

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
Odborový svaz zdravotnictví a sociálních služeb České republiky	1	Z	OSZSP ČR návrh zákona odmítá jako celek, zásadně nesouhlasí s navrhovanou reformou veřejného zdravotního pojištění. Podstatou našich výhrad není odpor proti modernizaci systému, ale nesouhlas s jeho postupnou přeměnou na model, v němž budou o dostupnosti, organizaci a financování zdravotní péče ve stále větší míře rozhodovat zdravotní pojišťovny. Za nejzávažnější důvody pro odmítnutí zákona jako celku považujeme následující: 1. Oslabení odpovědnosti státu za dostupnost zdravotní péče Zajištění dostupné a kvalitní zdravotní péče je základní odpovědností státu. Článek 31 Listiny základních práv a svobod garantuje občanům právo na ochranu zdraví a na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči za podmínek stanovených zákonem. Navrhovaná reforma však posiluje rozhodovací pravomoci zdravotních pojišťoven nejen v oblasti financování, ale také při organizaci zdravotních služeb, vytváření sítě poskytovatelů a určování potřebných kapacit. Stát může některé činnosti svěřit jiným subjektům, nemůže se však zbavit své odpovědnosti za reálné naplňování ústavně zaručených práv občanů. Odmítáme takovou změnu systému, při níž stát ztrácí přímé nástroje k zajištění dostupnosti zdravotní péče, aniž by byly vytvořeny stejně účinné mechanismy veřejné kontroly a nápravy. Návrh narušuje rovnováhu mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli, pojištěnci a státem ve prospěch zdravotních pojišťoven. Státu přitom musí zůstat dostatečné pravomoci k prosazování veřejného zájmu, ochraně pacientů a zajištění kvalitní a dostupné péče. 2. Střet zájmů – ekonomické zájmy zdravotních pojišťoven Zdravotní pojišťovny mají povinnost hospodařit efektivně a udržovat finanční stabilitu. Jejich ekonomické zájmy však mohou být v příkrém rozporu se zájmy pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb. Zatímco pro zdravotní pojišťovnu může být ekonomicky výhodné omezit náklady či snížit objem nasmlouvané péče, pro pacienta je naopak takové rozhodnutí v rozporu s jeho právem na dostupnost zdravotní péče, neboť může znamenat delší čekací dobu, zhoršenou místní dostupnost péče nebo omezení možností výběru poskytovatele. Tento systémový střet zájmů zdravotních pojišťoven nelze odstranit pouhým deklarováním jejich odpovědnosti.	

		Veřejné zdravotní pojištění nemůže být řízeno podle ekonomických zájmů institucí, které spravují jeho prostředky. Rozhodujícím kritériem musí být potřeby pacientů a povinnost státu zajistit dostupnost zdravotní péče. 3. Nedostatečné záruky účelného využití prostředků veřejného zdravotního pojištění Prostředky veřejného zdravotního pojištění pocházejí z povinných odvodů zaměstnanců, zaměstnavatelů, dalších plátců pojistného a ze státního rozpočtu. Nejedná se tedy o prostředky, s nimiž by zdravotní pojišťovny měly mít právo nakládat podle vlastních ekonomických priorit bez předem definovaných zákonných omezení. Zdravotní pojišťovny jsou správci těchto prostředků, nikoli jejich konečnými příjemci. Považujeme proto za nepřijatelné, aby reforma rozšiřovala jejich rozhodovací autonomii bez odpovídajících záruk, že vybrané prostředky budou skutečně využívány k zajištění zdravotní péče. Finanční stabilita zdravotních pojišťoven nesmí být dosahována na úkor dostupnosti zdravotních služeb. Návrh zákona postrádá účinné mechanismy, které zabrání neodůvodněnému zadržování prostředků v situaci, kdy pacienti čekají na péči a zdravotnická zařízení nemají dostatek financí na její poskytování. 4. Nepřiměřená koncentrace rozhodovací moci Navrhované rozšíření kompetencí zdravotních pojišťoven může vést k mimořádné koncentraci ekonomické a faktické rozhodovací moci. Pojišťovny by získaly významnější vliv nejen na výši úhrad, ale také na podobu sítě zdravotnických zařízení, rozsah poskytovaných služeb a personální zabezpečení péče. Tato rozhodnutí přitom zásadním způsobem ovlivňují život občanů, fungování nemocnic a dalších zdravotnických zařízení i pracovní podmínky zaměstnanců. O zásadních otázkách zdravotní politiky nemohou rozhodovat převážně instituce, jejichž primární úlohou je správa a financování veřejného zdravotního pojištění. Takové uspořádání vyžaduje mimořádně silnou veřejnou kontrolu, transparentnost a jasně vymezenou odpovědnost. 5. Problematické postavení Kanceláře zdravotního pojištění Pokud má Kancelář zdravotního pojištění získat významné analytické, koordinační a metodické kompetence, musí být zajištěno, aby její činnost nepodléhala jednostrannému vlivu zdravotních pojišťoven. Zákon neřeší, kdo bude kontrolovat její činnost, rozhodovací postupy či využívání dat. Kancelář nemůže být současně institucí, která vytváří podklady pro zásadní rozhodnutí o podobě zdravotnictví, a přitom podléhá především subjektům, jejichž ekonomické zájmy se těchto rozhodnutí přímo týkají. Odmítáme vytváření dalšího mocenského centra bez odpovídající veřejné kontroly a účinného zastoupení zájmů pacientů.	
--	--	--	--

		6. Nedostatečné zastoupení a ochrana pacientů Zásadní otázkou reformy je postavení pacienta. Pacienti jsou hlavními příjemci zdravotních služeb a veřejné zdravotní pojištění existuje především proto, aby byla zajištěna jejich zdravotní péče. Přesto navrhovaný model staví do centra rozhodování především zdravotní pojišťovny a poskytovatele. Návrh zákona neřeší základní otázky: • Kdo bude při rozhodování o dostupnosti zdravotní péče účinně zastupovat pacienty? • Jak budou chráněna práva pacientů při změnách sítě poskytovatelů? • Jaké prostředky ochrany budou mít při zhoršení dostupnosti péče? • Kdo ponese odpovědnost, pokud zdravotní pojišťovna nezajistí potřebnou zdravotní službu? • Jak bude možné přezkoumat rozhodnutí, která budou mít zásadní dopad na dostupnost zdravotní péče? Bez přesvědčivých odpovědí nelze považovat navrhované uspořádání za dostatečně vyvážené. 7. Riziko ekonomicky motivované redukce zdravotnické sítě Rozšíření působnosti zdravotních pojišťoven při organizaci a financování zdravotní péče může vést k posilování jen ryze ekonomických kritérií při rozhodování o síti poskytovatelů. Koncentrace péče může být v některých případech odborně odůvodněná a přínosná, nesmí však být primárně nástrojem úspor. Při rozhodování o síti poskytovatelů musí být zohledněny také geografická dostupnost, dopravní obslužnost, věková struktura obyvatel, sociální podmínky a skutečné potřeby pacientů. Zvláštní pozornost musí být věnována venkovským oblastem, seniorům, osobám se zdravotním postižením a dalším zranitelným skupinám obyvatel. Odmítáme, aby ekonomická efektivita zdravotních pojišťoven získala přednost před dostupností zdravotní péče. 8. Ohrožení stability poskytovatelů a pracovních podmínek zaměstnanců Navrhovaná změna systému může významně negativně ovlivnit zaměstnance zdravotnických zařízení. Rozhodování zdravotních pojišťoven o smluvních kapacitách, objemu péče a výši úhrad má přímý dopad na personální zabezpečení zdravotních služeb, pracovní zatížení zaměstnanců i jejich odměňování. Pokud budou zdravotní pojišťovny získávat větší vliv na organizaci péče, aniž by byly současně stanoveny dostatečné garance financování personálních nákladů, může se dále prohloubit tlak na zaměstnance. České zdravotnictví se přitom dlouhodobě potýká s nedostatkem zdravotnického personálu. Reforma financování nesmí vytvářet další tlak na snižování personálních nákladů a zhoršování pracovních podmínek. 9. Nedostatečné mechanismy veřejné kontroly a odpovědnosti	
--	--	---	--

		Rozšíření pravomocí zdravotních pojišťoven není v návrhu zákona doprovázeno odpovídajícím posílením jejich odpovědnosti. Nestačí deklarovat, že zdravotní pojišťovny budou odpovědné za dostupnost a kvalitu zdravotní péče. Chybí jednoznačné stanovení: • kdo bude jejich rozhodnutí kontrolovat; • podle jakých kritérií bude posuzováno plnění jejich povinností; • kdo bude oprávněn zasáhnout při jejich nečinnosti; • jaké sankce budou uplatňovány při porušení zákonných povinností; • jak budou chráněna práva pacientů. Bez těchto záruk hrozí vznik systému, v němž budou zdravotní pojišťovny disponovat rozsáhlými pravomocemi, ale odpovědnost za případné nedostatky bude obtížně vymahatelná. 10. Nedostatečný vliv státu v orgánech zdravotních pojišťoven Nelze souhlasit s navrhovaným omezením vlivu státu ve správní radě VZP ČR. Stát je významným plátcem pojistného za zákonem vymezené skupiny osob (státní pojištěnce) a současně nese odpovědnost za ochranu chráněných skupin obyvatel (dětí, důchodců a osob se zdravotním postižením atd.). Je proto nezbytné zachovat výraznější zastoupení státu v řízení VZP ČR. 11. Omezení možnosti státu ovlivňovat úhrady ve veřejném zájmu Navrhovaná úprava dohodovacího řízení váže financování péče primárně na výsledky vyjednávání zdravotních pojišťoven a poskytovatelů a omezuje možnost státu napravovat konečným rozhodnutím jeho výsledky s ohledem na veřejný zájem a povinnosti státu vyplývající z čl. 31 ústavní Listiny základních práv a svobod. Stát musí mít účinné nástroje k řešení nedostatečného financování, ohrožení dostupnosti či kvality péče a nedostatku personálu. Nastavení úhrad mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami nesmí vést k tomu, že zdravotní péče a její personální zajištění zůstanou bez odpovídajícího financování. 12. Riziko nahrazování stabilní sítě péče mobilními zařízeními U mobilních zdravotnických zařízení existuje obava, aby se nestala prostředkem nahrazujícím dlouhodobě chybějící ordinace praktických lékařů, pediatrů a ambulantních specialistů v regionech. Mobilní pracoviště mohou být sice užitečným doplňkem, nemohou však bez dalšího zajistit stejnou kontinuitu a pravidelnost péče jako stabilní síť poskytovatelů. Jejich zavedení nesmí fakticky oslabit odpovědnost zdravotních pojišťoven za místní a časovou dostupnost hrazených služeb. 13. Nejasné rozdělení datových a analytických kompetencí V souvislosti s navrhovaným zakotvením analytických a statistických činností Kanceláři zdravotního pojištění je třeba vzít v úvahu činnosti, které má ve své gesci ÚZIS. Je třeba doložit, proč mají být jednotlivé činnosti svěřeny Kanceláři a zda by některé neměly	
--	--	---	--

			zůstat v gesci ÚZIS. Rozdělení kompetencí musí zabránit duplicitám, rozdílným metodikám a další administrativní zátěži.	
--	--	--	---	--