelů vypovídající. Předem stanovená metodika, která by prošla odbornou validací, na které by se podíleli i zástupci poskytovatelů, je pro akceptaci podkladu zcela nezbytná. Dopady stárnutí obyvatelstva na potřebný objem zdravotních služeb – písm. b) Není definováno, co se rozumí „potřebným objemem“ zdravotních služeb. Bez transparentního modelu existuje riziko, že údaj bude pouze extrapolací minulého využití péče a nebude skutečně vypovídat o budoucí potřebě. Očekávaný finanční dopad změn seznamu zdravotních výkonů – písm. c) Finanční dopad změn SZV se odvíjí od hodnoty bodu a míry inflace, jejíž hodnota bude v době přípravy podkladu známa pouze pro následující rok. Víceletý výhled nebude možný. Finanční dopad je navíc třeba modelovat i s ohledem na budoucí četnost výkonů, rychlost rozšíření do praxe, počet poskytovatelů, kteří jej budou vykazovat, a případný substituční efekt vůči jiným výkonům. U nových výkonů může být takový odhad zatížen značnou nejistotou, zejména při tříletém horizontu. Návrh nestanoví povinnost zveřejnit klíčové předpoklady výpočtu. Priority státu pro dohodovací řízení – písm. d) Pokud mají priority státu jako dosud ovlivňovat rozdělení disponibilních zdrojů ve smyslu navýšení úhrady preferovaným odbornostem, které vede ke krácení disponibilních zdrojů pro nepreferované odbornosti, mělo by MZ povinně vymezit cíl, očekávaný dopad a časový horizont vyhodnocení dopadu na preferovanou odbornost a ostatní odbornosti. Pokud MZ nebude povinno takovou analýzu předkládat, zůstane situace stejná jako nyní, tedy rozdělování veřejných prostředků bude zcela netransparentní bez možnosti jakéhokoli vyhodnocení. Předpokládaná výše příjmů zdravotních pojišťoven – písm. e) Při předpokládaném tříletém horizontu je nejistota ohledně přesnosti odhadu zásadní. Je nezbytné stanovit povinnost zveřejňovat spolu s předpokladem metodiku a konkrétní podklady, ze kterých předpoklad vychází, aby podklad mohl být podroben připomínkám. Ukazatele kvality hrazených služeb – písm. f) U ukazatelů kvality je zásadní otázkou jejich metodická a časová připravenost. Samotné zákonné zmocnění Kanceláře a ÚZIS k tvorbě ukazatelů nezaručuje, že budou pro všechny skupiny poskytovatelů každoročně k dispozici metodicky srovnatelné a dostatečně robustní údaje. Důvodová zpráva tuto otázku neřeší a kvalitu ani úplnost těchto podkladů negarantuje. Doporučené rozpětí nákladů pro jednotlivé skupiny poskytovatelů – písm. g) Za nejproblematictější považujeme samotné stanovení doporučeného rozpětí nákladů. Návrh stanoví, že MZ má zohlednit údaje podle písm. a) až e), ale nijak neurčuje, jakou váhu mají jednotlivé vstupy mít, jakým algoritmem se mají kombinovat ani jak se z nich odvodí dolní a horní hranice rozpětí pro konkrétní segment. Jediným výslovným pravidlem je, aby součet středních hodnot rozpětí nevedl k deficitnímu hospodaření systému. Toto pravidlo však řeší pouze celkový objem	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			disponibilních prostředků, nikoli jejich rozdělení mezi segmenty. Tímto vzniká velmi široká úvahová volnost Ministerstva zdravotnictví a zároveň největší riziko, že deklarovaná objektivizace rozhodování bude pouze formální. Ministerstvo financí, ÚZIS a Kancelář mají podle návrhu předat podklady MZ nejpozději do 26. dubna, zatímco souhrnná zpráva včetně doporučených rozpětí nákladů má být zveřejněna již do 30. dubna. Ve lhůtě čtyř dnů není reálně možné provést kontrolu úplnosti dat, metodické sjednocení, řešení rozporů mezi jednotlivými zdroji, analytické zpracování a následné stanovení finančních rozpětí pro všechny skupiny poskytovatelů. Pokud mají být jednotlivé podklady skutečným základem rozhodnutí, nikoli pouze formální přílohou již dopředu vytvořeného návrhu, je třeba časový harmonogram prodloužit.	
ČLK	3	Z	ČLK navrhuje doplnění navrhovaného ustanovení § 17i následovně: § 17i odst. 2 <i>Účastníci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 2 poskytnou do 5 pracovních dnů od jeho ukončení Ministerstvu zdravotnictví protokol o výsledku dohodovacího řízení, ze kterého je zřejmé, kdo a za jakého účastníka dohodovacího řízení byl na jednání přítomen, o jakých návrzích se jednalo, zda a jaká usnesení byla o jednotlivých návrzích přijata <u>a jakým způsobem o jednotlivých návrzích hlasoval každý účastník dohodovacího řízení.</u></i> § 17i odst. 3 <i>Ministerstvo zdravotnictví údaje podle odstavců 1 a 2 po jejich obdržení neprodleně zveřejní na svých internetových stránkách. Ministerstvo zdravotnictví u dohodovacího řízení podle § 17c do 5 pracovních dnů od přijetí rozhodnutí o dohodě nebo o zvoleném návrhu zveřejní protokol o výsledku dohodovacího řízení, ze kterého je zřejmé, kdo a za jakého účastníka dohodovacího řízení byl na jednání přítomen, o jakých návrzích se jednalo, zda a jaká usnesení byla o jednotlivých návrzích přijata <u>a jakým způsobem o jednotlivých návrzích hlasoval každý účastník dohodovacího řízení.</u></i> Odůvodnění: ČLK navrhuje, aby protokol o výsledku dohodovacího řízení obsahoval nejen údaj o tom, jaká usnesení byla o jednotlivých návrzích přijata, ale rovněž údaj o tom, jakým způsobem o jednotlivých návrzích hlasoval každý účastník dohodovacího řízení. Profesní sdružení poskytovatelů vystupují v dohodovacím řízení na základě plných mocí udělených jednotlivými poskytovateli a výsledky dohodovacího řízení mohou mít přímý dopad na úhradové a další podmínky celého segmentu. Poskytovatel, který určitému profesnímu sdružení udělil plnou moc k zastupování v dohodovacím řízení, by proto měl mít možnost ověřit, jak toto sdružení při projednávání a hlasování o jednotlivých návrzích skutečně postupovalo. Stejnou informaci potřebují i poskytovatelé, kteří se teprve rozhodují, kterému profesnímu sdružení plnou moc pro další období udělí. Zveřejnění informace, zda byl konkrétní návrh přijat a kolik hlasů celkem bylo na straně zdravotních pojišťoven a poskytovatelů pro/proti/zdrželo se, tuto kontrolní funkci neplní. Z takového údaje není možné zjistit, kteří účastníci návrh podpořili, kteří hlasovali proti a kteří se hlasování zdrželi. Přitom právě způsob hlasování může být pro poskytovatele zásadní při rozhodování, zda chtějí konkrétní profesní sdružení nadále zmocnit k jejich zastupování. Navrhovaná úprava posiluje transparentnost, odpovědnost a kontrolovatelnost zastupování poskytovatelů i zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení a tím přispívá i k větší legitimitě výsledků dohodovacího řízení. Návrh nepředstavuje žádnou administrativní zátěž navíc, jelikož údaj o tom, jak hlasovali jednotliví účastníci, je pro účely zjištění výsledku hlasování vždy zaznamenán. Navrhuje se pouze, aby se tato informace stala povinnou součástí protokolu a byla spolu s ním zveřejněna.	
ČLK	4	Z	K návrhu § 17d-17f zákona č. 48/1997 Sb. – dohodovací řízení o úhradách	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			ČLK navrhuje, aby byla do zákona zakotvena: pravidla pro posouzení přiměřenosti nastavované ceny hrazených zdravotních služeb; pravidla, jak bude postupováno při tvorbě ceny za hrazené služby v případě nedostatku disponibilních zdrojů. Konkrétně: • doplnit povinnost MZ při stanovování rozpětí nákladů vycházet z ekonomicky odůvodněných nákladů příslušného segmentu a z dopadu úhrad na dostupnost péče; • zakotvit výslovný materiální test přiměřenosti úhrady, který musí respektovat limity cenové regulace vyplývající z nálezu Pl. ÚS 19/13; • zakotvit v § 17f povinnost MZ posoudit dosaženou dohodu, resp. výsledek rozhodčího panelu z hlediska souladu s veřejným zájmem podle § 17 odst. 2; • stanovit, že finanční koridor nesmí být určen způsobem, který by vedl k systémovému přenesení ekonomicky oprávněných nákladů hrazené péče na poskytovatele. <u>Odůvodnění:</u> Navrhovaná právní úprava mění proces dohodovacího řízení o úhradách a tvorbu úhradové vyhlášky, aniž by byly odstraněny zásadní problémy stávajícího dohodovacího řízení a stanovování ceny za hrazené zdravotní služby, kterými jsou absence pravidel pro posouzení přiměřenosti nastavované ceny hrazených zdravotních služeb a absence pravidel, jak bude postupováno při tvorbě ceny za hrazené služby v případě nedostatku disponibilních zdrojů. Dle návrhu se sice formálně přesouvá rozhodování při nedohodě na rozhodčí panel, avšak s ohledem na navržené kompetence MZ zůstává zachován stávající stav, kdy MZ fakticky rozhoduje o úhradových podmínkách výhradně podle disponibilních zdrojů, aniž by řešilo otázku přiměřenosti ceny. Podle navrženého modelu stanoví Ministerstvo zdravotnictví před zahájením dohodovacího řízení a před jednáním rozhodčího panelu pro příslušnou skupinu poskytovatelů závaznou nejnižší a nejvyšší hodnotu celkových nákladů zdravotních pojišťoven, ve kterých se mohou úhradové podmínky na příští rok pohybovat. Rozpětí má být nastaveno tak, aby součet nákladů jednotlivých segmentů při zohlednění očekávaných příjmů zdravotních pojišťoven nevedl ke schodkovému hospodaření systému. Takto nastavený mechanismus řeší problém, jaký objem výdajů si systém může dovolit, ale neřeší problém, jaká výše úhrady je ještě ekonomicky přiměřenou cenou hrazených zdravotních služeb. Ústavní soud v nálezu Pl. ÚS 19/13 posoudil úhradovou regulaci jako cenovou regulaci zasahující do práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Z práva podnikat sice neplyne garance dosažení zisku, stát však musí vytvořit takové podmínky, které poskytovateli umožní o dosažení zisku reálně usilovat. Regulace nemůže být nastavena tak, aby systémově přenášela část nákladů hrazené péče na poskytovatele. Z toho vyplývá, že finanční možnosti systému nejsou jediným kritériem regulace. Pokud disponibilní zdroje nestačí na zákonem garantovaný rozsah péče a na ekonomicky přiměřenou úhradu, nelze tento rozpor řešit snížením regulované ceny. Podle dosavadní úpravy § 17 odst. 5 je MZ povinno posoudit dosaženou dohodu nejen z hlediska souladu s právními předpisy, ale také z hlediska souladu s veřejným zájmem. Veřejný zájem je v § 17 odst. 2 vymezen jako zájem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění. Absence konkrétních pravidel pro toto posouzení jsou problémem již dnes, resp. v důsledku absence těchto pravidel MZ při posuzování souladu s veřejným zájmem dlouhodobě selhává. Nový návrh tento zásadní	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			problém vyřešil tak, že kritérium veřejného zájmu z přezkumu úhradových podmínek zcela vypadá a §17f návrhu ukládá MZ posoudit dohodu nebo zvolený návrh pouze z hlediska souladu s právními předpisy. To je zásadně problematické kromě jiného i z hlediska povinnosti MZ plnit roli cenového regulátora. Principy cenové regulace jsou nezbytnou součástí posouzení veřejného zájmu. I zahraniční právní úpravy, ze kterých patrně návrh MZ alespoň částečně vychází, obsahují vedle finančních pravidel výslovný požadavek, aby ceny byly nastaveny přiměřeně provozním nákladům a dalším ekonomickým faktorům na straně poskytovatelů. Přeložený návrh MZ žádnou takovou korekci neobsahuje. ČLK má za to, že je třeba do zákona zakotvit konkrétní pravidla pro posouzení přiměřenosti ceny, resp. povinnost rozhodčího panelu i Ministerstva zdravotnictví před rozhodnutím o úhradových podmínkách zejména posoudit: – dopad navržených úhrad na dlouhodobou ekonomickou udržitelnost příslušného segmentu; – zda úhrada umožňuje většině poskytovatelů nejen pokrýt náklady, ale rovněž reálně usilovat o dosažení zisku; – náklady na zdravotnické pracovníky, materiál, energie, přístrojové a technické vybavení a další nezbytné vstupy; – náklady na obnovu a reprodukci majetku nezbytného k poskytování hrazených služeb. Dále je nezbytné zakotvit mechanismus, jak postupovat, pokud se ukáže, že přiměřenou cenu není možné z disponibilních zdrojů pokrýt. Doplnění návrhu dle požadavků ČLK je zcela v souladu s požadavky na úhradovou vyhlášku formulovanými v závazných nálezech Ústavního soudu tak, aby byla dodržena povinnost vydávat právní předpisy v souladu s ústavním pořádkem České republiky. Při absenci výše uvedených pravidel je riziko zásahu do ústavně zaručených práv na straně poskytovatelů i pojištěnců vysoké.	
ČLK	5	Z	Připomínky ČLK k rozhodčímu panelu (§17e zákona č. 48/1997 Sb.) ČLK nesouhlasí se zřízením rozhodčího panelu a požaduje, aby rozhodování o úhradové vyhlášce v případě nedohody zůstalo na Ministerstvu zdravotnictví s transparentně nastavenými pravidly rozhodování. V případě zachování rozhodčího panelu ČLK navrhuje následující změnu a doplnění: • Nastavit fungování panelu tak, aby mohl skutečně nezávisle posoudit předložené návrhy z hlediska souladu s veřejným zájmem dle § 17 odst. 2, tj. nejen z hlediska disponibilních zdrojů – viz připomínka ČLK č. 4; • zpřesnit zákonná kvalifikační, odborná a nezávislostní kritéria pro předsedu rozhodčího panelu a pro osoby zařazené na seznam MZ, tj. upravit transparentní nominační proces, pravidla nezávislosti a nestrannosti, pravidla střetu zájmů, včetně povinnosti oznámit a řešit střet zájmů, stanovit neslučitelnost členství s určitými funkcemi nebo ekonomickými vazbami na účastníky dohodovacího řízení, zakotvit možnost námítky podjatosti a podmínky odvolání členů panelu, stanovit pravidla pro délku mandátu, opakované jmenování, odvolání a náhradu člena; • zvážit, zda má být předseda rozhodčího panelu zaměstnancem MZ, jestliže má panel představovat skutečně nezávislý mechanismus řešení nedohody. <u>Odůvodnění:</u> Rozhodčí panel, jak je v návrhu vymezen, není orgánem, který by mohl nezávisle určit ekonomicky přiměřenou úhradu a posoudit soulad návrhu s veřejným zájmem. Rozhodčí panel nemá pravomoc rozhodnout, že finanční prostředky vyčleněné pro určitý segment jsou nedostatečné a že s ohledem na vývoj nákladů poskytovatelů nebo veřejný zájem je nezbytné stanovit	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			vyšší úhrady. Nemůže ani korigovat rozhodnutí ministerstva o rozdělení disponibilních finančních prostředků mezi jednotlivé segmenty. Přitom právě posouzení těchto otázek by mělo představovat podstatu činnosti skutečně nezávislého rozhodčího orgánu. Rozhodčí panel, jak je navžen, tedy není ničím jiným než pouze formální arbitráží s předem určeným výsledkem. MZ předem stanoví závazný koridor celkových nákladů pro příslušný segment v mezích zbytkových finančních prostředků po odečtení nákladů vyplývajících z dohod uzavřených v jiných segmentech a do tohoto koridoru se musí návrhy účastníků řízení vejít. Jestliže se do předem stanoveného finančního koridoru vejde pouze jeden návrh, panel jej musí zvolit. Takto nastavený mechanismus zásadním způsobem zvýhodňuje návrhy zdravotních pojišťoven. Jejich primárním zájmem je udržet výdaje na zdravotní služby v rámci disponibilních finančních prostředků. Zdravotní pojišťovny proto zpravidla nebudou mít problém předložit návrh úhrad, který bude odpovídat finančnímu koridoru stanovenému ministerstvem. Naproti tomu poskytovatelé zdravotních služeb musí při tvorbě návrhu zohledňovat skutečný vývoj nákladů na poskytování péče. Je tedy zřejmé, že návrh zdravotních pojišťoven bude v praxi zpravidla jediným návrhem, který bude splňovat předem stanovený finanční koridor, a rozhodčí panel jej bude muset zvolit. Výsledek řízení je tedy zásadně předurčen samotným nastavením rozhodovacích pravidel. Navržený mechanismus z uvedených důvodů fakticky zachovává současný stav, kdy v případě nedohody mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli určuje úhradové podmínky MZ, a to nikoli podle návrhu poskytovatelů, ale podle návrhů zdravotních pojišťoven. Rozdíl spočívá pouze v tom, že mezi účastníky dohodovacího řízení a ministerstvo je vložen další orgán, který je sice prezentován jako nezávislý arbitr, ale ve skutečnosti jím v žádném ohledu není. Hrozí tedy, že rozhodčí panel má pouze sloužit k legitimizaci návrhů předložených zdravotními pojišťovnami. ČLK z výše uvedených důvodů považuje zřízení rozhodčího panelu v navržené podobě za zcela zbytečné. Nutno upozornit i na riziko zavádějící interpretace jeho role. Existence panelu může vést pouze k prodloužení a administrativnímu zkomplikování procesu stanovení úhrad, aniž by došlo k zavedení skutečně nezávislého rozhodování. Pokud má být rozhodčí panel v návrhu zachován, je nezbytné otevřeně deklarovat, že se svou povahou jedná nanejvýš o poradní orgán Ministerstva zdravotnictví pro přípravu úhradové vyhlášky. Mělo by se revidovat i označení „rozhodčí panel“, které je z již uvedených důvodů zavádějící. Vzhledem k tomu, že rozhodčí panel by se měl dle návrhu vyjadřovat k úhradovým podmínkám celého segmentu s velmi významnými nejen finančními dopady, je třeba jasně vymezit kritéria pro výběr jeho členů. Návrh nestanoví dostatečná zákonná kritéria pro výběr předsedy rozhodčího panelu ani pro zařazení osob na seznam, z něhož následně vybírají své členy zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. U předsedy návrh stanoví pouze to, že jej jmenuje ministr zdravotnictví z řad zaměstnanců MZ. Nejsou však zákonem vymezeny požadovaná odborná kvalifikace, zkušenost v oblasti zdravotního pojištění a úhrad, ekonomická či právní erudice, délka praxe, požadavky na nestrannost ani pravidla pro vyloučení střetu zájmů. Obdobně nejsou dostatečně vymezena kritéria, podle nichž MZ sestaví seznam dalších osob, z něhož budou strany vybírat členy panelu. Zákon tak MZ ponechává širokou volnost nejen při určování finančního koridoru, ale i při předvýběru osob, které mají rozhodovat uvnitř tohoto koridoru.	
ČLK	6	Z	Připomínky ČLK k podmínkám doložení plných mocí - § 17i odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. ČLK požaduje, aby zákon výslovně stanovil: – rozhodný den, ke kterému se pro konkrétní vyjednávací období posuzuje reprezentativnost profesních sdružení a jejich hlasovací váhy; – že po zahájení jednání o konkrétním výsledku se reprezentace a hlasovací váhy po dobu tohoto jednání nemění; – pravidla pro jednání pokračující přes hranici kalendářního roku a pro víceletá jednání;	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			– zda nové plné moci ovlivní až další samostatné vyjednávací období, nebo již probíhající řízení. <u>Odůvodnění:</u> Navržená úprava § 17i odst. 1 není v souladu s navrhovanou koncepcí kontinuálního dohodovacího řízení. Podle návrhu profesní sdružení poskytovatelů předkládají vždy do 5. ledna kalendářního roku seznam poskytovatelů, které zastupují k 1. lednu daného roku, přičemž k plným mocem uděleným po 31. prosinci předchozího kalendářního roku se v příslušném kalendářním roce nepřihlíží. Důvodová zpráva současně výslovně předpokládá, že dohodovací řízení bude probíhat kontinuálně a že tato úprava má zabránit průběžnému měnění vah jednotlivých profesních sdružení. Návrh však neřeší situaci, kdy jednání o konkrétním výsledku dohodovacího řízení probíhá již před začátkem kalendářního roku. Například pokud budou jednání o úhradách pro rok 2029 zahájena již v listopadu 2027 a budou pokračovat v roce 2028, není zřejmé, zda se po 1. lednu 2028 nově přepočítají váhy jednotlivých profesních sdružení podle stavu plných mocí k 1. lednu 2028, případně zda se tím může změnit i okruh sdružení splňujících podmínky pro zastupování skupiny poskytovatelů. Pokud by tomu tak bylo, došlo by uprostřed vyjednávání ke změně hlasovacích vah, případně i ke změně účastníku dohodovacího řízení na straně poskytovatelů. To je v rozporu s požadavkem stability, předvídatelnosti a legitimacy vyjednávacího procesu. Pokud má být dohodovací řízení skutečně kontinuální, musí zákon jednoznačně stanovit, k jakému okamžiku se reprezentativnost účastníků stanoví.	
ČLK	7	Z	ČLK k návrhu § 17g zákona č. 48/1997 Sb. navrhuje: • výslovně stanovit zákonná kritéria pro tvorbu smluvní sítě (místní a časová dostupnost, kapacity, kvalita, kontinuita, regionální specifika, proporcionalita a nediskriminace) a povinnost posoudit výslednou dohodu a vyhlášku s veřejným zájmem podle § 17 odst. 2; podzákoněmu předpisu ponechat pouze konkretizaci těchto pravidel; • výslovně upravit právní účinky vyhlášky podle § 17g vůči stávajícím smluvním poskytovatelům, vztah k výběrovým řízením a individuálním smlouvám a stanovit odpovídající přechodná období; upravit postup pro případ nedohody v dohodovacím řízení podle § 17g; • u změn struktury a formátu dat uložit povinnost posouzení administrativních a ekonomických dopadů na poskytovatele a stanovit přiměřenou implementační lhůtu; • výslovně vymezit vztah § 17g odst. 4 k § 17 odst. 4 tak, aby pracovní skupina pro strukturu a formát dat mohla upravovat pouze technické parametry předávání dat a nemohla měnit či doplňovat pravidla vykazování zdravotních výkonů, podmínky jejich uznání k úhradě ani individuální možnost sjednat jiný způsob vykazování podle § 17 odst. 4. <u>Odůvodnění:</u> Navržený § 17g zavádí nový samostatný typ dohodovacího řízení, jehož předmětem není výše úhrad, ale pravidla kvality, efektivita a dostupnosti hrazených služeb a pravidla tvorby smluvní sítě zdravotních pojišťoven. Výsledkem řízení má být dohoda o zvláštních pravidlech kvality a dostupnosti hrazených služeb. Z pohledu poskytovatelů jde o velmi významný institut, protože výsledkem mohou být pravidla, která mohou ovlivnit vstup poskytovatele do sítě, jeho smluvní postavení i další rozvoj sítě v jednotlivých regionech. Zdravotní pojišťovny se těmito pravidly mají řídit při tvorbě své smluvní sítě, stát a územní samosprávné celky k nim mají přihlížet v rámci své zdravotnické politiky. Dohodu následně MZ posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a vydá ji jako vyhlášku. Tím se z výsledku dohody stává obecně závazný normativní rámec. Na rozdíl od dohodovacího řízení o úhradách návrh pro § 17g neupravuje rozhodčí panel ani jiný mechanismus pro případ, že dohoda nevznikne. Z textu návrhu nevyplývá, zda při nedohodě stávající pravidla zůstávají beze změny, zda může MZ	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			pravidla stanovit samo, nebo zda bude oblast do příští dohody neregulována. Tato otázka by měla být v zákoně výslovně vymezena, protože jde o podstatný prvek právní jistoty. Za nejvýznamnější riziko považuje ČLK možnost sjednávat „věcné požadavky a kritéria pro účast ve smluvní síti“ bez bližšího zákonného vymezení. Tato kritéria mohou v praxi zahrnovat personální kapacitu, ordinační dobu, technické vybavení, objem produkce, dostupnost návazné péče, geografickou polohu, kvalitativní ukazatele nebo minimální rozsah poskytovaných služeb. Pokud taková kritéria budou vydána jako vyhláška, budou fakticky rozhodovat o tom, zda poskytovatel získá nebo udrží smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou. Základní okruh kritérií a jejich limity by proto měly být stanoveny přímo zákonem. Návrh vypouští povinnost MZ provést před vydáním vyhlášek dle § 17g a § 17f test souladu s veřejným zájmem podle § 17 odst. 2. Pokud mají vyhlášky určovat podmínky úhrady hrazených služeb a konkretizovat povinnost zdravotních pojišťoven zajistit smluvní síť, musí zákon obsahovat dostatečně určitá pravidla pro jejich tvorbu. Vyhláška může zákonná pravidla rozvádět a konkretizovat, nemůže však sama stanovit podmínky, které mají přímý vliv na realizaci ústavním zákonem zaručeného práva na bezplatné poskytování zdravotní péče a práva na podnikání. V návrhu § 17g jsou použity velmi obecné pojmy, jako je „plánování a zajištění dostupnosti“, „efektivní využití zdravotnických pracovníků“, „efektivní využití vysoce nákladných zdravotnických prostředků“, „kritéria pro účast ve smluvní síti“ nebo „usměrňování rozvoje zdravotnictví podle společenských potřeb“, aniž by zákon stanovil, jak mají být tyto cíle vzájemně poměřovány a jaké hranice musí výsledná úprava respektovat. Právě v této oblasti je vhodné navázat na pojem veřejného zájmu již obsažený v § 17 odst. 2 zákona, který zahrnuje veřejný zájem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění. Tento princip však musí být pro účely tvorby smluvní sítě konkrétněji vymezen. Zákon by měl výslovně stanovit, že při tvorbě pravidel smluvní sítě musí být posuzována zejména skutečná potřeba hrazených služeb v daném území, místní a časová dostupnost, dostatečnost kapacit, kontinuita péče, kvalita a bezpečnost, personální a technické možnosti, regionální a demografická specifika, přiměřenost stanovených požadavků a zásada nediskriminace. Současně by měla být zohledněna stabilita a pluralita poskytovatelské sítě, aby pravidla bez dostatečného důvodu nevedla k vytlačování určitých typů poskytovatelů nebo k nadměrné koncentraci péče (viz předchozí námítky ČLK). Návrh nevyjasňuje, zda a jak se nová pravidla podle § 17g uplatní na stávající smluvní vztahy. Není zřejmé, zda nesplnění nově stanoveného kritéria může vést k omezení rozsahu smlouvy, neprodloužení smluvního vztahu, vyřazení určitého výkonu nebo jiné redukci smluvního vztahu. Chybí také přechodná období, pravidla pro ochranu již uskutečněných investic a možnost poskytovatele přizpůsobit se novým podmínkám. Z pohledu právní jistoty poskytovatelů je tento nedostatek zásadní. Návrh neřeší podrobně ani vztah pravidel podle § 17g k výběrovým řízením podle zákona o zdravotních službách (která zůstávají zachována) a k rámcovým smlouvám. Zvláštní pravidla kvality mohou být legitimním nástrojem řízení smluvní sítě pouze tehdy, pokud jsou objektivní, měřitelné, předem známé, odborně validované a přiměřené sledovanému cíli. Tento problém je o to vážnější, že metodika ukazatelů kvality podle § 17c odst. 3 písm. f) není v návrhu dostatečně rozpracována. Součástí § 17g je samostatná pracovní skupina pro strukturu a formát dat pro vykazování hrazených služeb, ve které má být jeden zástupce každé zdravotní pojišťovny, jeden zástupce každé skupiny poskytovatelů a zástupce MZ jako předseda. Změna datové struktury může mít významné administrativní i ekonomické dopady na poskytovatele a může nepřímo ovlivnit vykazování produkce, hodnocení kvality a efektivity i následné úhrady. Zákon by proto měl požadovat předchozí posouzení dopadů a přiměřenou implementační lhůtu. Za nejasný považujeme vztah navrženého § 17g odst. 4 k § 17 odst. 4 zákona, který návrhem zůstává nedotčen. Podle § 17 odst. 4 stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou Seznam zdravotních	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			výkonů (SZV), který vedle samotných zdravotních výkonů a jejich bodových hodnot obsahuje rovněž pravidla pro jejich vykazování. Zákon současně výslovně stanoví, že SZV se používá při vykazování zdravotních výkonů a dalších výkonů souvisejících s poskytováním hrazených služeb. Není zřejmé, kde je hranice mezi „pravidly vykazování“, která dle zákona stanoví SZV podle § 17 odst. 4, a „strukturou a formátem dat pro vykazování“, která mají být stanovena podle § 17g odst. 4. Takový stav by byl z hlediska právní jistoty poskytovatelů problematický. Oba předpisy by měly stejnou právní sílu a zákon nestanoví jejich vzájemný vztah ani pravidlo pro řešení případného rozporu. Zákon by proto měl výslovně stanovit, že dohoda podle § 17g odst. 4 může upravovat pouze technickou strukturu a formát předávání dat a nesmí měnit ani doplňovat pravidla vykazování zdravotních výkonů stanovená SZV podle § 17 odst. 4 ani jiná zákonná či podzákonná pravidla rozhodná pro vznik nároku na úhradu hrazené služby.	
ČLK	8	Z	K návrhu § § 14g a násl. + § 42 odst. 1 a 2 zákona č. 48/1997 Sb. + k navrhované změně § 45 odst. 3 písm. b) a § 65 odst. 2 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb. ČLK zásadně nesouhlasí s přeměnou Kanceláře zdravotního pojištění ze servisní a koordinační instituce zdravotních pojišťoven na subjekt s vlastními rozsáhlými kompetencemi. ČLK zásadně nesouhlasí s tím, aby Kancelář zdravotního pojištění byla oprávněna vykonávat revizní a kontrolní činnost vůči poskytovatelům, nahlížet do zdravotnické dokumentace pacientů bez jejich souhlasu a vstupovat do prostorů poskytovatele. ČLK navrhuje následující úpravu činností Kanceláře, která zachovává současný stav: <i>Kancelář zdravotního pojištění zajišťuje společné činnosti zdravotních pojišťoven v oblasti veřejného zdravotního pojištění spočívající v</i> <i>a) plnění úkolů vyplývajících pro Českou republiku z přímo použitelných předpisů Evropské unie a mezinárodních smluv v oblasti zdravotního a sociálního zabezpečení,</i> <i>b) zajišťování agendy přeshraniční zdravotní péče a mezistátního zúčtování nákladů zdravotní péče,</i> <i>c) metodické, informační a administrativní podpoře zdravotních pojišťoven při plnění společných úkolů podle písmen a) a b),</i> <i>d) správě společných informačních systémů a datových rozhraní nezbytných pro plnění úkolů podle písmen a) až c),</i> <i>e) zpracování a analýze údajů nezbytných pro plnění společných činností zdravotních pojišťoven, stanoví-li tak zákon,</i> <i>f) výkonu činnosti vnitrostátního kontaktního místa pro přeshraniční zdravotní péči.</i> <i>Kancelář zdravotního pojištění vykonává jiné společné činnosti zdravotních pojišťoven pouze tehdy, stanoví-li tak výslovně zákon. Na Kancelář zdravotního pojištění nelze bez výslovného zákonného zmocnění převést působnost, kterou právní předpis svěřuje jednotlivé zdravotní pojišťovně.</i> Dále ČLK navrhuje: • doplnit přesnější zákonné vymezení právního postavení Kanceláře; • upravit ustanovení § 14g a násl. v souladu s navrhovaným vymezením činností; • zrušit změny navrhované v § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a v § 45 odst. 3 písm. b) a § 65 odst. 2 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb.;	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			<u>Odůvodnění:</u> Navržený § 14g stanoví, že Kancelář zdravotního pojištění (dále jen „Kancelář“) je právnickou osobou, avšak její právní povahu dále jednoznačně nevymezuje. Důvodová zpráva uvádí, že Kancelář není správním úřadem ani orgánem nadřízeným jednotlivým zdravotním pojišťovnám a že zajišťuje společné zákonem vymezené činnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Toto však není vyjádřeno v textu zákona. Navrhovaný rozsah činností Kanceláře je velmi široký a otevřený. Kancelář má dle návrhu spravovat přerozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění, centrální registr pojištěnců, rozsáhlá zdravotní data, systém ukazatelů kvality a společnou revizní činnost. Výčet činností je navíc uveden slovem „zejména“ a § 14h odst. 2 umožňuje Kancelář pověřit výkonem dalších činností. Česká lékařská komora s tímto rozšířením kompetencí Kanceláře zásadně nesouhlasí, jelikož se fakticky jedná o vytvoření nového úřadu s rozsáhlými pravomocemi, aniž by byla potřeba zřízení takového orgánu veřejně komunikována a adekvátně vysvětlena a zdůvodněna. Zásadní připomínka ČLK je k § 14h odst. 1 písm. h), podle něhož Kancelář zajišťuje společnou revizní činnost na základě výsledků vyhodnocení ukazatelů kvality hrazených služeb. Důvodová zpráva sice deklaruje, že působnost Kanceláře má být pouze doplňková a koordinační a nemá nahrazovat kontrolní působnost jednotlivých zdravotních pojišťoven, tento limit však z navrhované úpravy nevyplyvá. Naopak. Navrhovaná změna § 42 odst. 1 a 2 zákona č. 48/1997 Sb. Kancelář výslovně staví vedle zdravotních pojišťoven mezi subjekty oprávněné kontrolovat využívání, poskytování a vyúčtování hrazených služeb, a to z hlediska jejich objemu a kvality, včetně dodržování cen. Kancelář má mít rovněž možnost provádět kontrolní činnost prostřednictvím informačních dat, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků a získat přístup do Centrálního úložiště elektronických receptů. Dále se nově zavádí oprávnění pověřených pracovníků Kanceláře nahlížet do zdravotnické dokumentace pacientů bez jejich souhlasu a povinnost poskytovatele umožnit vstup pracovníků Kanceláře a poskytnout potřebnou součinnost a předkládat doklady za účelem provedení kontroly (navrhované změny zákona o zdravotních službách). Nejde tedy pouze o organizační nebo metodickou koordinaci kontrol jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale podle textu zákona o přímé přiznání vlastní kontrolní působnosti Kanceláři vůči poskytovatelům hrazených služeb. ČLK zásadně nesouhlasí se zavedením kontrolních oprávnění Kanceláře, protože představuje významný zásah do již existujícího systému smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb, aniž by byla prokázána jeho nezbytnost a přiměřenost. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou ve smluvním vztahu s jednotlivými zdravotními pojišťovnami, nikoliv s Kanceláři. Práva a povinnosti smluvních stran, včetně pravidel kontrolní a revizní činnosti, jsou upraveny nejen zákonem č. 48/1997 Sb., ale také rámcovými smlouvami vydanými vyhláškou č. 618/2006 Sb., tzv. typovými smlouvami, a individuálními smlouvami uzavřenými mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Navrhovaná právní úprava do tohoto již existujícího systému vstupuje tím, že přiznává vlastní kontrolní oprávnění dalšímu subjektu, který není smluvní stranou vztahu, jehož plnění má kontrolovat. Kancelář tak má být oprávněna přímo vůči poskytovateli provádět kontrolní činnost, požadovat součinnost, vstupovat do prostor poskytovatele a nahlížet do zdravotnické dokumentace, přestože mezi ní a poskytovatelem neexistuje žádný smluvní vztah. Návrh nestanoví, jak by měla kontrolní činnost Kanceláře navazovat na kontrolní oprávnění jednotlivých zdravotních pojišťoven a na pravidla sjednaná v jejich smlouvách s poskytovateli. Zásadní je rovněž otázka odpovědnosti za kontrolní závěry a jejich finanční důsledky. Zdravotní pojišťovna je smluvním partnerem poskytovatele a případné spory týkající se úhrad zdravotních služeb jsou řešeny v rámci tohoto právního vztahu. Kancelář však smluvním partnerem poskytovatele není. Navrhovaná úprava současně vytváří riziko souběžných či opakovaných kontrol téže zdravotní péče ze strany jednotlivých zdravotních pojišťoven a Kanceláře. Poskytovatel tak může být vystaven kontrolám několika	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			subjektů, jejichž pravomoci se překrývají, aniž by zákon jasně stanovil pravidla jejich koordinace a zabránil duplicitnímu zatěžování poskytovatelů. ČLK nezpochybňuje možnost zákonodárce upravit kontrolní oprávnění subjektů působících v systému veřejného zdravotního pojištění. Takové rozšíření kontrolních pravomocí však musí být podloženo konkrétními důvody, prokazujícími, že stávající systém kontrol prováděných zdravotními pojišťovnami je nedostatečný a že sledovaného cíle nelze dosáhnout méně zatěžujícím způsobem. Důvodová zpráva by měla obsahovat analýzu nedostatků současného systému revizní činnosti, vyhodnocení nezbytnosti vytvoření dalšího kontrolního subjektu, posouzení dopadů na existující smluvní vztahy a vyhodnocení administrativních, personálních a ekonomických nákladů, které rozšíření kontrolních oprávnění přinese poskytovatelům zdravotních služeb. Stejně tak by měla být posouzena přiměřenost navrhovaných oprávnění, zejména práva Kanceláře nahlížet bez souhlasu pacienta do zdravotnické dokumentace a požadovat přímou součinnost poskytovatelů. Tato oprávnění představují zásah nejen do právního postavení poskytovatelů, ale také do ochrany citlivých osobních údajů pacientů. Z předloženého odůvodnění návrhu přitom nevyplývá, proč by deklarovaného cíle, kterým je koordinace a zvýšení efektivity revizní činnosti, nebylo možné dosáhnout prostřednictvím stávajících zdravotních pojišťoven, zejména sdílením analytických výstupů, společnou metodikou nebo koordinací kontrol při zachování jejich dosavadní odpovědnosti. Pokud má být Kanceláři svěřena koordinační a analytická role, je nezbytné ji v zákoně jednoznačně vymezit tak, aby vlastní kontrolní a revizní činnost vůči poskytovatelům nadále vykonávaly zdravotní pojišťovny jako jejich smluvní partneři, podle pravidel stanovených právními předpisy a příslušnými smlouvami. Podle § 14i má Kancelář sama vytvářet a zveřejňovat metodiku ukazatelů kvality a podle této metodiky následně ukazatele vytvářet, spravovat, měřit a vyhodnocovat. Teprve informace o výsledcích měření a vyhodnocení se mají zveřejnit po projednání se zástupci příslušné odborné společnosti, zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Zákon tedy nezajišťuje účast zástupců poskytovatelů ani zástupce profesního sdružení (ČLK) při tvorbě samotné metodiky, ačkoliv právě metodika určuje srovnatelnost poskytovatelů, způsob korekce na strukturu pacientů, závažnost případů, komorbiditu, malé počty nebo regionální odlišnosti a ve svém důsledku má tedy přímý vliv na provozování lékařských praxí a na výkon povolání lékaře. Důvodová zpráva současně předpokládá, že ukazatele budou sloužit také jako podklad pro analytickou, úhradovou a revizní činnost. Na tvorbě a změnách metodiky a na odborném vyhodnocování výsledků hodnocení kvality, ať je bude provádět kdokoli, by se měla podílet Česká lékařská komora, která zajišťuje zastoupení profesní samosprávy lékařů a širší odborný pohled na dopady hodnocení kvality na výkon lékařského povolání. Řešením by mohlo být vytvoření stálého odborného metodického orgánu pro ukazatele kvality, jehož členem bude vždy zástupce České lékařské komory a který se bude podílet na tvorbě, změnách a odborném vyhodnocování metodiky a jejích výsledků. Samotná konzultace až po vytvoření metodiky není dostačující.	
ČLK	9	Z	K návrhu změn zákonů č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb.: ČLK zásadně nesouhlasí s navrhovanou změnou způsobu obsazování správní a dozorčí rady VZP ČR a se změnami navrženými pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. ČLK požaduje vypuštění navrhovaných změn a zachování stávající právní úpravy. <u>Odůvodnění:</u>	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			Návrh zásadně mění způsob určování personálního složení orgánů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, kdy má být dosavadní třicetičlenná správní rada, tvořená deseti členy jmenovanými vládou a dvaceti členy volenými Poslaneckou sněmovnou PČR podle principu poměrného zastoupení politických stran, nahrazena devítičlennou správní radou. Tři členy má jmenovat vláda, tři členy mají společně volit zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné a tři členy zaměstnanci a osoby bez zdanitelných příjmů. Obdobný princip se uplatní i při volbě části členů dozorčí rady. Navrhovaná změna představuje zásadní zásah do systému řízení zejména Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR), aniž by MZ jakkoli doložilo jeho potřebnost, přínosy a rizika. Důvodová zpráva pouze obecně uvádí vysokou míru politizace rozhodování, nízký vliv plátců pojistného a potřebu většího sjednocení institucionálního nastavení zdravotních pojišťoven, nepředkládá však žádnou konkrétní analýzu, v čem stávající systém selhává, jaké konkrétní nedostatky má nový model odstranit a proč má být právě navržený způsob obsazování orgánů vhodnějším řešením. Takto zásadní změně nepředchází ani vyhodnocení dosavadního fungování obdobného systému přímých voleb u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Chybí údaje o volební účasti, počtu a struktuře kandidátů, informovanosti pojištěnců, koncentraci hlasovací síly největších zaměstnavatelů, praktických zkušenostech s fungováním volených orgánů a případných střetech zájmů. Důvodová zpráva rovněž neobsahuje srovnání alternativních variant ani analýzu rizik spojených s přenesením tohoto modelu na VZP ČR. ČLK považuje za zvlášť závažné, že navržený model vytváří vysoké riziko faktického a obtížně kontrolovatelného vlivu ekonomicky silných plátců pojistného na personální obsazení orgánů zdravotních pojišťoven. U zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných není hlasovací síla založena na principu rovnosti hlasů, ale přímo na objemu pojistného odvedeného příslušné zdravotní pojišťovně. Čím větší objem pojistného zaměstnavatel odvádí, tím větší je jeho faktická volební síla. Toto riziko je mimořádně významné v oblasti zdravotnictví. Velký smluvní poskytovatel zdravotních služeb může být současně významným zaměstnavatelem a významným plátcem pojistného. Na jedné straně tak vystupuje jako příjemce prostředků veřejného zdravotního pojištění a smluvní partner zdravotní pojišťovny, na straně druhé může prostřednictvím své ekonomické síly získat významný vliv na volbu členů orgánů zdravotní pojišťovny, které následně rozhodují o otázkách s přímým ekonomickým dopadem na poskytovatele. ČLK považuje navržené pojistky střetu zájmů za zcela nedostatečné. Formální vyloučení některých vedoucích zaměstnanců, statutárních orgánů nebo jiných přímo propojených osob z členství v orgánech zdravotní pojišťovny neřeší samotný mechanismus vlivu na volbu těchto orgánů. Ekonomicky silný subjekt nemusí mít v orgánu svého zaměstnance nebo statutárního zástupce, aby prostřednictvím své volební síly podporoval kandidáty, kteří jsou mu názorově, personálně nebo ekonomicky blízcí. Právní úprava přitom neobsahuje účinný mechanismus, který by takový nepřímý vliv dokázal identifikovat, omezit nebo následně kontrolovat. Riziko koncentrace vlivu dále zvyšuje výrazné snížení počtu členů správních rad. U VZP ČR se počet členů správní rady má snížit z 30 na 9 a u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven z 15 na 9. V takto malém orgánu má každý jednotlivý mandát podstatně vyšší význam a relativně malý počet osob může získat rozhodující vliv na fungování zdravotní pojišťovny. To je zvlášť významné vzhledem k tomu, že se současně rozšiřují kompetence správních rad.	

Připomínkové místo	Č. př.	Z/D	Připomínky včetně odůvodnění	Vypořádání
			Správní rady mají rozhodovat mimo jiné o zdravotně pojistném plánu, objemu úhrad poskytovatelům, zásadách smluvní politiky, nastavení úhrad a smluvních vztahů mimo rámec dohodovacího řízení a dalších otázkách zásadního ekonomického významu. Další výhradou je nedostatečná úprava informování o volbách a kandidatuře. Má-li být legitimita orgánů založena na přímé účasti plátců pojistného, musí být zajištěna skutečná a široká informovanost oprávněných voličů i potenciálních kandidátů. Pouhé zveřejnění informace způsobem umožňujícím dálkový přístup samo o sobě nezajišťuje, že se o volbách dozví reprezentativní část pojištěnců a plátců pojistného. ČLK má výhrady také k požadavkům na kandidáty. Návrh stanoví především formální podmínky kandidatury, nikoli však požadavek relevantní odborné zkušenosti v oblasti veřejného zdravotního pojištění, zdravotnictví, ekonomiky, práva nebo řízení organizací. Vzhledem k rozsahu kompetencí správních a dozorčích rad a jejich odpovědnosti za správu veřejných prostředků považuje ČLK tuto absenci za významný nedostatek. Návrh navíc není koncepčně konzistentní ani z hlediska deklarovaného omezení politického vlivu. Zatímco u VZP ČR se přímé zastoupení Poslanecké sněmovny ve správní radě ruší a je nahrazováno především volbou plátců pojistného, u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven se naopak nově zavádějí tři členové dozorčí rady volení Poslaneckou sněmovnou podle principu poměrného zastoupení politických stran. Důvodová zpráva tento nový politický prvek věcně neodůvodňuje. ČLK nepovažuje za podložené ani obecné tvrzení uvedené v důvodové zprávě, že snížení počtu členů správních rad zvýší jejich operativnost a efektivitu. Takový závěr není v důvodové zprávě podložen konkrétní analýzou a současně není vysvětleno, jak bude při výrazném zmenšení orgánu zachována dostatečná reprezentativnost, pluralita a odolnost vůči koncentraci vlivu. Současně důvodová neobsahuje žádné důkazy o tom, že stávající složení správní a dozorčí rady VZP ČR činí tyto orgány neefektivní a neoperativní. Fungování VZP ČR v porovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami prokazuje opak. Návrh podle názoru ČLK přináší zásadní změnu systému, která je vysoce riziková, bez odpovídající analýzy její potřeby a bez dostatečného vyhodnocení rizik a jako taková by měla být odmítnuta.	

V Praze dne 12.10.2026

Za Českou lékařskou komoru MUDr. Milan Kubek

Kontaktní údaje osoby pověřené vypořádáním zásadních připomínek (*jméno, příjmení, e-mail*): Mgr. Daniel Valášek, MBA, pravni3@clkcr.cz