

§ 17 (seznam zdravotních výkonů, úhradová vyhláška, rámcové smlouvy)

Připomínkové místo	D/Z	Znění připomínky	Vypořádání připomínky
Sdružení ambulantních specialistů ČR		<p>Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění</p> <p><u>§ 17, odst. (4)</u></p> <p>Důrazně nesouhlasíme se záměrem zrušit Seznam výkonů. Víme, že jsou segmenty, kde již není užíván, pro AS a jejich péči jde ale o základní dokument, jehož zrušení by se mohlo stát příčinou zhroucení či podstatného zkomplikování poskytování tohoto typu péče.</p> <p>Seznam výkonů považujeme za jeden ze základních kamenů pro úspěšné poskytování naší péče. Vzhledem k počtu výkonů, které běžná ambulance při své práci vykazuje, si jsme jisti, že jakákoli změna směrem k jiným pravidlům, by znamenala jen komplikaci a zbytečný nárůst administrativní zátěže AS.</p>	Akceptováno.
Sdružení ambulantních specialistů ČR		<p>Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění</p> <p><u>§ 17, odst. (5)</u></p> <p>Nevidíme důvod ke změně tohoto ustanovení, resp. doplnění textu : „včetně celkové výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb“ resp. textu „včetně celkové výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb“.</p> <p>Pokud je záměrem stanovit maximální celkovou výši úhrad za léčivé přípravky, nabízí se otázka, co se má přesně dít dále, pokud poskytovatel této maximální výše úhrady dosáhne. Opět jde o věc, která nikterak nebyla diskutována, takže záměru ministerstva lze se pouze domýšlet.</p>	Akceptováno.
Asociace nemocnic ČR	Z	<p>K § 15 odst. 5</p> <p>Požadujeme zachovat stávající ustanovení §15 (5), bez navrženého doplnění o text „včetně celkové výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb“, uvedený ve větě první a větě páté návrhu novely. Zastropování celkové výše úhrad za léčivé přípravky by znemožnilo úhradu a následně poskytování péče lege artis pro vzácná onemocnění uvedená v bodě 2.2.1 přílohy č. 1 úhradové vyhlášky (včetně léčby cystické fibrózy a spinální svalové atrofie) a dále použití léčivých přípravků pro</p>	Akceptováno.

		onemocnění COVID-19 a hemofilii, které jsou vyjmuty z paušálních plateb a tedy zastropování (přílohač. 12 k vyhlášce č. 319/2023 Sb.). Rozšíření výčtu onemocnění/léčivých přípravků uvedené v přílohách č. 1 a č. 12 vyhlášky č. 319/2023 Sb., bylo právě na základě zkušenosti, že pro vzácná onemocnění nebo COVID-19 nelze relevantně odhadnout náklady, a tedy také stanovit úhradový strop.	
Asociace nemocnic ČR	Z	<p>K § 17 odst. 5</p> <p>Zásadní námitka k výslovnému zmocnění MZČR k regulaci celkové výše úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování zdravotních služeb. Pokud navrhovaná změna cílí na regulaci celkové výše použitých LP a ZP bude se jednat o duplicitní regulaci. V ambulantní péči je již nyní omezována hodnoty péče a v lůžkové péči hrazené podle klasifikace CZ DRG je zaveden systém materiálových "outlayerů". Celkové materiálové náklady jsou v ambulanci prakticky navyšovány shodným tempem, jako je navyšována celková úhrada, plus případné navýšení za ambulantní nadprodukcí. V lůžkové péči je regulována průměrná spotřeba materiálu na hospitalizační případ, což umožňuje PZS navyšovat počty případů. V paušální hospitalizační úhradě je podobný režim jako v ambulantním paušálu.</p> <p>Při regulace preskripce je PZS dána možnost namítnat její uplatnění v případech kdy byla preskripce nezbytná, vzhledem k poskytování zdravotní služby.</p> <p>Z návrhu není zcela zřejmé, jak se toto rozšíření regulací promítne do mechanismu úhrad, ale zavést podobný mechanismus regulace, který platí u LP hrazených podle kapitoly 2.2. "Úhradové vyhlášky" na všechna léčiva a současně na ZP by představovalo, přenést problémy s finančním krytím nákladů poskytovatelů na tzv. centrová LP do veškeré péče.</p> <p>Dále navrhujeme zavést mechanismus vykázání veškerých použitých LP a PZ při poskytování zdravotních služeb, které nespádají do lékového paušálu nebo PMAT nebo zvlášť účtovaných a jejichž vykázání brání pouze administrativní překážky (např. neuvedení v číselnících ZP).</p>	Akceptováno.
Asociace nemocnic ČR	Z	<p>K § 17 odst. 6</p> <p>Nesouhlasíme se zrušením lékového paušálu bez náhrady. Argument, že ZP tuto úhradu nevalorizují, není v souladu se zájmy poskytovatelů, kteří v kalkulacích používají lékový paušál k úhradě nákladů za LP a zdravotnický materiál nevykázaný jako zvlášť účtovaný ani nezohledněný v PMAT. Jedná se tedy o adresnou úhradu režijních nákladů.</p> <p>S lékovým paušálem je počítáno i při stanovení ICB (individuální ceny bodu). V případě zrušení, navrhujeme zvýšení hodnoty ošetrovacích dnů, ke kterým je lékový paušál přiřazen.</p>	<p>Neakceptováno. Vysvětleno.</p> <p>Zrušení povinné úhrady prostřednictvím lékového paušálu neznemožňuje jeho využití např. při kalkulaci úhrady za ošetrovací den nebo jeho smluvní sjednání se zdravotní pojišťovnou v rámci úhradového dodatku. Celková úhrada za ošetrovací dny nebude změnou nijak dotčena.</p>

<p>Česká stomatologická komora</p>	<p>Z</p>	<p>§ 17 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb.</p> <p>doplnit text takto:</p> <p>..., hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, a to případně včetně celkové výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb, ...</p> <p>Navržené doplnění obsahu dohodovacího řízení a zmocnění k regulaci celkové výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování zdravotních služeb je formulováno tak, jako by se jednalo o povinnou součást dohodovacího řízení a úhradové vyhlášky ve všech segmentech, nikoliv jen v oblasti centrových léčiv, které jsou zmíněny v odůvodnění (odůvodnění navržené změny je celkově nedostatečné: zmiňuje pouze centrová léčiva, úprava se však má týkat obecně léčivých přípravků a navíc i zdravotnických prostředků).</p> <p>Jde o to, aby nově upravené „zmocnění“ nezpůsobilo, že se limity pro léčiva a zdravotnické prostředky budou sjednávat, resp. stanovovat úhradovou vyhláškou i tam, kde se to dosud nedělo.</p>	<p>Akceptováno jinak.</p> <p>Změna ustanovení vypuštěna.</p>
<p>Sdružení praktických lékařů České Republiky</p>		<p>Připomínky SPL ČR 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 některé další zákony - Změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění</p> <p>K ustanovení §17 odst.4</p> <p>Nesouhlasíme se zrušením vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.</p> <p>Vzhledem k tomu, že ani z navrženého znění změny zákona a ani z důvodové zprávy nejsme schopni přesněji porozumět plánovanému záměru ani tomu, jak by dle představ předkladatele měla v případě přijetí této změny celá věc fungovat, nemůžeme se k tomuto vyjádřit podrobně. Věc nebyla se zástupci poskytovatelů diskutována, takže představa ministerstva je pro nás poněkud mlhavá...</p>	<p>Akceptováno.</p>
<p>Sdružení praktických lékařů České Republiky</p>		<p>K ustanovení §17 odst.5</p> <p>Nevidíme důvod ke změně tohoto ustanovení, resp. doplnění textu : „včetně celkové výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb“ resp. textu „včetně celkové výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb“.</p> <p>Pokud je záměrem stanovit maximální celkovou výši úhrad za léčivé přípravky, nabízí se otázka, co se má přesně dít dále, pokud poskytovatel této maximální výše úhrady dosáhne. Opět jde o věc, která nikterak nebyla diskutována, takže záměru ministerstva lze se pouze domýšlet.</p>	<p>Akceptováno.</p>

<p>Česká lékařská komora</p>	<p>Z</p>	<p>Česká lékařská komora (dále také jen ČLK) se vyjadřuje zejména k těm navrhovaným změnám, které se dotýkají členů ČLK – lékařů, resp. poskytovatelů, nebo se dotýkají kompetence ČLK.</p> <p>1) ČLK <u>nesouhlasí</u> návrhem změny ustanovení § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., kterou je navrhováno zrušení zvláštní části vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a s dalšími změnami, které s tímto návrhem souvisí.</p> <p><u>Odůvodnění:</u></p> <p>Úkolem Ministerstva zdravotnictví je nastavit cenu za zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění tak, aby poskytovatelům pokryla nutně vynaložené náklady a současně vytvářela prostor pro tvorbu přiměřeného zisku. Ústavní soud ve svých rozhodnutích již konstantně deklaruje, že protiústavní je takové nastavení ceny za hrazené zdravotní služby, které by vedlo k přenášení nákladů na poskytovatele (Pl. ÚS 19/13, Pl. ÚS 3/2000, IV. ÚS 2545/16, II. ÚS 565/21). Nástroji k dodržení ústavněprávních principů při tvorbě ceny za hrazené služby jsou vyhláška č. 134/1998 Sb. (seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami) a úhradové vyhlášky. Pro správné nastavení ceny ve vztahu ke skutečným nákladům je klíčová právě zvláštní část vyhlášky č. 134/1998 Sb. v platném znění, která obsahuje výčet výkonů s konkrétními bodovými hodnotami, které vyjadřují předpokládané průměrné náklady na provedení jednotlivých výkonů v korunách. Bodová hodnota výkonu v SZV je pro významnou část smluvních poskytovatelů určující pro stanovení ceny za hrazený výkon (regulovaná cena = počet bodů x hodnota bodu).</p> <p>Na straně poskytovatelů je proto zcela zásadní, aby tato část vyhlášky č. 134/1998 Sb. zůstala součástí obecně závazného právního předpisu a její změny procházely standardním procesem, včetně připomínkového řízení. Zákon o veřejném zdravotním pojištění předpokládá, že povinnou součástí smlouvy o poskytování a úhradě hrazené péče je výčet zdravotních výkonů ze seznamu zdravotních výkonů vydávaného vyhláškou. Jak již bylo uvedeno, konkrétní bodové ohodnocení výkonů v SZV je v ambulantní sféře podkladem pro určení ceny za hrazené služby. Bodové ohodnocení výkonů obsažené ve zvláštní části vyhlášky č. 134/1998 Sb. platné v daném kalendářním roce je faktickou součástí dohody o ceně, kterou smluvní poskytovatelé se zdravotními pojišťovnami každoročně uzavírají. Smluvní poskytovatelé musí mít jistotu, že tyto podmínky nebudou v průběhu kontraktu měněny. I proto je důležité, aby změny bodového ohodnocení výkonů, nebo jiné změny provedené v kalkulaci výkonů podléhaly veřejné kontrole, byly prováděny vždy od 1. ledna daného roku, platily po celé úhradové období a byly dopředu známy oběma smluvními stranám – smluvním poskytovatelům i zdravotním pojišťovnám. Smluvní</p>	<p>Akceptováno.</p>
-------------------------------------	----------	--	----------------------------

		<p>poskytovatelé současně potřebují mít jistotu, že seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v konkrétní podobě bude závazný i pro zdravotní pojišťovny, pokud se se zdravotní pojišťovnou nedohodnou na jiném způsobu vykazování a úhrady.</p> <p>Z výše uvedených důvodů se nelze ztotožnit s argumentací, že zvláštní část vyhlášky č. 134/1998 Sb. je pouhým administrativním ceníkem, který nemá být vydáván formou vyhlášky, jak je uvedeno v důvodové zprávě k předloženému návrhu. Jedná se o součást smluvních vztahů v oblasti hrazené péče, pokud se zdravotní pojišťovna a poskytovatel nedohodnou jinak, a proto je třeba formu obecně závazného právního předpisu zachovat. Pokud je argumentováno časovými prodlevami se zaváděním nových výkonů do SZV, pak toto lze nepochybně vyřešit častějšími novelizacemi SZV prováděnými v průběhu kalendářního roku. Ostatně situace, kdy byl SZV novelizován i v průběhu roku není nijak nová. Nutno dodat, že časová prodleva při zavádění nových výkonů, nebo při změně výkonů, je často způsobena procesem projednávání v pracovní skupině k SZV. Změna zvláštní části SZV na nezávaznou on-line databázi nepochybně tento problém nevyřeší, pokud má být projednávání návrhů v pracovní skupině k SZV zachováno. Argumentaci, že se proces urychlí, pokud nebude třeba procházet připomínkovým řízením a připomínky dotčených subjektů vypořádávat, nelze v situaci, kdy se obsah změn dotčených stran přímo dotýká, akceptovat. Vyloučení připomínkového řízení týkajícího se dosavadní zvláštní části seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s tím, že ministerstvo bez zjištění stanoviska poskytovatelů zdravotních služeb i zdravotních pojišťoven úřednický administrativně rozhodne o ceně hrazených služeb považujeme za zcela nepřijatelné.</p>	
Česká lékařská komora	Z	<p>ČLK nesouhlasí s navrhovanou změnou ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., kdy se navrhuje, aby v úhradové vyhlášce mohla být stanovena celková výše úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb.</p> <p><u>Odůvodnění:</u></p> <p>Ministerstvo zdravotnictví odůvodňuje návrh potřebou zastopovat ve vztahu ke smluvním poskytovatelům celkové náklady na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb úhradovou vyhláškou, přičemž považuje za žádoucí dát k takovému kroku MZ do zákona výslovné zmocnění. Ministerstvo současně uvádí, že <i>tyto náklady jsou již nyní v úhradové vyhlášce regulovány, přičemž zmocnění k jejich regulaci se odvozuje za prvé ze zmocnění k regulačním omezením (limitování preskripce léčivých přípravků a zdravotnických prostředků), za druhé ze zmocnění k regulaci výše úhrady, nicméně výslovné uvedení zmocnění k regulaci celkové výše úhrad za léčivé přípravky a</i></p>	Akceptováno.

		<p><i>zdravotnické prostředky se jeví jako vhodnější postup z hlediska jednoznačnosti právní úpravy.</i></p> <p>Česká lékařská komora se zastropováním celkových nákladů na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb zásadně nesouhlasí. Důvodem je nastavení smluvního závazku mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, kdy je smluvní poskytovatel povinen ošetřit všechny pojištěnce dané zdravotní pojišťovny a poskytnout jim v rámci smluvního závazku bezplatně veškerou indikovanou hrazenou péči, přičemž současně není oprávněn vybírat za hrazené zdravotní služby od pojištěnců žádnou úhradu. Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky jsou součástí hrazené péče a zdravotní pojišťovny musí poskytovatelům uhradit veškeré náklady, které na jejich použití při poskytování hrazených zdravotních služeb vynaložili. Tyto náklady jsou nyní i v rámci regulačních limitů zohledňovány jako tzv. korunové položky v plné hodnotě. Krácení úhrady za skutečně vynaložené náklady není přípustné, resp. je protiústavní. Z praxe víme, že jakékoli nastavování úhradových limitů pro hrazenou péči v praxi negativně dopadá na smluvní poskytovatele, kteří se v případě překročení limitu dostávají do neřešitelné situace, protože zdravotní pojišťovny na žádosti o navýšení limitu buď nereagují, nebo jej odmítají, a poskytovatel nemá možnost pojištěnce, kterého převzal do péče, z důvodu překročení limitu odmítnout. Nutno doplnit, že důvodová zpráva sice v souvislosti s navrhovanou změnou zmiňuje pouze centrové léky, nicméně návrh změny zákona je obecný a oprávnění nastavit strop úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky použité při poskytování hrazených služeb nijak nelimituje.</p> <p>Nutno souhlasit s ministerstvem v tom, že současné zákonné zmocnění skutečně neobsahuje oprávnění ministerstva stanovit pro individuální poskytovatele celkovou úhradu za hrazenou péči. Obcházení této situace přes regulační omezení působí v praxi značné problémy a nerovnosti. Pokud by mělo být ministerstvo oprávněno v úhradové vyhlášce stanovit strop úhrady na jakékoli hrazené služby, pak musí být v zákoně i ve smlouvách se zdravotními pojišťovnami jasně zakotveno, že smluvní poskytovatel je oprávněn při dosažení úhradového limitu ukončit poskytování hrazené péče pojištěncům dané zdravotní pojišťovny, nebo si od pojištěnců vyžádat za péči poskytnutou nad úhradový limit přímou úhradu. Takovou změnu však ministerstvo nenavrhuje.</p>	
Česká lékařská komora	Z	<p>ČLK navrhuje následující úpravu ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.:</p> <p><i>(5) Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních</i></p>	<p>Neakceptováno. Vysvětleno.</p> <p>Uvedený princip je na základě judikatury plně aplikovatelný v individuálních případech na základě posouzení jejich</p>

		<p>pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. <u>Výše úhrady za hrazené zdravotní služby stanovená úhradovou vyhláškou musí i při uplatnění regulačních omezení poskytovatelům pokrýt účelně vynaložené náklady a vytvářet prostor pro tvorbu přiměřeného zisku.</u> Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezeních jinak.</p> <p><u>Odůvodnění:</u></p> <p>Ministerstvo zdravotnictví je dle čl. 89 odst. 2 Ústavy povinno při vydávání úhradových vyhlášek respektovat nálezy Ústavního soudu. Základní úhradové principy, včetně povinnosti ministerstva při tvorbě úhradových vyhlášek tyto principy dodržovat, formulovalo plénum Ústavního soudu v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13. Související i navazující judikatura Ústavního soudu platnost uvedených principů opakovaně potvrdila, viz naposledy například nálezy Ústavního soudu sp. zn. II. ÚS 565/21 ze dne 25.9.2023. Zakotvení základního pravidla pro stanovení regulované ceny, které se dle nálezové judikatury Ústavního soudu uplatní i v oblasti úhrad zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění, do zákona zvýší pravděpodobnost jeho dodržování v praxi.</p>	<p>individuálních okolností. Při tvorbě právního předpisu nicméně nelze všechny okolnosti všech individuálních případů plně zohlednit a ustanovení by tak plnilo pouze formální funkci, když by nebylo možné nijak garantovat jeho naplnění. Předkladateli se jeví jako věcně vhodnější stávající aplikace tohoto principu individuálně, a nikoliv prostřednictvím vyhlášky.</p>
<p>Česká lékařská komora</p>	<p>Z</p>	<p>ČLK opakovaně navrhuje následující změnu ustanovení § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.:</p> <p><u>Zpracování navrhované změny do textu ustanovení § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.:</u></p> <p>2) Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Dohodovací řízení může vyvolat kterákoliv z jeho stran nebo Ministerstvo zdravotnictví. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci</p>	<p>Neakceptováno. Nad rámec návrhu.</p> <p>V rámci vypořádání nedošlo k dohodě poskytovatelů a zdravotních pojišťoven o změně předmětného ustanovení.</p>

finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem"), a poté je vydá jako vyhlášku. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že **smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta doba musí být nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy.** Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle odstavce 1, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování hrazených služeb, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle odstavce 1, kontrolní mechanismus kvality poskytovaných hrazených služeb a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, způsob a důvody ukončení smlouvy podle odstavce 1, ustanovení o rozhodčím řízení.

Odůvodnění:

Cílem navrhované změny je odstranění výkladové nejasnosti současného znění předmětného ustanovení, sjednocení zákonné právní úpravy se zavedenou praxí a zvýšení právní jistoty dotčených subjektů.

Ustanovení věty páté až sedmé odst. 2 § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění je při použití jazykového a doslovného výkladu **kogentním vymezením obsahu rámcové smlouvy.**

Věta pátá zakotvuje, že povinnou náležitostí rámcové smlouvy je ustanovení o účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy, přičemž je dále upřesněno, že ukončení smlouvy by mělo být datováno k 1. lednu následujícího roku a výpovědní doba by měla činit nejméně šest měsíců. Věta šestá toto kogentní pravidlo modifikuje tak, že v případech, kdy v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, nemusí být uvedené podmínky splněny.

Rámcové smlouvy uveřejněné ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, vymezují v souladu s větou šestou odst. 2 § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, konkrétní situace, kdy nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a zakotvují výpovědní dobu pět měsíců. Shodně tomu je i v rámcových smlouvách dohodnutých v rámci dohodovacího řízení o rámcových smlouvách, které proběhlo v roce 2018 mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci zájmových sdružení poskytovatelů.

V právní teorii i praxi se však lze setkat s nesprávným výkladem, který ustanovení § 17 odst. 2 větu pátou zákona o

veřejném zdravotním pojištění chápe jako zákonem danou možností jednostranného ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb k 1. lednu následujícího roku, a to bez uvedení důvodů a s výpovědní lhůtou (dobou) minimálně šest měsíců. Tato „zákonná“ výpověď by se dle uvedeného výkladu mohla uplatnit bez ohledu na to, zda se na tom zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven dohodnou v rámci dohodovacího řízení o rámcových smlouvách, i bez ohledu na to, zda je smlouva sjednána na dobu určitou nebo neurčitou. **S tímto výkladem Česká lékařská komora zásadně nesouhlasí. Představuje totiž nepřipustnou svévoli a libovůli ze strany pracovníků zdravotních pojišťoven ve vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb, kterým by bylo možno zcela libovolně a bezdůvodně ukončit smlouvu (a tím často v praxi zcela znemožnit další poskytování zdravotních služeb), aniž by k tomu byly jakékoli důvody. Je třeba vycházet z principu, že prostředky veřejného zdravotního pojištění nejsou „majetkem zdravotní pojišťovny“, ale jde o veřejné prostředky, které zdravotní pojišťovna pouze spravuje.**

Uvedený výklad ostatně popírá i zavedená praxe, kdy zástupci zdravotních pojišťoven a smluvních poskytovatelů v minulosti i aktuálně v rámci dohodovacího řízení o rámcových smlouvách seriózně jednali o době účinnosti smlouvy a důvodech a podmínkách jejího ukončení, přičemž se na způsobu a důvodech ukončení smlouvy shodli i do budoucna – jednostranné ukončení smlouvy je dle dohody možné pouze z taxativně vymezených důvodů s pětiměsíční výpovědní dobou. Pokud by měla platit možnost zákonné výpovědi bez uvedených důvodů, pak by dohoda o účinnosti smlouvy a výpovědních důvodech ztrácela jakýkoli smysl. Není třeba zastírat, že možnost jednostranné výpovědi by svědčila zejména dominantnímu smluvnímu partnerovi, kterým je zdravotní pojišťovna. Ta by mohla při akceptaci shora uvedeného sporného výkladu fakticky libovolně bez jakýchkoli pravidel jednostranně ukončovat smlouvy s poskytovateli, a to jak smlouvy na dobu určitou, tak smlouvy na dobu neurčitou. Takový výklad jde zcela proti smyslu základních zásad občanského práva (zejména zásady smluvní jistoty), jakož i proti základním principům právního státu (zásada předvídatelnosti a zákazu svévole a libovůle). Ne nepodstatný je i možný negativní dopad do práva pojištěnce na volbu ošetřujícího lékaře, kdy by se volnou dispozicí se smluvními partnery ze strany zdravotních pojišťoven mohli pojištěnci dostat do významné nejistoty v podobě nucené změny ošetřujícího lékaře, aniž by k tomu byl dán vážný důvod (porušení smlouvy).

S ohledem na vše shora uvedené navrhuje Česká lékařská komora změnu ustanovení § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jak je shora uvedena, s tím, že navrhovaná změna zcela koresponduje se zavedenou praxí a s obsahem rámcových smluv dohodnutých mezi zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů v rámci dohodovacího řízení o rámcových smlouvách, terminologicky sjednocuje

		stávající právní úpravu s občanským zákoníkem (výpovědní lhůta nahrazena výpovědní dobou), odstraňuje výkladové nejasnosti a posiluje právní jistotu všech dotčených subjektů.	
<p>Unie zaměstnavatelských svazů ČR</p> <p><u>CHČR - odborná společnost Qualitas Optima 2020</u></p>	Z	<p>Nesouhlasíme s navrhovanou změnou § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., kdy je navrhováno, aby zvláštní část vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, byla zrušena a seznam zdravotních výkonů byl publikován pouze na webu Ministerstva zdravotnictví.</p> <p><u>Odůvodnění:</u></p> <p>Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je součástí vyhlášky č. 134/1998 Sb. a stanoví bodové ohodnocení výkonů, ze kterého se následně odvíjí úhrada za vykázané výkony. Je nezbytné, aby byl i nadále vydáván formou podzákonného právního předpisu a aby jeho změny procházely připomínkovým řízením. Segment domácí zdravotní péče předkládá průběžně návrhy na změnu výkonů anebo na nové výkony. Na straně poskytovatelů je žádoucí, aby byl seznam výkonů s bodovými hodnotami nastaven správně, aby byl závazný pro poskytovatele i zdravotní pojišťovny, pokud se nedohodnou na jiném způsobu vykazování a úhrady. Nerozumíme návrhu na zrušení zvláštní části seznamu zdravotních výkonů a navrhovanou změnu vnímáme jako vnášení nepřijatelné nejistoty do smluvních vztahů mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Při akceptaci navrhované změny by bylo možné výkony, resp. jejich bodovou hodnotu měnit průběžně, a to i v průběhu roku bez jakékoli vnější kontroly.</p>	Akceptováno.
Česká lékárnická komora	Z	<p>ČLnK navrhuje toto doplnění ustanovení § 17 odst. 7 písm. a) bod 1:</p> <p><i>„1. poskytovatelům lékařské péče léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a úhradu poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného výkonu podle jiného právního předpisu, pokud tento výkon souvisí s výdejem předepsaného léčivého přípravku, a to i tehdy, nemá-li s poskytovatelem lékařské péče dosud uzavřenu smlouvu podle odstavce 1,“</i></p> <p><u>Odůvodnění:</u></p> <p>Návrhem se staví najisto, že úhrada signálního výkonu č. 09552 podle úhradové vyhlášky má být zdravotní pojišťovnou uhrazena i tehdy, když mezi ní a poskytovatelem nedošlo k uzavření smlouvy. V praxi dochází k případům, kdy zdravotní pojišťovna nezašle poskytovateli dodatek ke smlouvě, který řeší způsob úhrady signálního výkonu, úhradu přesto průběžně hradí, a teprve při kontrole provedené s odstupem měsíců až jednotek let prohlásí úhradu signálního výkonu za neoprávněnou a vůči poskytovateli si ji zpětně za celý</p>	<p>Neakceptováno.</p> <p>Nad rámec návrhu.</p> <p>Neexistuje shoda mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami na úpravě předmětného ustanovení.</p>

		<p>kalendářní rok vyčíslí a započte proti jiné, aktuální pohledávce poskytovatele za zdravotní pojišťovnou. To vše v situaci, kdy jiné zdravotní pojišťovny dodatek poskytovateli nezasílají záměrně, protože zastávají stanovisko, že poskytovatel má nárok na úhradu signálního výkonu i bez smlouvy jen na základě ustanovení úhradové vyhlášky, a proto je uzavírání dodatku zbytečné. Poskytovatel se tak nachází v nejisté situaci, protože neví, jestli má nebo nemá urgovat zaslání dodatku nebo jestli mu jednou přiznaná úhrada nebude např. za rok započtena proti jinému jeho nároku.</p> <p>Povinnost zdravotní pojišťovny uhradit poskytovateli léčivé přípravky a zdravotnické prostředky i bez uzavřené smlouvy vychází z toho, že poskytovatel zdravotních služeb lékařské péče není tím, kdo svou činností generuje množství předepsaných, a tedy i vydávaných léčivých přípravků. Je v tomto ohledu zcela pasivní, protože aktivní roli sehrávají předepisující lékaři. To, co v tomto ohledu platí pro léčivé přípravky, platí stejně i pro počet signálních výkonů, protože ani jejich počet není schopen poskytovatel ovlivnit vlastní činností. Hlavní důvod pro uzavření smlouvy, jímž je kontrola a regulace množství vykázaných hrazených služeb, tu tedy není dán, a nic nebrání tomu, aby i úhrada signálního výkonu byla umožněna v režimu bez uzavřené smlouvy.</p> <p>Navržené doplnění je záměrně formulováno bez konkrétního odkazu na seznam výkonů nebo na úhradovou vyhlášku, aby jako zákonné ustanovení obstálo i v případě změny právní úpravy seznamu výkonů a jejich ohodnocení úhradou, ale tak, aby bylo zřejmé, že musí jít o výkon související s výdejem léčivého přípravku.</p>	
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	Z	<p>§ 17 odst. 4, souvisí § 17 odst. 1</p> <p>Navrhujeme ponechat současnou úpravu.</p> <p>Neznáme důvody, pro které Legislativní rada vlády považuje zvláštní část SZV pouze za administrativní ceník, což předkladatele vedlo k tomu, že má za dostatečné zvláštní část SZV zveřejnit pouze na svých internetových stránkách, nikoliv vydat formou právního předpisu. Tento závěr považujeme za sporný.</p> <p>Je jistě možné, že se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem shodnou na oboustranně akceptovatelném způsobu vykazování hrazených služeb v určité bodové hodnotě. Nemusí to však být pravidlem, a právě pro případy, kdy by k dohodě nedošlo, je zde k dispozici autoritativně stanovený SZV. Je třeba si uvědomit, že SZV a úhradové vyhlášky vydávané podle § 17 odst. 5 jsou úzce propojené právní předpisy a jejich efekt nastává při společném působení. Měly by proto podléhat totožnému režimu.</p> <p>Bodová hodnota výkonu jako veličina, která má ve spojení s úhradovou vyhláškou přímý vliv na výši úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění, se přímo dotýká práva poskytovatelů na podnikání. Jsou-li blíže určeným subjektům (zde množině poskytovatelů a zdravotních pojišťoven)</p>	Akceptováno.

		<p>autoritativně ukládány určité povinnosti, musí se tak stát na základě zákona a v jeho mezích a ve stanovené formě, tedy ve formě právního předpisu, resp. vyhlášky (srov. Čl. 79 odst. 3 Ústavy). Není zřejmé, z čeho by mělo vyplývat, že určitou povinnost, která se přímo dotýká práva na podnikání a ovlivňuje výši výdajů z prostředků veřejného zdravotního pojištění, lze uložit formou zveřejnění na internetových stránkách MZ. Zveřejnění na internetu nebude mít žádnou závaznost pro účastníky právních vztahů v systému veřejného zdravotního pojištění. Srovnání s klasifikací CZ-DRG je sice možné, nikoliv však vhodné. Předkladatel v důvodové zprávě uvádí, že SZV by se pouhým publikováním na internetu „posunul blíže ke klasifikaci procedur, kde obdobně např. klasifikace CZ-DRG není vydávána formou právního předpisu, a přesto je obecně považována poskytovateli i zdravotními pojišťovnami za závaznou a akutní lůžková péče je podle CZ-DRG klasifikována i hrazena“. K tomu lze uvést, že klasifikace CZ-DRG je sice široce respektována, děje se tak však pouze na základě rozhodnutí adresátů této klasifikace a nic jim nebrání své rozhodnutí kdykoliv přehodnotit. Stejně tak nebude nic bránit adresátům internetové publikace SZV, aby se kdykoliv rozhodli publikované a nezávazné výkony zveřejněné na internetu ignorovat.</p> <p>Aby se předešlo sporům o výkony s nejistým výsledkem u soudů, bude nutné všechny výkony vždy sjednávat ve smlouvách, případně sjednat, že smluvní strany se budou při plnění smlouvy řídit SZV publikovaným na internetu. Pokud se nepodaří takovou dohodu uzavřít a nebude zde žádný autoritativní nástroj, který by nastoupil v případě absence dohody, dojde ke vzniku sporné situace s nepředvídatelným řešením.</p> <p>Ačkoliv lze chápat motivaci ke změně navržené novelou v § 17 odst. 4, měla by tato změna být skutečně promyšlená a chápat i možné negativní následky, které může přinést do smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli.</p> <p>K § 17 odst. 1 – Bude-li upraveno znění § 17 odst. 4, které již nepočítá s vyhláškou se seznamem zdravotních výkonů, měl by být upraven i text § 17 odst. 1.</p>	
Kancelář zdravotního pojištění	Z	<p>ZVZP §17 odst. 4, §17 b</p> <p>Seznam výkonů a jejich zveřejňování</p> <p>Čtvrtletní zveřejňování nových výkonů na webu MZ je v konfliktu s ročním cyklem plánování výdajů v rámci v.z.p., respektive s možnostmi technického zajištění vykazování a úhrad nových výkonů. Navrhujeme vypustit.</p> <p>Obecně konstatujeme, že rychlost publikace podkladů pro vykazování (seznam výkonů) není zásadním systémovým problémem, zasluhujícím okamžité řešení. Ten spatřujeme o úroveň níže, v samotném nastavení podstaty seznamu z hlediska zákonné definice nároku, procesu jeho kultivace a limitace.</p>	Akceptováno.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR	Z	<p>K §17 odstavec 2:</p> <p>Zrušit v celém rozsahu a nahradit textem <i>Smlouvy uzavřené podle odstavce 1 se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů.</i></p> <p>Obsah rámcových smluv je překonán, institut dohodovacího řízení není funkční.</p>	Neakceptováno.
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	Z	<p>§ 17 odst. 4</p> <p>Navrhujeme zachovat stávající znění citovaného ustanovení.</p> <p>Forma vyhlášky dává všem účastníkům jednoznačnou právní jistotu. Forma vyhlášky zaručuje jednoznačné svázání vyhlášeného obsahu k určitému času. Právní předpis je nadto soud povinen znát, naproti tomu dokázování webovou stránkou Ministerstva zdravotnictví se jeví jako velmi obtížné.</p> <p>Navrhujeme zachovat formu vyhlášky pro seznam zdravotních výkonů.</p>	Akceptováno.
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	Z	<p>K §17 odstavec 5:</p> <p>Rozšíření rozsahu dohodování o celkovou výši úhrad za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky není vhodné ani realizovatelné. Rok předem není zřejmé, k jakým změnám v stanovených úhradách léčivých přípravků či zdravotnických prostředků dojde, jestli jejich ceny neovlivní změna DPH. Celkově je potřeba reformulovat obsah toho, o čem se mají představitelé plátců a poskytovatelů v dohodovacím řízení dohadovat, jaký je rozsah veřejného zájmu MZ ČR.</p> <p><u>Optimálně by bylo vhodné následovně nahrazení:</u></p> <p><i>Nestanoví-li tento zákon jinak, principy úhrad hrazených služeb a celkový objem finančních prostředků pro daný druh hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů.</i></p> <p><i>Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví principy</i></p>	<p>Akceptováno částečně.</p> <p>Předkladatelem navrhovaná změna ustanovení vypuštěna, připomínkovým místem navrhované znění předkladatel nepovažuje za vhodné. Ministerstvo zdravotnictví formuluje rozsah úhrad podle vyhlášky na základě pouhých predikcí příjmů a výdajů, zmocnění proto nemůže pracovat s údaji, které při přípravě vyhlášky ještě nejsou známé.</p>

		<p>úhrad hrazených služeb a celkový objem finančních prostředků pro daný druh hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezeních jinak. Rozsah zmocnění MZ ČR vydávat vyhlášku je limitován do výše úhrad probíhajícího kalendářního roku, navýšení či snížení dle disponibilních zdrojů systému, maximálně do vyrovnané bilance systému za daný rok.</p>	
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	D	<p>§ 17 odst. 4</p> <p>Nově doplněnou poslední větu v § 17 odst. 4 navrhujeme upravit takto: „Ministerstvo zdravotnictví dále zveřejňuje na svých internetových stránkách registrační listy zrušených výkonů s bodovou hodnotou a registrační listy platných výkonů s bodovou hodnotou, které byly změněny, s uvedením jejich historického znění a informace o období, v němž bylo toto znění platné, nejméně po dobu 10 let od každé změny výkonu s bodovou hodnotou a od jeho zrušení“.</p>	Neakceptováno.
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	Z	<p>§ 17 odst. 6</p> <p>Navrhujeme úpravu souvisejícího ustanovení.</p> <p>Navrhovaná možnost definovaná prostřednictvím „může“ není oboustranně povinná a evokuje potřebu oboustranné dohody subjektů. Z výše uvedených důvodů proto navrhujeme nahradit následovně „Zdravotní pojišťovna může po poskytovateli vyžadovat vykazování léčivých přípravků použitých při poskytování lůžkové dle podmínek úhrady, které sjednala s držitelem rozhodnutí o registraci nebo s výrobcem.“</p>	<p>Neakceptováno. Vysvětleno.</p> <p>Pokud poskytovatel se zdravotní pojišťovnou smlouvu neuzavře, nemůže podle názoru předkladatele vůbec předmětné léčivé přípravky vykazovat jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek.</p>
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	D	<p>K §17 odstavci 7 písmeno d, e a g:</p> <p>Doporučujeme zobecnění odstavců týkajících se problematiky diagnostiky a očkování proti infekčním nemocem, které se jeví epidemicky – nahradit text COVID-19 vyvolaném původce SARSCoV-2 jiným obecným textem infekčního agens.</p>	Neakceptováno
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	D	<p>§ 17 odst. 4 + § 17b – Seznam zdravotních výkonů</p> <p>Nebude-li vyhověno připomínce na zachování stávající právní úpravy, navrhujeme alternativně, aby došlo k doplnění povinnosti MZ případné změny včas avizovat, zdůvodnit a zveřejnit na webových stránkách.</p>	<p>Akceptováno jinak.</p> <p>Zachována stávající právní úprava.</p>

Svaz zdravotních pojišťoven ČR	Z	<p>K §17 b odstavec 1:</p> <p>Navrhujeme vyřadit „nebo příslušná odborná společnost sdružená v ČLS JEP“ a dále navrhujeme z této věty vyřadit „nebo odborná společnost, která sdružuje fyzické osoby“</p> <p>Tyto zájmové skupiny nejsou přímí účastníci veřejného zdravotního pojištění, jsou důležitou institucí při vzdělávání odborníků, nemají mít vliv na tvorbu rozsahu hrazené péče.</p>	<p>Neakceptováno.</p> <p>Odborné společnosti považuje předkladatel za důležitou součást procesu tvorby seznamu zdravotních výkonů.</p>
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	Z	<p>K §17 b odstavec 2:</p> <p>Žádáme odstavec za druhou větou doplnit následující větu: při návrhu je dále povinné nadefinovat předpokládaný počet výkonů nad systémem ročně, nebo cílovou populaci nebo celkový ekonomický dopad.</p>	<p>Akceptováno jinak.</p> <p>Věcně akceptováno, zvolena jiná legislativní formulace.</p>
Svaz zdravotních pojišťoven ČR		<p>§ 17b odst. 3</p> <p>S navrženou úpravou nesouhlasíme.</p> <p>Kompetence MZ ČR zařazovat nové výkony do SZV a tak do systému úhrad v průběhu roku by existovat neměla, s výjimkou mimořádností ve veřejného zájmu a při zachování finančně celkově neutrálního dopadu. Takový přístup může významně narušit schválené ZPP a ohrozit hospodaření ZP.</p>	<p>Akceptováno.</p>
Svaz zdravotních pojišťoven ČR	Z	<p>K §17 b odstavec 4:</p> <p>Navrhujeme vyřadit „nebo příslušné odborné společnosti“</p> <p>Tyto zájmové skupiny nejsou přímí účastníci veřejného zdravotního pojištění, jsou důležitou institucí při vzdělávání odborníků, nemají mít vliv na tvorbu rozsahu hrazené péče.</p>	<p>Neakceptováno.</p> <p>Odborné společnosti považuje předkladatel za důležitou součást procesu tvorby seznamu zdravotních výkonů</p>