

VYPOŘÁDÁNÍ PŘIPOMÍNEK K MATERIÁLU S NÁZVEM:

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026

Dle Legislativních pravidel vlády byl materiál rozeslán do meziresortního připomínkového řízení dopisem ministra zdravotnictví dne 12. září 2025, s termínem dodání stanovisek do 26. září 2025. Vyhodnocení tohoto řízení je uvedeno v následující tabulce:

Resort	Připomínky			Vypořádání
ČSK	1. k příloze č. 11, části B, kódu 00921 a souvisejícím návrh: 1.1. vypustit kód 00921, 1.2. vložit kódy 00829 a 00830, které znějí:			AKCEPTOVÁNO. Mírně upravena formulace deklarující podmínky použití amalgámu podle nařízení o rtuti. Tím, že byla tato formulace převedena z regulačních omezení do obsahu výkonu, což lze skutečně považovat za legislativně správnější, je nutné formulovat nikoliv jako kdy lze výkon vykázat, ale kdy jej lze provést. Formulace příslušné věty v obou kódech (00829 i 00830) tedy zní takto: <i>U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze amalgám použít pouze v případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce.</i>
	00829	Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek Ošetření stálého zubu uroce 2025 vykázan kód pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na 1 nebo 2 ploškách, bezv ohledu na počet výplní. výplně z důvodu U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze vykázat pouze v případech, kdy	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v 2025 vykázan kód 00921, lze vykázat nejříve po uplynutí 365 dnů od vykázaní kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení zubního kazu nebo úrazu dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních	

	zubní lékař použít nebo profesionálních amalgámu považuje za poškozených chrupu. naprosto nezbytné z Odbornosti 014, 015 důvodu specifických podle seznamu výkonů. zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.		
00830	Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě uv kombinaci s kódy pojištěnců od 18 let – 3 a 00836, 00837 a 00838. více plošek Na zubu, na kterém byl v Ošetření stálého zubu uroce 2025 vykázán kód pojištěnců od 18 let 00921, lze vykázat v rozsahu celého chrupu nejdříve po uplynutí 365 při použití amalgámu dní od vykázání kódu v kapslové formě na 3 a 00921. Dříve lze vykázat více ploškách, včetně případě zhotovení rekonstrukce růžku, bez výplně z důvodu ohledu na počet výplní. komplikací ošetřeného U těhotných a kojících zubního kazu nebo úrazu žen a od 1. července a dále v případě vysoké 2026 u všech pojištěnců kazivosti při závažných od 18 let lze vykázat celkových onemocněních pouze v případech, kdy nebo profesionálních zubní lékař použít poškozených chrupu. amalgámu považuje za Odbornosti 014, 015 naprosto nezbytné z podle seznamu výkonů. důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické		900 Kč

	dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.		
	1.3. u kódu 00836 ve sloupci Regulační omezení ve druhém odstavci slovo „kódem“ nahradit slovem „kódy“ a za slovo „kódy“ vložit text „00829, 00830 a“, 1.4. u kódu 00837 ve sloupci Regulační omezení ve druhém odstavci slovo „kódem“ nahradit slovem „kódy“ a za slovo „kódy“ vložit text „00829, 00830 a“, 1.5. u kódu 00838 ve sloupci Regulační omezení ve druhém odstavci slovo za slovo „kódy“ vložit text „00829, 00830,“, 1.6. u kódu 00978 ve sloupci Regulační omezení ve třetím odstavci text „00921,“ vypustit, 1.7. u kódu 00979 ve sloupci Regulační omezení ve třetím odstavci text „00921,“ vypustit. odůvodnění: Česká stomatologická komora považuje doplnění kódu 00921 pro vykazování výplní z amalgámu za zásadně nešťastné z těchto důvodů (řazení jednotlivých důvodů neodráží jejich důležitost): – navrženým kódem 00921 se má vykazovat amalgámová výplň jak na dočasných, tak stálých zubech, a to jak u dětí, tak i u dospělých. To však významně narušuje systematiku vykazování výplní u dětí a dospělých: zákonná pravidla pro úhradu výplní u dětí a dospělých se liší, příslušné kódy mají jiná regulační omezení a fungují mezi nimi jiné vztahy i co do výše úhrady (konkrétní problematická místa jsou naznačena dále), – proklamovaným hlavním důvodem zásahu do výsledku dohodovacího řízení je umožnit sledování dynamiky vykazování amalgámu od 1. července 2026. To však vůbec není nutné v případě výplní dočasných zubů a z podstatné části ani v případě výplní stálých zubů u dětí, neboť u těchto výplní k žádné změně od 1. července 2026 nedojde; omezení amalgámu se jich týká už nyní. Předpokládaný součet všech výplní na dočasných zubech a všech výplní na všech stálých zubech u všech dětí bude v roce 2026 činit 1/10 počtu všech výplní v roce 2026. Změna od 1.		

	července 2026 se přitom dotkne jen výplní u dětí ve věku 15 až 18 let (výplně dočasných zubů a výplně stálých zubů u dětí do 15 let podléhají omezení amalgámu již nyní). Lze tak uzavřít, že skončení výjimky z omezení amalgámu se dotkne zanedbatelného zlomku (cca 1/20) z celkového počtu výplní vykázaných v roce 2026. Přínosy zavedení „amalgámového kódu“ pro dočasné zuby a pro výplně na stálých zubech u dětí tak nemohou převážet nad komplikacemi, které toto opatření v novém systému úhrad výplní přinese, – rozdíl v úhradě výplně z ostatních materiálů (kódy 00832, 00833, 00834) oproti výplni z amalgámu (navržený výkon 00921) u dětí je propastný. Příklad: úhrada velké výplně ze skloionomerního cementu je 2 350 Kč, zatímco úhrada stejné výplně z amalgámu má být jen 900 Kč (ve skutečnosti 800 Kč, protože v důvodové zprávě avizovaný kód 00830, který měl navýšit úhradu pro velké výplně z amalgámu, v navrženém textu vyhlášky není). Zubní lékař přitom amalgám může použít u dítěte jen v situaci, kdy jinou možnost nemá. Jestliže podle důvodové zprávy byla úhrada u kódu 00921 zvýšena tak, aby se přiblížila úhradám nových kódů, u dětí se to nepodařilo a ani se to podařit nemůže, neboť úhrada výplně stálého zubu u dětí je konstruována na jiném základě a má jiné parametry než úhrada výplně stálého zubu u dospělých, – frekvenční regulační omezení nemohou být stejná pro výplně na stálých zubech u dětí a u dospělých. U kódu 00921 je navrženo 1 / 1 zub / 365 dnů. Takové regulační omezení může fungovat u dětí, nikoliv však u dospělých. I amalgámová výplň je totiž plně hrazená ze zdravotního pojištění, a proto se u ní u dospělých pojištěnců musí uplatnit zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce (hrazeno až po uplynutí dvou let), – sloučení všech amalgámových výplní do jednoho kódu vede též k paradoxu, kdy úhrada výplně dočasného zubu z fotokompozitu (kód 00831) je 635 Kč, úhrada stejné výplně z amalgámu 800 Kč, – ponechání kódu 00921 pro amalgámové výplně má (otestováno empiricky) absolutně nežádoucí psychologický účinek, který lze shrnout slovy: nic se nezměnilo, výplň se dál vykazuje kódem 00921. Tento (zajisté neprávni) argument nelze podceňovat, neboť všichni adresáti nyní projednávané normy jsou zvyklí vykazovat výplně (a to nejen amalgámové) kódem 00921 a významná část z nich tuto praxi nebude ochotna opustit. Aby nový	
--	---	--

	systém přijali, je třeba zubním lékařům jasně sdělit, že nastává nová doba, kód 00921 byl zrušen a výplně se vykazují nově a zcela jinak. Toto relativně jednoduché sdělení se však ponecháním kódu 00921 (který navíc nebude mít stejný obsah jako v roce 2025, neboť se bude týkat jen amalgámu) komplikuje, – ponechání kódu 00921 v systému úhrad přinese výkladovou komplikaci, i pokud jde o tzv. přechodné regulační omezení. Zákon říká, že po plně hrazené výplni se další výplň po dobu dvou let nehradí. Plně hrazenou výplní se přitom rozumí plně hrazená výplň „po novele“. Pokud jsou plně hrazené výplně „po novele“ označeny novými kódy, půjde v praxi snadno (automatizovaně) rozlišit, která výplň aktivuje zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce a která ne. Ponechání kódu 00921 v systému si však vynutí sledování dalších parametrů (nejspíše tak, že se bude rozlišovat 00921 ve znění účinném v roce 2025 a ve znění účinném od 1. 1. 2026). Toto řešení bylo v dohodovacím řízení také zvažováno, ale nakonec to byl jeden z pádných argumentů pro to, aby byl kód 00921 zcela opuštěn a vytvořena nová řada kódů pro vykazování výplní, – zařazení podmínek pro použití amalgámu, jak vyplývají z nařízení o rtuti, do regulačních omezení není vhodné. Nejde totiž o regulační omezení úhrady, ale o zákonné podmínky pro použití zdravotnického prostředku při poskytování zdravotních služeb. Jako takové do úhradové vyhlášky nepatří (úhradová vyhláška neříká, za jakých podmínek lze použít fotokompozit, anestetikum nebo třeba rentgenové zařízení). Mají-li zde však být (a záměr jejich zařazení lze do jisté míry pochopit), pak nikoliv jako regulační omezení, ale v rámci popisu výkonu (podobně jako je u kódů 00832, 00833, 00834, 00836, 00837 uvedeno, že jiný materiál než fotokompozit lze použít či vykázat jen tehdy, pokud fotokompozit neodpovídá § 13 zákona). Regulační omezení totiž omezují vykazování, nikoliv nárok pojištěnce. Zařazení podmínek použití amalgámu mezi regulační omezení říká poskytovatelům, že pokud amalgám použijí jinak, je to v pořádku, jen takovou péči nesmějí vykázat. To však samozřejmě není pravda, – text regulačního omezení navazujícího na nařízení o rtuti je nepřesný a v jednom ohledu i zavádějící: – současné omezení amalgámu se týká dětí do 15 let (nikoliv do 18 let, jak je uvedeno návrhu),	
--	--	--

	– konstatování, že u ostatních pojištěnců lze po dobu trvání výjimky vykazovat kód 00921 „bez omezení“, je zavádějící; platí totiž přinejmenším zákonné frekvenční omezení nároku pojištěnce (po dobu dvou let od vykazání plně hrazené výplně není opakovaná výplň vůbec hrazená ze zdravotního pojištění), vedle něj pak i přechodné regulační omezení vztahující se k výplním vykázaným v roce 2025, – v regulačních omezeních kódu 00921 chybí zákaz kombinací s kódy jiných plně hrazených výplní (a analogicky v kódech plně hrazených výplní chybí zákaz kombinace s kódem 00921), – zařazení amalgámového kódu 00921 pro všechny zuby všech pojištěnců včetně dětí znamená, že použití amalgámu musí být vyloučeno nejen z kódů 00836 a 00837, ale i z kódů 00831, 00832, 00833 a 00834. To však návrh neobsahuje, – v důvodové zprávě zmiňovaný kód 00830, který má zvýšit úhradu amalgámové výplně na 3 a více ploškách, ve vyhlášce není. Česká stomatologická komora nepovažuje za nutné zavádět kód pro specifické případy použití amalgámové výplně. Chápe však některé důvody, které navrhovatele k tomuto kroku vedou, jakkoliv má za to, že veřejný zájem té intenzity, která by dovolovala zasáhnout do dohody dosažené v dohodovacím řízení v podobě vytvoření nesystémového kódu s nižší úhradou, není v tomto případě dán (cíle uvedeného v důvodové zprávě, jímž má být sledování dynamiky vykazování amalgámových výplní, by šlo dosáhnout i méně intenzivním zásahem, např. zavedením signálních kódů). S ohledem na výše uvedené argumenty Česká stomatologická komora předkládá tento protinávrh, na kterém se shodla s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR a Svazem zdravotních pojišťoven ČR: – vypustit kód 00921 a všechny vazby na něj, – zavést dva kódy 00829 a 00830 pro vykazování výplní za amalgámu na stálých zubech dospělých pojištěnců, – text kódů formulovat tak, aby odpovídal kódům 00836 a 00837, – podmínky použití amalgámu vyplývající z nařízení o rtuti přesunout z regulačních omezení do popisu výkonu a poněkud zjednodušit jejich text, – do regulačních omezení uvést zákaz kombinace s jinými plně hrazenými výplněmi, a to jak u nově vkládaných kódů 00829,	
--	--	--

	00830, tak u stávajících kódů plně hrazených výplní 00836, 00837 a 00838, – upustit od zavedení amalgámového kódu u dočasných zubů a stálých zubů u pojištěnců do 18 let.	
ČSK	2. k příloze č. 11, části B, kódu 00908 návrh: ve sloupci „Regulační omezení“ vypustit dvojtečku odůvodnění: od použití dvojtečky před výčty kódů bylo v celém textu upuštěno, jazykově není použití této interpunkce odůvodněno	AKCEPTOVÁNO.
ČSK	3. k příloze č. 11, části B, kódu 00917 návrh: ve sloupci „Výkon“ vypustit čárku za slovy „tuber maxillae“ odůvodnění: jednotlivé položky výčtu jsou v souřadném postavení, před spojkou „a“ se proto nepíše čárka	AKCEPTOVÁNO.
ČSK	4. k příloze č. 11, části B, kódu 00961 návrh: ve sloupci „Výkon“ spojku „a“ za slovy „mukoperiostálního laloku,“ odůvodnění: pro gramatickou správnost a lepší srozumitelnost se navrhuje spojku „a“ vypustit. Text tak nebude obsahovat gramaticky nesprávně vloženou čárku před spojkou „a“ v souřadném spojení a současně bude zřejmé, že fyzikální terapie je samostatnou položkou výčtu, nikoliv pouhým přívlastkem rozvíjejícím „revizi extrakční rány“ (jak by mohla být chápána, kdyby byla odstraněna gramaticky nesprávná čárka před spojkou „a“)	AKCEPTOVÁNO.
ČSK	5. k příloze č. 11, části B, kódu 00982 návrh: ve sloupci „Regulační omezení“ doplnit tečku za slovy „22 let“ odůvodnění: chybí tečka na konci věty	AKCEPTOVÁNO.
ČSK	6. k příloze č. 11, části C, tabulka 1, 2 a 3 návrh: v nadpisu prvního sloupce každé tabulky číslo „3“ nahradit číslem „4“ odůvodnění: příloze zákona, která upravuje úhrady stomatologických výrobků, nakonec zůstalo číslo 4 (vyskytuje se ve všech třech tabulkách části C)	AKCEPTOVÁNO.
ČSK	Úplné znění dotčených částí přílohy č. 11, části B návrhu úhradové vyhlášky s vyznačenými změnami podle návrhu České stomatologické komory	AKCEPTOVÁNO.

	<u>00829</u> <u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě uv kombinaci s kódy pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> <u>Lokalizace – zub. Nelze vykázat</u> <u>00836, 00837 a 00838.</u> <u>Na zubu, na kterém byl v Ošetření stálého zubu uroce 2025 vykázán kód pojištěnců od 18 let</u> <u>00921, lze vykázat v rozsahu celého chrupu nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódu</u> <u>00921. Dříve lze vykázat v kapslové formě na 1 nebo 2 ploškách, bezv případě zhotovení ohledu na počet výplní. výplně z důvodu U těhotných a kojících komplikací ošetřeného žen a od 1. července zubního kazu nebo úrazu 2026 u všech pojištěnců a dále v případě vysoké kazivosti při závažných pouze v případech, kdy celkových onemocněních zubní lékař použít nebo profesionálních amalgámu považuje za poškozených chrupu. naprosto nezbytné z Odbornosti 014, 015 důvodu specifických podle seznamu výkonů.</u> <u>zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.</u> <u>00830</u> <u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě uv kombinaci s kódy pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u> <u>Lokalizace – zub. Nelze vykázat</u> <u>00836, 00837 a 00838.</u> <u>Na zubu, na kterém byl v Ošetření stálého zubu uroce 2025 vykázán kód pojištěnců od 18 let</u> <u>00921, lze vykázat v rozsahu celého chrupu nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódu</u>	800 Kč 900 Kč
--	--	-----------------------------

		v kapslové formě na 3 a 00921. Dříve lze vykázat více ploškách, včetně případě zhotovení rekonstrukce ržku, bez výplně z důvodu ohledu na počet výplní. komplikací ošetřeného U těhotných a kojících zubního kazu nebo úrazu žen a od 1. července a dále v případě vysoké 2026 u všech pojištěnců kazivosti při závažných od 18 let lze vykázat celkových onemocněních pouze v případech, kdynebo profesionálních zubní lékař použitípoškozeních chrupu. amalgámu považuje zaOdbornosti 014, 015 naprosto nezbytné zpodle seznamu výkonů. důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.		
00836	Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek Ošetření stálého zubu uroce 2025 vykázán kód pojištěnců od 18 let00921, lze vykázat v rozsahu celého chrupu nejdříve po uplynutí 365 při použití chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu výplněv případě zhotovení s výjimkou amalgámu navýplně z důvodu 1 nebo 2 ploškách. Bez komplikací ošetřeného ohledu na počet výplní.zubního kazu nebo úrazu Lze vykázat jen za a dále v případě vysoké předpokladu, že použitíkazivosti při závažných nevrstvené výplněcelkových onemocněních	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00829, 00830 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze vykázat výplněv případě zhotovení z důvodu 1 nebo 2 ploškách. Bez komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných onemocněních		910 Kč

	z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona.	nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00837	Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek	Lokalizace – zub. Nelze vykázt v kombinaci s kódem 00829, 00830 a 00838. Na zubu, na kterém byl v Ošetření stálého zubu uroce 2025 vykázán kód pojištěnců od 18 let 00921, lze vykázt v rozsahu celého chrupu nejdříve po uplynutí 365 při použití chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu výplněv případě zhotovení s výjimkou amalgámu navýplně z důvodu 3 a více ploškách, včetně komplikací ošetřeného rekonstrukce ržku. Bez zubního kazu nebo úrazu ohledu na počet výplní. a dále v případě vysoké Lze vykázt jen zakázivosti při závažných předpokladu, že použití celkových onemocněních nevrstvené výplně nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 010 Kč
00908	Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby	Lze vykázt 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázt samostatně nebo v kombinaci s kódy: 00824, 00825, 00826, 00827, 00851, 00906, 00907, 00910, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázt vyšetření, paliativní v případě, že ošetření, amputaci poskytovatel vybral a exstirpaci dřeně, regulační poplatek za provizorní výplň, lokální pohotovostní službu), 00948, 00949, 00950,	460 Kč

	konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravy/úpravy snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970, 00971, 00976, 00978 a 00979. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00917	Anestezie injekční Aplikace injekční anestezie infiltrační a intraligamentární do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, anestezie na foramen mentale, na nervus palatinus maior, na foramen incisivum, na tuber maxillae, a na nervus buccalis. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	128 Kč
00921	Ošetření stálého nebo dočasného zubu plastickou výplní z amalgámu v kapslové formě Ošetření stálého nebo dočasného zubu definitivní výplní, bez	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace zub- Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázan kód 00921, lze vykázat nejříve po uplynutí 365 dní od vykázaní kódu	800 Kč

		ohledu na počet plošek 00921. Dříve lze vykázat výplně nebo případně v případě zhotovení počet drobných výplní na výplně z důvodu jednomu zubu, při použití komplikací ošetřeného amalgámu v kapslovém zubního kazu nebo úrazu formě. Součástí výkonu dále v případě vysoké je záznam vekazivosti při závažných zdravotnické celkových onemocněních dokumentaci, ze kterého nebo profesionálních vyplývá, proč nebylo poškozeních chrupu. možno použít žádný jiný Při ošetření dočasných materiál výplně. zubů, při ošetření dětí do 18 let věku a při ošetření těhotných a kojících žen lze vykázat pouze v případech, kdy zubní lékař použití amalgámu považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Při ošetření ostatních pojištěnců lze vykázat při provedení do 30. června 2026 bez omezení, při provedení od 1. července 2026 pouze v případech, kdy zubní lékař použití amalgámu považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00961	Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	120 Kč

		Zavedení drénu nebo tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního postextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, a fyzikální terapie.		
00978	Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření Perorální nebo intranazální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce pouze na lůžko. Součástí výkonu jsou měření krevního tlaku před ošetřením a po něm, kontinuální monitorace pulzním oxymetrem v průběhu ošetření a zajištění případného podání antidotav (flumazenil) a kyslíku.	Lze vykázt 2 / 365 dní. V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázt 4 / 365 dní. Lze vykázt pouze v kombinaci s kódy 00921, 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Nelze vykázt v kombinaci s kódem 00979.	1 421 Kč	

		Lze vykázt v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL, a to poskytovatelem disponujícím prostorem s lůžkem umožňujícím monitoraci pulzním oxymetrem a tonometrem, který je schopen personálně zajistit monitorování pacienta v průběhu ošetření a na lůžku po ošetření a případné podání antidota a kyslíku. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace dětských pacientů nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00979	Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let, zajištění	Lze vykázt 2 / 365 dní. V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázt 4 / 365 dní. Lze vykázt pouze v kombinaci s kódy 00924, 00831, 00832, 00833,	1160 Kč

		monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku. 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Nelze vykázt v kombinaci s kódem 00978. Lze vykázt v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) na 1 zubní oblouk II Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního	Lze vykázt 1 / 1 čelist. Nelze vykázt v kombinaci s kódy 00800 a 00802. Lze vykázt pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů) a jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázt jen	2 008 Kč

	aparátu a attachmentů včetně přípravy zubů.	tehdy, jde-li o zahájení léčby ortodontických anomálií foliovým ortodontickým systémem (alignery), a to bez ohledu na věk pojištěnce. Materiál fixního ortodontického aparátu ani foliový ortodontický systém nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
ČLK	K příloze č. 3 návrhu vyhlášky: Česká lékařská komora pozitivně hodnotí přístup Ministerstva zdravotnictví, které při tvorbě úhradových mechanismů pro příští rok pro segment ambulantních specialistů z větší části zohlednilo požadavky smluvních poskytovatelů, které byly prezentovány ČLK. Pozitivně vnímáme i snahu o zohlednění finanční situace smluvních poskytovatelů v tomto segmentu. Přes výše uvedené musíme konstatovat, že navrhovaný objem finančních prostředků pro segment ambulantních specialistů není dostatečný. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Zcela souhlasíme s nastavením jednotné hodnoty bodu pro všechny odbornosti regulované před PURO a považujeme za potřebné její zakotvení do úhradové vyhlášky. Navržená hodnota bodu 0,98 Kč je však nedostatečná. Pokud se hodnota bodu pohybuje pod nákladovou hodnotou bodu 1,00 Kč, existuje vysoké riziko, že úhrada nepokryje ani náklady účelně vynaložené na poskytnutí hrazené péče.		AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Navýšení pro segment ambulantních specialistů je maximální možné, které si systém veřejného zdravotního pojištění může dovolit. Pouze některé modality péče byly v rámci připomínek částečně navýšeny.

	Smluvní poskytovatelé musí z úhrad od zdravotních pojišťoven pokrývat nejen reálné náklady, z nichž většina kontinuálně roste (mzdové náklady, nájemné, veškeré služby), ale musí rovněž vytvářet finanční rezervy pro obnovu a modernizaci přístrojového a věcného vybavení a pro další odborný rozvoj v souladu s odbornými doporučeními. V řadě odborností dochází k nárůstu počtu ošetřovaných pacientů z důvodu vyšší nemocnosti, lepší diagnostiky, preventivních programů, ale i z důvodu ukončování praxí starších kolegů bez náhrady, což s sebou nese náklady na personální posilování týmu nejen o zdravotníky, ale také o administrativní a další nezdravotnické pracovníky, kteří jsou nezbytní k zajištění provozu ambulantního zařízení. I s ohledem restriktivní podobu letošní úhradové vyhlášky je třeba, aby smluvní poskytovatelé napříč všemi odbornostmi obdrželi příští rok vyšší úhradu, nežli v letošním roce, a to i při zakotvení principu jednotné hodnoty bodu. Jednotná základní hodnota bodu 0,98 Kč navrhovaná pro většinu odborností je pod úrovní předpokládaných průměrných nákladů, které jsou oproti reálným nákladům již tak podhodnocené. Hodnotu bodu není možné určovat podle objemu peněz, který si naplánujeme, ale podle reálných nákladů poskytovatelů. Hodnota bodu pod 1 Kč předpokládá úhradu pod předpokládanými náklady, což je v rozporu s pravidlem, že regulovaná cena musí vždy s jistotou pokrýt účelně vynaložené náklady a vytvářet prostor pro tvorbu přiměřeného zisku. Navržená základní hodnota bodu brání tomu, aby se valorizace nákladů podle inflace plně promítla do ceny zdravotních služeb. Při nastavování ceny je nutné zohlednit, že zásadní podíl smluvní sítě ambulantních specialistů tvoří malé praxe, na které nárůst nákladů dopadá nejtíživěji. Přerozdělování finančních prostředků by mělo vést ke stabilizaci sítě smluvních poskytovatelů, nikoli k její destabilizaci. K tomu je třeba alokovat více finančních prostředků. Nedostatečné zdroje není možné řešit tak, že stanovíme cenu dle dostupných zdrojů bez ohledu na to, zda jsou dodrženy principy cenové regulace a ústavněprávní principy, které formuloval ve svých nálezech Ústavní soud a které jsou pro všechny závazné. Považujeme za nutné upřesnit, že všechny připomínky ČLK, týkající se segmentu ambulantních specialistů směřují ke zlepšení	
--	--	--

	úhradových podmínek pro poskytovatele, přičemž předložený návrh bereme jako výchozí. Jinými slovy, nesouhlasíme s tím, aby akceptace připomínek ČLK vedla ke zhoršení navržených podmínek pro některou z odborností s odůvodněním: „Když někde přidáme, musíme někde ubrat.“	
ČLK	Příloha č. 3: K části A bodu 1 písm. a) a b): Navrhujeme jednotnou hodnotu bodu pro psychiatrické odbornosti. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: V části A bodu 1 písm. b) je navrhováno, že zde uvedené odbornosti (kromě odbornosti 306) budou mít o 11 haléřů nižší hodnotu bodu (0,97 Kč), nežli centra duševního zdraví uvedená v písm. a) (navrhovaná HB 1,08 Kč). Takovýto rozdíl úhrady mezi fakticky stejnými odbornostmi není nijak zdůvodněn. Pokud je cílem finančního zvýhodnění podpora rozvoje center duševního zdraví, pak nelze tento typ podpory schvalovat, pokud nemá žádnou souvztažnost k nákladovosti péče. Navrhujeme nastavit stejnou hodnotu bodu a podporu rozvoje řešit jiným způsobem.	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Odbornosti uvedené v písmenu a) nemohou na rozdíl od odborností uvedených v písmenu b) dosáhnout na bonifikace HB uvedené v písmenu j). Ve skutečnosti tak mají pravděpodobně HB nižší než odbornosti uvedené v písm. b). HB pro ODB v písmenu b) dodatečně navýšena o 0,01 Kč.
ČLK	Příloha č. 3: K části A bodu 3 návrhu: ČLK navrhuje minimální hodnotu bodu pro výpočet přepočtené hodnoty PURO ve výši 1,05 Kč. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Základní hodnota bodu v roce 2024 (referenční období) činila 1,02 – 1,08 Kč. V rámci dohodovacího řízení pro rok 2026 byla napříč zástupci smluvních poskytovatelů shoda na hodnotě minimální hodnoty bodu 1,05 Kč. S ohledem na argumenty uvedené v bodě 1 považujeme za nepodročitelnou hodnotu 1,00 Kč.	NEAKCEPTOVÁNO. Minimální hodnota bodu je stanovena nad referenčním objemem péče, který je díky valorizaci Seznamu výkonů rekordně vysoký v bodové produkci. Navržená minimální hodnota bodu je již tak jedna z nejvyšších mezi segmenty.

ČLK	Příloha č. 3: K části A bodu 1 písm. j) odst. iii, bodu 2 odst. iii., bodu 3 písm. c): Bonifikace za nové pojištěnce by měla být vázána pouze na podíl nových pojištěnců a nikoli na bonifikované rozložení ordinační doby. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Vinou limitace přes ordinační dobu nedosáhnou na bonifikaci za nové pojištěnce ti poskytovatelé, kteří se snaží uvolňovat prostor pro nové pojištěnce, ale neordinují 30/5, resp. 24/4 s vymezenými časy. Je třeba poskytnout bonifikaci i těm praxím, ve kterých lékaři (často ze zdravotních důvodů, nebo z důvodu vyššího věku, nebo proto, že zdravotní pojišťovna plnou ordinační dobu nenasmlovala) pracuje po kratší ordinační dobu, a přesto se nebrání přijímat do péče nové pojištěnce.	VYSVĚTLENO. Tato bonifikace kopíruje znění memoranda uzavřeného pro segment ambulantních specialistů na rok 2025 – na podmínce ordinační doby tak byla shoda mezi MZ, pojišťovnami i zástupci poskytovatelů. Navázání na ordinační dobu je navíc ustanoveno jen u vyšší bonifikace – základní bonifikace za nové pojištěnce na ordinační dobu vázána není.
ČLK	Příloha č. 3 K části A bodu 1 písm. j) odst. ii, bodu 2 odst. ii., bodu 3 písm. b) je navrhována následující úprava: <i>... v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejmeně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejmeně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který má nasmlouváno více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin</i>	AKCEPTOVÁNO.

	<u>plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek.</u> Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Vinou limitace přes ordinační dobu nedosáhnou na bonifikaci za nové pojištěnce ti poskytovatelé, kteří se snaží uvolňovat prostor pro nové pojištěnce, ale neordinují 30/5, resp. 24/4 s vymezenými časy. Je třeba poskytnout bonifikaci i těm praxím, ve kterých lékař (často ze zdravotních důvodů, nebo z důvodu vyššího věku, nebo proto, že zdravotní pojišťovna plnou ordinační dobu nenasmlovala) pracuje po kratší ordinační dobu, a přesto se nebrání přijímat do péče nové pojištěnce.	
ČLK	Příloha č. 3 K části A bodu 1 písm. j) odst. ii, bodu 2 odst. ii., bodu 3 písm. b) je navrhována následující úprava: <i>... v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek; <u>tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který má nasmlouváno více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek.</u></i> Tato připomínka je zásadní.	AKCEPTOVÁNO.

	Odůvodnění: ČLK navrhuje bonifikaci za ordinační dobu i pro poskytovatele, kde působí pouze jeden lékař, který má nasmlouvaných více odborností a dohromady za všechny odbornosti splňuje počet ordinačních hodin a má ordinační dobu v bonifikovaném rozsahu. Na ČLK se obracejí lékaři, kteří pracují v ordinaci sami a mají nasmlouvány dvě odbornosti (často „příbuzné“): například interna + kardiologie, diabetologie + endokrinologie, dětská psychiatrie + dospělá psychiatrie. Tito lékaři vnímají velmi negativně, že se na ně bonifikace za ordinační dobu nevztahuje, přestože dělají maximum, jsou atestováni ve dvou oborech, z čehož pojištěnci profitují. S tím lze souhlasit, protože takovýto souběh odborností sjednává zdravotní pojišťovna pouze v případě potřeby zajištění odbornosti v daném regionu. I tito poskytovatelé by měli mít nárok na vyšší hodnotu bodu a vyšší hodnotu regulačního limitu.	
ČLK	Přílohy č. 2, 3, 4, 5 Navrhujeme ponechat zahraniční pojištěnce mimo regulaci. Vyjmutí úhrady za zahraniční pojištěnce funguje v systému úhrad dlouhodobě. Potřeba změny nebyla zdůvodněna.	NEAKCEPTOVÁNO. Změna je odůvodněna jak požadavky evropské legislativy, které nebyly dosavadní úpravou zcela naplněny (je nutné stejné zacházení s evropskými i českými pojištěnci i zdravotními pojišťovnami), tak cílem zjednodušit vykazování a vyúčtování péče tím, že kategorie zahraničních pojištěnců pro účely úhrad nepovede k nutnosti jejich samostatného vyúčtování.
ČLK	Příloha č. 3: ČLK navrhuje stejnou výši úhrady výkonu 09543, kterou mají za stejný typ výkonu registrující odbornosti (praktičtí lékaři). Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: ČLK navrhuje pro ambulantní specialisty stejnou úhradu výkonu 09543, která je stanovena pro obdobný výkon (epizoda péče) pro segment praktických lékařů. Dlouhodobě zavedený významný rozdíl v úhradě tohoto výkonu mezi těmito segmenty není zdůvodněn a vytváří nedůvodnou nerovnost v úhradách.	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. HB navýšena na 1,12 Kč. Nicméně dlouhodobý rozdíl je dán odlišným historickým vývojem segmentů a jejich odlišnými historickými prioritami. Segment ambulantních specialistů jistě může v budoucnosti větší část svého růstu směřovat do připomínkovaného výkonu, jako tomu bylo v minulosti v segmentech primární péče. Dodatečné srovnání by představovalo pouze ničím neodůvodněný jednorázový nárůst celkové úhrady segmentu ambulantních specialistů.
ČLK	Příloha č. 2, 3 a 4:	NEAKCEPTOVÁNO.

	ČLK nesouhlasí se zrušením bonifikace za elektronický recept a navrhuje zavedení bonifikace i pro elektronický poukaz. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Náklady spojené s vystavováním elektronického receptu na straně poskytovatelů stále trvají, přičemž současně nedošlo k promítnutí těchto nákladů do režijních nákladů. Bonifikaci je proto třeba zachovat i do budoucna, resp. ji rozšířit i na elektronické poukazy, které mají být zavedeny.	Bonifikace za elektronický recept byla od počátku koncipována jako dočasný motivační nástroj pro podporu přechodu na elektronické řešení. Tento účel již byl naplněn a systém eReceptu je plně zaveden. Další bonifikace by znamenala neodůvodněné zvýšení nákladů veřejného zdravotního pojištění bez přímého přínosu pro pacienty či poskytovatele.
ČLK	Příloha č. 3 část B: ČLK nesouhlasí s navrženými limity pro uplatnění regulačních srážek za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči a navrhuje nastavení limitů na úrovni 120 % referenčního období. ČLK navrhuje následující doplnění textu přílohy č. 3 části B: <u>Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u této zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.</u> <u>Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.</u> <u>Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.</u> Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění:	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Regulace upravena na 115 % referenčního období. Odlišná úprava u praktických lékařů reflektuje změny ve vyhlášce o preventivních prohlídkách. Vazba na zdravotně pojistný plán byla nesmyslná, jelikož ji nebylo možné průběžně vyhodnocovat a poskytovatel tak nevěděl, zda bude regulace uplatněna nebo nikoliv.

	ČLK požaduje pro segment ambulantních specialistů stejný regulační limit pro uplatnění regulační srážky za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči jako mají navržený všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost. Navržený limit 110 % zdaleka neodpovídá reálnému nárůstu cen na tyto komodity proti roku 2024. Argumentace přesunem preskripce na praktické lékaře není podložena a jedná se pouze o spekulativní předpoklad, a to i s ohledem na problémy s dostupností PL v některých regionech. Je třeba počítat i se změnou spektra ošetřovaných pacientů směrem k závažněji nemocným, a tedy i na preskripci a vyžádanou péči nákladnějším pacientům. Co se týče podmínek neuplatnění regulace, je třeba ponechat stejné znění jako v minulých letech, tj. zakotvit, že pokud zdravotní pojišťovna nepřekročí předpokládané výdaje na předmětnou komoditu ve zdravotně pojistném plánu, nesmí regulaci uplatnit. Regulace za ZUM/ZULP, preskripci a vyžádanou péči mají charakter sankce a jsou zdůvodňovány potřebou kontrolovat výdaje z hlediska udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud nedochází k překročení alokovaných prostředků, není důvod poskytovatele zatěžovat zdůvodňováním případného překročení limitu. V individuálních případech, kdy bude mít zdravotní pojišťovna pochybnost o správnosti indikace, nemá navrhované doplnění žádný vliv na její oprávnění provést u daného poskytovatele kontrolu správnosti indikace.	
ČLK	Příloha č. 3: ČLK navrhuje zakotvit do úhradové vyhlášky ustanovení, které jednoznačně stanoví, že zdravotní pojišťovna může zohlednit námitky poskytovatele a navýšit výslednou úhradu, pokud poskytovatel překročení úhradového limitu zdůvodní a zdravotní pojišťovna odůvodnění uzná. Návrh ČLK směřuje k odstranění nejasností při jednání se zdravotními pojišťovnami, z nichž některé argumentují, že nemohou vyhovět námitkám poskytovatele proti konečnému vyúčtování, pokud nepodepsal úhradový dodatek, protože úhradová vyhláška neumožňuje námitkám poskytovatele proti krácení úhrady z důvodu překročení úhradového limitu vyhovět. Byť s tímto výkladem z právního hlediska nesouhlasíme, zakotvení možnosti navýšení úhrady nad stanovený úhradový limit na základě námitek a odůvodnění poskytovatele by bylo pro praxi žádoucí.	NEAKCEPTOVÁNO. Zohledňování nadprodukce je čistě na domluvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny a MZ do tohoto neinferuje.

ČLK	K příloze č. 4 návrhu vyhlášky: ČLK zásadně nesouhlasí s dohodou, která byla uzavřena v segmentu ambulantních gynekologů, a s jejím převzetím do úhradové vyhlášky, protože dohodnuté úhradové podmínky jsou v rozporu s veřejným zájmem a právními předpisy. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Není známa žádná veřejná poptávka plátců po konsolidaci, resp. snížení úhrad v ambulantní gynekologii. Z dat analytické komise z března 2025 je zřejmé, že segment ambulantní gynekologie rostl v období 2019 - 2024 podprůměrně. Ze zápisů správní rad zdravotních pojišťoven v posledních letech nevyplývá potřeba zásadně změnit způsob úhrad v segmentu ambulantní gynekologie. Byl dohodnutý zcela nový systém úhrad bez veřejné diskuse, ke které by byli přizváni všichni zástupci, které poskytovatelé k vyjednávání zmocnili. Dohoda je v rozporu se zásadou předvídatelnosti a transparentnosti a je způsobilá část poskytovatelů významně finančně poškodit. To přímo potvrzuje ministerstvo v důvodové zprávě, když uvádí: <i>Dohoda bude mít významný dopad na jednotlivé poskytovatele, kde rozsah meziroční změny úhrad se pohybuje cca od -50 % do + 100 % a pro řadu poskytovatelů bude dopad zcela zdrcující, což je buď záměrem uzavřené dohody, nebo bude třeba s těmito poskytovateli uzavřít individuální úhradové dodatky pro krátkodobé zajištění kontinuity péče.</i> Jednotná agregovaná platba má zaplatit preventivní a léčebnou péči o netěhotné pacientky (s výjimkou několika dodatečně doplněných výkonů), aniž by umožňovala zohlednit skutečný objem péče, který budou pacientky u poskytovatele čerpat. Výše platby není stratifikována podle věku pacientek, resp. předvídatelných nákladů, jako to mají u kapitační platby například praktičtí lékaři. Návrh vyhlášky vycházející z dohody stanoví, že poskytovatel, který nedoloží požadované podklady k UZ přístroji (výroba nejpozději do 31.12.2011 a pravidelné servisní prohlídky	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. V dílčích oblastech dohoda v segmentu gynekologie upravena. Celkový princip dohody však ponechán, jelikož nebyl shledán jako rozporný s veřejným zájmem.
------------	--	--

	nejpozději 2 roky staré), má nárok na měsíční agregovanou platbu ve výši 56 Kč. Maximální částka na pojištěnku za jeden rok (12 měsíců) činí u tohoto poskytovatele 672 Kč (56 x 12 měsíců). Do této částky, která představuje podíl agregované platby na všechna vyšetření mimo UZ vyšetření, má být agregována úhrada za všechny výkony uvedené v části A bodu 2 písm. a) – n) návrhu. Pojištěnka starší patnácti let registrovaná u gynekologa má v systému veřejného zdravotnictví nárok na jednu preventivní prohlídku gynekologem ročně, výkon 63050. V roce 2025 činí úhrada za preventivní gynekologickou prohlídku bez ultrazvukového vyšetření 757,50 Kč (750 bodů x 1,01 Kč za bod). Dle dohody, ze které vychází návrh úhradové vyhlášky, obdrží příští rok registrující gynekolog, který nedoloží doklady k UZ přístroji, za prevenci o 85,50 Kč méně než letos. Další případné náklady na péči již bude hradit ze svého. Ani plná výše agregované platby u řady poskytovatelů, kteří pečují o léčebně složité pacientky, nepokryje vynaložené náklady. Samo ministerstvo v důvodové zprávě upozorňuje na riziko omezení péče o pacientky se složitými diagnózami Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, že dohoda je v rozporu se základním principem tvorby regulované ceny, jelikož nastavená úhrada nebude u části poskytovatelů způsobila pokrýt vynaložené náklady, což ministerstvo v důvodové zprávě nepřímo potvrzuje, když uvádí, že dopad na část poskytovatelů bude „zdrucující“. Dohodnuté úhradové podmínky jsou tedy způsobilé negativně zasáhnout do práva smluvních poskytovatelů na podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod a Ministerstvo zdravotnictví by mělo takovou dohodu odmítnout, protože je v rozporu s právními předpisy. Není možné vázat úhradu na chování pacientek, které poskytovatel nemůže ovlivnit - navrhovaná měsíční agregovaná platba má být poskytnuta pouze za pojištěnky, které byly v posledních 24 měsících na preventivní prohlídce. Tuto podmínku nemají zakotvenu ani praktičtí lékaři ani	
--	--	--

	stomatologové. Náklady na zvaní pacientek na preventivní prohlídky nejsou v úhradě zakotveny. Podmínka vlastnit přístroj s určitým datem výroby jde nad rámec zákonného zmocnění a nemá oporu v žádném obecně závazném právním předpisu. Nesouhlasíme s vypuštěním bonifikací při úhradě péče v odbornosti 604 (dětská gynekologie). Naprostý nesouhlas s vypuštěním možnosti vyvinění z regulací za preskripci a vyžádanou péči. Takový postup je v rozporu se závaznou judikaturou Ústavního soudu. Jedná se o experiment, který může vést k ohrožení dostupnosti hrazené ambulantní gynekologické péče. Ministerstvo zdravotnictví by mělo dohodu odmítnout i z důvodu rozporu s veřejným zájmem, kterým je i zajištění dostupnosti hrazených zdravotních služeb pro pojištěnce. Úhrada jednodenní péče zakotvená v dohodě nebyla dojednána v souladu s Jednacím řádem dohodovacího řízení. Segment ambulantní gynekologické péče není určen k vyjednávání úhrad za jednodenní péči, k tomu je určen nově vzniklý segment poskytovatelů jednodenní péče. Úhrada jednodenní péče patří do přílohy č. 13 návrhu vyhlášky.	
ČLK	K příloze č. 5 část B (laboratorní péče): Nesouhlas s výrazným meziročním poklesem úhrady v důsledku neadekvátního ponížení hodnoty bodu a nového typu limitace úhrady. Hodnoty bodů musí být zachovány na úrovni navrhované VZP a poskytovateli v dohodovacím řízení. Meziroční pokles úhrad je neakceptovatelný. ČLK se připojuje k připomínkám PRIVALAB,z.s. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Hodnoty bodu jsou poníženy z původních hodnot, které byly akceptovatelné jak pro zdravotní pojišťovny, tak pro poskytovatele	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ A VYSVĚTLENO. Hodnoty bodu jsou i přes navýšení dostatečné k pokrytí nákladů a přiměřeného zisku a nepovedou k ohrožení dostupnosti péče. Dále viz důvodovou zprávu. Limitací mandatorních nákladů jsou myšleny mandatorní náklady pojišťoven, nikoliv poskytovatelů. Nový regulační mechanismus motivuje k redukci duplicitní péče a péče s nízkou přidanou hodnotou, což vede ke zvyšování efektivity. Došlo nicméně k dodatečnému mírnému navýšení HB v bodě 2 části b) a k drobným úpravám ve vzorci výpočtu celkové výše úhrady.

	(konkrétní snížení 0,83 sníženo na 0,79 Kč, 0,98 Kč na 0,94 Kč, 0,71 na 0,67 Kč/bod, 0,86 na 0,82 Kč/bod). MZ žádalo poskytovatele a pojišťovny o nulový nárůst, který by byl dodržen při navýšení hodnot bodu a stanovení hodnoty bodu dle návrhů VZP a poskytovatelů. Navrhovaný pokles hodnoty bodu je snížením úhrad o cca 5,5%. V žádném jiném segmentu nebyla hodnota péče takto ponížena. Návrh je diskriminační vůči segmentu poskytovatelů laboratorních služeb. Každá skupina laboratorních odborností je navíc snižována jinak, některé jsou tímto znevýhodněny. MZ uvádí v důvodové zprávě, že jedním z cílů úhradové vyhlášky jsou limitace mandatorních výdajů, realizace legislativních změn v oblasti úhrad, podpora kvalitní a dostupné péče u poskytovatelů zdravotní péče, zejména primární péči (včetně prevence), následnou péči a jednodenní péči, nicméně zcela pomíjí mandatorní výdaje poskytovatelů laboratorních služeb – ať už v podobě povinné implementace a užívání elektronické žádanky, v podobě nových IVDR pravidel, změn ve vedení zdravotnické dokumentace, sběru dat ukládanému poskytovatelům ze strany UZIS, nově zaváděných preventivních programů a dalších Celkový odhad mandatorních výdajů na straně poskytovatelů činí 4,10 %. Ze strany MZD ČR nejsou tyto mandatorní výdaje nijak ve vyhlášce kompenzovány. Realizovat kvalitní a dostupnou péči v oblasti primární péče včetně prevence je bez laboratorních vyšetření nemožné, téměř všechny preventivní programy a související vyšetření jsou vázány na laboratorní vyšetření.	
ČLK	K příloze č. 5 část B: Nesouhlas se zavedením nového způsobu limitace úhrady. ČLK se připojuje k připomínce PRIVALAB,z.s. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Při požadavku na podporu a rozšíření prevence budou stagnovat počty ošetřených pojištěnců. I při případném, byť málo pravděpodobném, organickém růstu (současný růst počtu ošetřených	NEAKCEPTOVÁNO. Vzhledem k očekávanému snížení objemu péče duplicitních vyšetření v důsledku zavádění elektronické žádanky nedojde i přes změny v preventivních prohlídkách k nárůstu objemu péče na jednoho unikátního pojištěnce. Přísnější regulace růstu objemu péče je stále významně mírnější než úprava u nemocničních laboratoří.

	pojištěnců a výkonů) je vzorec pro výpočet Úhrady laboratoře limitující a růst úhrady nepokrývá ani materiálové náklady. Tento typ regulace výrazně omezuje dostupnost péče, protože poskytovatelé nebudou schopni provádět výkony, které nejsou díky uvedené limitaci úhrady hrazeny a poskytovatel je musí provádět na svoje náklady. Takovéto nastavení úhrady si zcela protiřečí s podporou prevencí, kterou MZ propaguje a prosazuje. MZ v důvodové zprávě uvádí, cit: „ je cílem MZ zvyšovat efektivitu a omezovat péči s nízkou přidanou hodnotou“ . Regulační vzorec pro výpočet Úhrady laboratoře₂₀₂₆ vůbec efektivitu neřeší, řeší pouze zastropování objemu. Takovýto přístup k regulaci je zcela v rozporu s požadavkem na zvyšování efektivitu. Podstatně větší efektivitu přinášel původní mechanismus regulace přes PURO, kdy každý z pacientů měl šanci být přijatý do systému k vyšetření a být vyšetřen v obvyklém rozsahu a v obvyklém rozsahu byla provedena úhrada (což je mimo jiné princip, na kterém jsou postavena preventivní vyšetření).	
ČLK	K příloze č. 5 část B: Nesouhlas s tvrzením, že v roce 2026 přinese úspory elektronická žádanka. ČLK se připojuje k připomíncekám PRIVALAB,z.s. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Elektronická žádanka doposud neexistuje, není definován ani datový standard, ve kterém by měla komunikace probíhat. Z MZ ČR doposud nepřišla žádná informace o tom, jak bude práce s elektronickou žádankou probíhat. Žádné informace nemají ani autoři jak ambulantních, tak laboratorních software, stav zpochybňují při dotazech i pracovníci ÚZIS, kteří se problematikou zabývají. Implementace systému elektronické žádanky, která není k dnešnímu dni připravena, bude probíhat při intenzivních pracích po celou dobu roku 2026 (pokud vůbec budou implementační práce s ohledem na stav zahájeny). Elektronická žádanka v roce 2026 nepřinese žádné úspory. Naopak zvýší náklady u poskytovatelů spojené s implementací, očekávaný	VYSVĚTLENO. Nasazení elektronické žádanky u laboratorních služeb je očekáváno od 1. 7. 2026.

	náklad u poskytovatelů tvoří cca 0,65% celkového objemu hrazené péče a je s ohledem na legislativní definici mandatorním výdajem.	
ČLK	K příloze č. 5 část B: Navrhujeme pro výkony definované v bodu 1 písm. c) hodnotu bodu 1,18 Kč. ČLK se připojuje k připomínkám PRIVALAB,z.s. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Hodnota bodu pro výkony definované v bodu 1 písm. c) (1,05 Kč) je podstatně nižší, než je tomu za zcela stejné výkony v segmentu praktických lékařů (1,18 Kč). Navrhujeme sjednocení hodnoty bodu s praktickými lékaři.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o systémovou změnu, kterou je nutné dohodnout na DŘ.
ČLK	K bodu 2 přílohy č. 13 návrhu vyhlášky: Navrhujeme následující doplnění textu: <i>Úhrada podle bodu 1 se vztahuje pouze na zdravotní služby poskytnuté na operačním sále pojištěncům s doplňkovým kódem U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí, <u>nebo pojištěncům, u nichž není možné tyto diagnózy vykázt.</u> Operačním sálem se pro účely této vyhlášky rozumí prostor splňující požadavky podle části I. bodů 22 a 23 přílohy č. 4 k vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.</i> Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Je navrhováno zachovat stejný obsah předmětného ustanovení, který je obsažen v úhradové vyhlášce pro letošní rok. Je důležité zachovat možnost úhrady jednodenní péče, která se provádí na operačním sále v lokální anestezii, kde se ASA skóre nestanovuje, resp. úhradu jednodenní péče, která je poskytována pacientům, u kterých se ASA skóre v průběhu jednodenní hospitalizace mění. U těchto pacientů není možné kód U54.1 nebo U54.2 vykázt.	VYSVĚTLENO. U většiny invazivních zákroků, včetně těch prováděných v lokální anestezii, se ASA třída stanovuje – při drobných, neinvazivních ambulantních výkonech (např. převazy, odstranění stehů, malé punkce) se však může vynechat, což představuje méně než 5 % případů. U výkonů jednodenní péče, které probíhají v celkové, regionální nebo analgosedační anestezii, je posouzení ASA povinné a stanovuje ho výhradně anesteziolog, protože je zodpovědný za předanestetické vyšetření a bezpečnost pacienta. U drobných zákroků v lokální anestezii bez přítomnosti anesteziologa může ASA posoudit i jiný lékař, nejčastěji operatér nebo ošetřující lékař, ale u jednodenní chirurgie nebo výkonů s anestezii to možné není.
ČLK	K bodu 5 přílohy č. 13 návrhu vyhlášky: Navrhujeme doplnění tabulky výkonů jednodenní péče: <u>U výkonů jednodenní péče bude v tabulce v bodě 5 doplněn tzv. zdrojový kód výkonu podle seznamu zdravotních výkonů (vyhláška č. 134/1998 Sb. v platném znění).</u> Tato připomínka je zásadní.	AKCEPTOVÁNO.

	Odůvodnění: Cílem návrhu je jednoznačná identifikace výkonu jednodenní péče výkonem podle SZV, čímž se vyřeší problémy s použitím úhradové vyhlášky pro úhradu jednodenní péče, které řeší poskytovatelé jednodenní péče s některými zdravotními pojišťovnami. Jedná se o ty zdravotní pojišťovny, které s poskytovateli nenasmlouvaly pro úhradu jednodenní péče výkonu VZP, jejichž čísla jsou uvedena v návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2026. Je nezbytné, aby bylo jasně identifikovatelné, který výkon podle SZV je v rámci tzv. balíčkové úhrady jednodenní péče uvedené v tabulce v bodě 5 hrazen, jelikož poskytovatelé jednodenní péče mají u zdravotních pojišťoven v příloze č. 2 ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb uvedena čísla zdrojových výkonů podle SZV. Tím bude jasné dáno, ke kterým nasmlouvaným výkonům se úhrada v úhradové vyhlášce vztahuje, i když poskytovatel nebude mít nasmlouván výkon VZP.	
ČLK	K bodu 5 přílohy č. 13 návrhu vyhlášky: do tabulky v bodě 5 navrhujeme doplnit výkony: <u>09-I06-05 resekce prsu, včetně odstranění mizních uzlin mimo CVSP</u> <u>09-I09-03 resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP</u> Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: 1. Tyto operace se provádějí desetiletí ve specializovaných centrech jednodenní péče a nikdy nebyla vznesena připomínka stran kvality poskytované péče. 2. Všechna centra JPL v plném rozsahu splňují podmínky určené mammologickou sekcí ČCHS JEP, které jsou pro poskytování této péče potřebné. 3. Česká onkologická společnost ČLS JEP, která je lídrem a garantem léčby karcinomu prsu, který je systémovým onemocněním, tuto péči do oblasti JPL doporučila. 4. NIKEZ, který se měsíce zabývá tvorbou doporučeného postupu pro jednodenní péči, zařadil mammologickou péči v plném rozsahu do JPL. Čerpal především z celosvětového trendu, dle kterého je mammologická operativa směřovaná do JPL.	NEAKCEPTOVÁNO. Česká chirurgická společnost zaslala na MZ negativní stanovisko ohledně možnosti provádění operací prsů pro zhoubný nádor v jednodenním režimu, z tohoto důvodu nemůžeme zahrnout do přílohy č. 13.

	5. Radiologická společnost, slovy prof. Daneše, doporučila mammologickou operativu do režimu JPL. 6. Výbor sekce ambulantní a jednodenní chirurgie doporučil mamologickpoui operativu do JPL. 7. Centra JPL kromě operativy provádějí v plném rozsahu dispenzarizaci pacientek, screeningová vyšetření potřebná pro fungování KOCů, přičemž porušení těchto funkčních řetězců by se dotklo rozsáhlého spektra léčby. 8. Ministerstvo zdravotnictví v posledních letech vyjadřuje jednodenní péči velkou podporu a činí efektivní kroky k rozvoji JPL. Vyřazení mammologické operativy z JPL by bylo v přímém rozporu s dosavadním pozitivním trendem. Operační výkon je jen jednou ze součástí celkové léčby, jeho rozsah a dobu, kdy má být proveden, určuje multioborová komise. V centrech JPL je operace prováděna zkušeným lékařem, který se mamární operativou dlouhodobě zabývá, většinou za přítomnosti plastického chirurga.	
ČLK	K bodu 5 přílohy č. 13 návrhu vyhlášky: Pro výkony jednodenní péče, které byly zakotveny v úhradové vyhlášce pro rok 2025, navrhuje, aby byly v roce 2026 zachovány stejné ceny, které uvádí úhradová vyhláška pro rok 2025 (příloha č. 13 bod 5 vyhlášky č. 314/2024 Sb.) Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Nesouhlasíme se meziročním poklesem úhrady za výkony jednodenní péče. Poskytovatelé jednodenní péče čelí kontinuálnímu nárůstu nákladů, kdy zejména mzdové náklady ve vazbě na mzdové/platové podmínky v nemocnicích rostou vysokým tempem. Pro rozvoj jednodenní péče je adekvátní úhrada klíčová. Jako kompromisní řešení akceptujeme meziroční stagnaci úhrad, tj. pro příští rok zachování stejných cen jako v letošním roce. V tomto jsme byli v dohodovacím řízení ve shodě s VZP ČR.	NEAKCEPTOVÁNO. Výše úhrady je vypočítána na základě nákladových dat referenčních nemocnic v rámci výpočtu DRG relativních vah, úhrada pro jednodenní péče si vypočte jako náklady na 1 ošetrovací den a materiálové náklady za danou DRG skupinu nebo část DRG skupiny, pokud je v příloze č. 13 více výkonů v rámci jedné DRG skupiny. Takovýto výpočet byl použit i v roce 2025, pokud relativní váha dané DRG skupiny klesá, musí klesat i úhrada jednodenní péče.
ČLK	K příloze č. 2 návrhu vyhlášky: K části A bodu 1 písm. a) až d): a) <i>76 77 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje</i>	AKCEPTOVÁNO JINAK. Úhrada navýšena ve vazbě na kvalitativní kritéria. Kapitace zvýšena pro ty poskytovatele, kteří splňují určité procento očkování a screeningů.

	hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu, b) 69 <u>70</u> Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin, c) 60 <u>61</u> Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b), d) 66-67 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b). Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Navrhujeme navýšení kapitační sazby tak, jak bylo navrhováno ze strany zástupců poskytovatelů v dohodovacím řízení. Návrh poskytovatelů vychází z reálné situace poskytovatelů. I tak se jedná o kompromisní řešení. Pouze adekvátní úhrada může přinést potřebný rozvoj primární péče.	
ČLK	K příloze č. 2 návrhu vyhlášky: K části A bodu 5 písm. a) až c): a) pro výkony č. 01021, 01022 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 4,35 Kč 1,37 a pro výkony č. 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 4,23 1,25 Kč, b) pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119 a 01130 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 4,24 1,26 Kč,	AKCEPTOVÁNO JINAK. Úhrada navýšena ve vazbě na kvalitativní kritéria. b) akceptováno

	c) pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitální platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši 1,18 1,23 Kč. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Navržené hodnoty bodu vycházejí z návrhu poskytovatelů v dohodovacím řízení a korespondují s reálnými náklady poskytovatelů a s potřebou adekvátního meziročního nárůstu úhrady s ohledem na kontinuální nárůst nákladů (mzdové náklady, nájem, všechny druhy služeb).	
ČLK	K příloze č. 2 návrhu vyhlášky K části A bodu 9: <i>Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením poskytovatelem v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovatelem v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 87 88 Kč.</i> Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Navrhované navýšení odpovídá návrhu poskytovatelů z dohodovacího řízení a koresponduje s potřebou meziročního nárůstu úhrad, který bude pro zajištění provozu adekvátní.	NEAKCEPTOVÁNO. 87 Kč je dostatečné na pokrytí nárůstu nákladů a odpovídá růstu v ostatních segmentech.
ČLK	K příloze č. 2 části C: Vyjmutí laboratorních vyšetření, která souvisejí s prevencí, z regulací za vyžádanou péči. Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: S ohledem na neustálé rozšiřování screeningových a preventivních programů, kdy podstatou většiny z nich je provedení laboratorního vyšetření a jeho vyhodnocení, je pro jejich fungování nezbytné, aby laboratorní vyšetření indikovaná v souladu s protokolem těchto preventivních programů nebyla zahrnuta do regulací.	VYSVĚTLENO. Tím, že regulace indikované laboratorní péče je u praktických lékařů vázána na průměrný objem indikací v tomto segmentu v hodnoceném období, není třeba speciálně vyjímát změny v objemu indikované laboratorní péče, které se dotknou všech poskytovatelů rovnoměrně (při všech preventivních prohlídkách), protože navýší tento průměr, z jehož kvalifikovaného překročení se regulace odvozuje.
ČLK	K příloze č. 2 části C: Navrhujeme doplnit následující text:	NEAKCEPTOVÁNO

<u>Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.</u> <u>Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.</u> <u>Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.</u> <u>Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.</u> Tato připomínka je zásadní. Odůvodnění: Je třeba ponechat stejné znění jako v minulých letech. Pokud zdravotní pojišťovna nepřekročí předpokládané výdaje na předmětnou komoditu, nesmí regulaci uplatnit. Regulace za preskripci a vyžádanou péči mají charakter sankce a jsou zdůvodňovány potřebou kontrolovat výdaje z hlediska udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud nedochází k překročení alokovaných prostředků, není důvod poskytovatele zatěžovat zdůvodňováním případného překročení limitu. V individuálních případech, kdy bude mít zdravotní pojišťovna pochybnost o správnosti indikace, nemá navrhované doplnění žádný vliv na její oprávnění provést u daného poskytovatele kontrolu správnosti indikace.	Vazba na zdravotně pojistný plán byla nesmyslná, jelikož ji nebylo možné průběžně vyhodnocovat a poskytovatel tak nevěděl, zda bude regulace uplatněna nebo nikoliv.
--	---

Asociace krajů	§ 1 (4) předání dat do ZP stanoveno na 15.3.2027 . Nebylo by vhodnější uvést období předání dávek např. 02/2027 případně 03/2027. Samotné zkrácení termínu není problematické.	NEAKCEPTOVÁNO. Z důvodu zasedání analytické komise je potřeba znát data do tohoto termínu. Je nutné zachovat jednotné uvádění dat v souladu s legislativními pravidly.
Asociace krajů	Centrové léky index cenové slevy. KNTB dlouhodobě vykazuje v nákupních cenách, zavedení indexu cenové slevy je pro KNTB diskriminační. Pokud bychom dlouhodobě vykazovali v max. cenách tak by pro nás limity na CL byly nedostatečné. Navrhujeme dvě varianty: pokud ZZ vykazuje v max. cenách aplikují se indexy cenové slevy, pokud v nákupních cenách (případně + marže dle cenového předpisu) tak se index nepoužije. Žádáme o úpravu. Tato připomínka je zásadní.	NEAKCEPTOVÁNO. Ustanovení pochopitelně bude směřovat péči k poskytovatelům, kteří jsou schopni vyjednat vyšší cenovou slevu, a to je efektivní pro systém veřejného zdravotního pojištění. Neschopnost obchodních oddělení jednotlivých nemocnic není důvodem pro rušení úhradového mechanismu.
Asociace krajů	Prosíme o upřesnění formulace CVSP 11 a z toho jedno z uvedených – napříč ÚV. „...který má alespoň v části hodnoceného období alespoň 11 statusů centra vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách, a který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou“	AKCEPTOVÁNO.
Asociace krajů	Gynekologická oddělení nemocnic registrují pacientky k péči, je nespravedlivé, aby nemohli u těchto pacientek využít platbu za agregovanou měsíční úhradu. Nemocniční poskytovatelé velikosti KNTB přijdou touto změnou o cca 1mil. Kč vůči privátním subjektům a ambulance je o tuto částku znevýhodněna vůči venkovním poskytovatelům. Žádáme omezení zrušit. Tato připomínka je zásadní.	NEAKCEPTOVÁNO. Gynekologická péče v nemocnicích bude nadále hrazena výkonově. Je také nutné mít na paměti, že úhradu naprosté většiny výkonů měsíční agregovaná úhrada vylučuje, a že pro poskytovatele poskytující větší objem léčebné péče tento úhradový mechanismus není ekonomicky výhodný.
Asociace krajů	V případě vyžádané péče dochází u poskytovatelů KOC bez referenční laboratoře k nárůstům této péče. Bez vyšetření v referenční laboratoři nejdou nasazovat CL. Žádáme odbornost patologie a genetiky vyjmout z regulací.	NEAKCEPTOVÁNO. Deregulace těchto laboratorních vyšetření vytváří riziko pro přílišný růst nákladů.
Asociace krajů	Snížení částky za výkon 09564 příjem pacienta od ZZ z 1000Kč na 850 Kč považujeme za bezdůvodné. Žádáme úhradu nesnižovat. Tato připomínka je zásadní.	AKCEPTOVÁNO.

Asociace krajů	Příloha č. 1 §5 – pokles paušální úhrady o 2 % vůči roku 2025. Požadujeme zrušit plošné -2 % oproti roku 2025 u poskytovatelů bez statutů center. Plošné krácení je v rozporu s cílem vyhlášky udržet dostupnost péče v regionech a zvyšuje riziko omezení provozu a nemocnicím způsobí ekonomický propad. Tato připomínka je zásadní.	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Úhrada částečně navýšena.
Asociace krajů	§ 5 bod 7 – Urgent + LPS. Nesouhlasíme se snížením paušálu na urgentní příjem z 9 mil. Kč na 5 mil. Kč a se snížením úhrady výkonu 09564 (převzetí od ZZS) na 850 Kč. Navrhujeme zachovat úroveň roku 2025 stejně jako u ostatních urgentních příjmů vyššího typu (např. I. typ zůstává 55 mil. Kč) + kompenzovat vyrovnávací platby z krajských rozpočtů. Žádáme o úpravu podmínek. Tato připomínka je zásadní.	AKCEPTOVÁNO.
Asociace krajů	§5 bod 4 – „Úhrada vyčleněná“ / Cenová soutěž (část D přílohy 10). Jedná se o netransparentní bod a nezajišťuje rozdělení péče dle potřeb pacientů v jednotlivých regionech. Ve vyhlášce není závazný harmonogram a pravidla cenové soutěže podle části D přílohy 10. Bez stanovení termínů (vyhlášení, vyhodnocení, uzavření dodatků) je úhrada pro poskytovatele nejistá. Navrhujeme zrušení tohoto bodu v návrhu vyhlášky, neboť je potřeba lepší přípravy a transparentní nastavení soutěže před jejím zavedením. Výsledek soutěže se musí poskytovatel dozvědět s dostatečným předstihem k naplánování efektivního využití zdrojů poskytovatele (finance, personál, operační sály, materiál). Tato připomínka je zásadní.	AKCEPTOVÁNO.
Asociace krajů	Příloha č. 14 – části C a E (limitní jednodenní úhrady). Nesouhlasíme s plošnou limitací částkami JPL (ASA 1–2) u skupin v Příloze č. 14 v částech C/E. U řady diagnóz je JPL medicínsky nevhodná (laparoskopické operace s intubací a řízenou ventilací), u všech diagnóz je riziko komplikace, které může hospitalizaci prodloužit a klasifikace ASA je stanovena před hospitalizací a již se nepřekódovává, takže nemusí vystihovat aktuální stav pacienta při hospitalizaci. Navrhujeme: a) některé diagnózy vyjmout z JPL,	NEAKCEPTOVÁNO. V případě komplikací je pravděpodobné, že hospitalizační případ spadne do CZ-DRG skupiny, která limitována jednodenní úhradou není, a klasifikace ASA tak nebude mít vliv. V ostatních případech je nutné setrvat na navrženém mechanismu, který jediný dokáže u těchto skupin, které v naprosté většině případů vhodné pro jednodenní péči nebo velmi krátkou hospitalizaci jsou, že

	b) zrušit limitaci u výkonů s vyšší mírou konverze na vícedenní pobyt, nebo c) doplnit výjimku: při prokázané komplikaci/konverzi se případ ocení dle příl. 10 (bez stropu). Žádáme o změnu podmínek dle návrhu. Tato připomínka je zásadní.	není hospitalizace protahována za účelem optimalizace úhrad vzhledem k obsazenosti lůžek.
Svaz průmyslu a dopravy ČR	Obecné připomínky Návrh tzv. úhradové vyhlášky je předkládán po proběhlém dohodovacím řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních sužeb jako zástupců smluvních poskytovatelů. Z jednání vzešly kromě dohody jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven rovněž návrhy, které ministerstvo zanalyzovalo a ve vhodných případech využilo při tvorbě vyhlášky, jak se uvádí v důvodové zprávě. V této souvislosti jsme byli zástupci „laboratorního segmentu“, kteří mají své zástupce v členské základě SP ČR upozorněni, že v případě tohoto segmentu s nimi jednáno nebylo, ačkoli o konzultaci písemně žádali z důvodů zásadní změny regulace s výrazným dopadem na tento sektor. V rámci konkrétních připomínek proto zasíláme výhrady „laboratorního segmentu“ a dovoluujeme si požádat o jejich zvážení při dalších pracích na této vyhlášce. Návrh v oblasti příjmů systému veřejného zdravotního pojištění je navýšen o 3 mld. Kč, tj. nevychází z Makroekonomické predikce MFČR ze srpna 2025. Nezohledňuje tak rizika predikce ekonomického růstu, nejistoty: geopolitické napětí, cla a jiné překážky v mezinárodním obchodu, možné obnovení problémů v dodavatelských řetězcích, přetrvávající silný růst cen ve službách, volatilitu cen energií a surovin. I když je predikce MF tradičně nastavována konzervativně, domníváme se, že by měly být v současné situaci tyto rizikové faktory brány v úvahu. Z hlediska budoucnosti českého zdravotnictví a řešení jeho problémů, včetně usnadnění tvorby konkrétních právních předpisů, jakým je například úhradová vyhláška, se ukazuje za vysoce aktuální, aby byly co nejdříve naplňovány vytyčené cíle „Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2035“. Tato připomínka je zásadní	VZATO NA VĚDOMÍ. Se zástupci laboratorního segmentu jednáno bylo. U predikce MF viz důvodová zpráva.

Svaz průmyslu a dopravy ČR	Konkrétní připomínky: 1. <u>Důvodová zpráva, obecná část, kap. 3 – přezkum regulace, písm. D</u> Požadujeme u služeb komplementu (laboratoře) vysvětlení, z jakých dat, analýzy při identifikaci úspor ve výši 0,5 mld. Kč předkladatel vycházel, neboť z analýz poskytovatelů laboratorních služeb vychází, že naopak dojde oproti roku 2025 k propadu úhrad mezi 1,1 až 1,3 mld. Kč. Tato připomínka je zásadní.	VYSVĚTLENO. Předkladatel při tvorbě analýzy vycházel z dat NRHZS a od zdravotních pojišťoven.
Svaz průmyslu a dopravy ČR	1. <u>Důvodová zpráva zvláštní část, §10 a příloze č. 5, části B</u> V návaznosti na obecnou připomínku, týkající se dopadů navrhovaných úprav na laboratorní segment, prosíme o zohlednění, následujících výhrad a pochybností zástupců laboratorního segmentu: - V odůvodnění k danému ustanovení se uvádí, že zavedení elektronických žádank v roce 2026 povede k významným úsporám a tím i menší poptávce po laboratorních službách. Není však explicitně uvedeno, kdy budou elektronické žádanky zavedeny, není ani žádná relevantní analýza, o kterou by se dalo toto tvrzení opřít. Je nutné uvést, že nyní trpí úhrady laboratorního sektoru neuhrazenou vyžádanou péčí v ročním objemu mezi 10 až 15%, kdy nejsou laboratořím uhrazeny ani jejich oprávněné náklady. Nelze tedy očekávat, že dojde ke zlepšení, ale naopak, tak jak je model pro rok 2026 navržen, dojde k prohloubení tohoto trendu, a to i v souvislosti s růstem vyžádané péče z důvodu akcentu na potřebnou prevenci. - Navržený způsob úhrad pro laboratoře významně snižuje transparentnost výpočtu, a to i s ohledem na skutečnost, že zdravotní pojišťovny neposkytují potřebná data včas, a to ani ve stanovených lhůtách. Zcela problematický bude tento způsob úhrady pro menší	NEAKCEPTOVÁNO A VYSVĚTLENO. Laboratorní segment je dlouhodobě nejvíce rostoucí segment ve zdravotnictví z tohoto důvodu je nutná významnější korekce úhrad. Došlo nicméně k dodatečnému mírnému navýšení HB v bodě 2 části b) a k drobným úpravám ve vzorci výpočtu celkové výše úhrady.

	poskytovatele, kteří nemají dostatečné administrativní zázemí. - Navržený způsob úhrady pro laboratoře zcela pomíjí průběh dohádovacího řízení, kdy v segmentu nedošlo k dohodě. Žádný z předložených návrhů nenavrhoval zásadní změnu úhradového mechanismu. Předkladatel přesto zásadně mění zavedený způsob úhrady, aniž by došlo ke konzultacím se zástupci poskytovatelů a byly představeny analýzy dopadů předloženého návrhu. - Navržený způsob úhrady pro laboratoře ve své podstatě znamená, že netransparentně dojde k ponížení úhrad na úroveň roku 2024, přičemž v žádném segmentu úhradové vyhlášky pro rok 2026 není navržen takto razantní propad úhrad. Ve svém důsledku lze očekávat propad o 6% ve srovnání s rokem 2025. Zcela nepochopitelně se zároveň snižuje hodnota výkonů v odstavci A/1 ve srovnání s rokem 2025, což nerespektuje meziroční růst nákladů, ani nedochází k žádnému přecenění jednotlivých výkonů. Návrh v § 10 je nutné přehodnotit, aby úhrady v roce 2026 zajistily zachování kvality a dostupnosti zdravotních služeb.	
MV	<u>Doporučující připomínka:</u> K § 2 odst. 6: Doporučujeme odstavec 6 formulačně upravit, neboť je v předložené podobě obtížně srozumitelný. Z navrhovaného znění dle našeho názoru neplyne záměr předkladatele uvedený ve zvláštní části důvodové zprávy, srov. „Nově je také stanoven termín (31. května dalšího kalendářního roku), k němuž se vyhodnotí podle NZIS data za všechny zdravotní pojišťovny pro využití ve vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, s tím, že následně cca do dvou týdnů ÚZIS tato data vhodnou formou předá zdravotním pojišťovnám a poskytovatelům (zveřejněním, nebo přímým předáním podle charakteru dat).“.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Ustanovení bylo vypuštěno.
MV	<u>Připomínky legislativně technické a formálního charakteru:</u> K § 16:	AKCEPTOVÁNO JINAK. Ustanovení skutečně nebylo formulováno optimálně. Výše úhrady je stanovena jako „9600 Kč * koeficient“, slovo „násobených“ se tedy

	Doporučujeme slovo „ <i>násobených</i> “ nahradit slovem „ <i>násobené</i> “, neboť určuje podstatné jméno „ <i>výše</i> “.	vztahuje k „9600 korun českých“. Pro zdůraznění tohoto vztahu byly odstraněny z věty čárky, mezi které bylo vloženo násobení příslušným koeficientem.
MV	K příloze č. 1 – části A): 1. V závěrečné části bodu 2.2.1. navrhujeme vypustit nadbytečnou mezeru ve slovech „ <i>mají léčivé přípravky</i> “, a to za slovem „ <i>léčivé</i> “. 2. V bodě 3.2 písm. e) navrhujeme s odkazem na užití interpunkčních znamének ve zbývající části přílohy č. 1 vložit dvojtečku za slovo „ <i>následovně</i> “. 3. V bodě 7.21 písm. b) podbodě ii. navrhujeme na konci vymezení textu „ <i>HB_{i,2026,ost}</i> “ doplnit tečku. Na konci bodu 8.5 se nachází dvě tečky, jednu je třeba vypustit.	AKCEPTOVÁNO.
MV	K příloze č. 1 – části B): V bodě 3 písm. d) je nezbytné ve vymezení textu „ <i>HB_{min}</i> “ vložit do textu „ <i>1Kč</i> “ chybějící mezeru.	AKCEPTOVÁNO.
MV	K příloze č. 5 – části A): Navrhujeme v bodě 7 doplnit na konec písmene a) čárku.	AKCEPTOVÁNO.
MV	K příloze č. 11 – části B) U kódu 00951 výkonu Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce upozorňujeme na jinou velikost písma ve srovnání s ostatním textem přílohy č. 11. Tuto připomínku obdobně vztahujeme i ke kódům 00982 a 00985 k popisu regulačních omezení.	AKCEPTOVÁNO.
MV	K důvodové zprávě – obecně: V souladu s čl. 16 odst. 4, resp. čl. 14 odst. 1 písm. f) až h) Legislativních pravidel vlády navrhujeme obecnou část důvodové zprávy rozšířit o zhodnocení, zda není návrhem vyhlášky zakládána veřejná podpora, zhodnocení dopadů na práva a povinnosti fyzických a právnických osob a zhodnocení dopadů na ochranu práv dětí.	AKCEPTOVÁNO.
UZZ	<u>Připomínky Charity ČR</u> Konkrétní připomínky 1. Příloha č. 6 - bod 1. Máme za to, že nezměněná výše úhrady za výkon přepravy v návštěvní službě nereflektuje nárůst souvisejících nákladů, zejména	Ad 1. NEAKCEPTOVÁNO. Úhrada adekvátně pokrývá náklady dopravy. Ad 2.

	servisních prací. Požadujeme výpočet výše úhrady adekvátně upravit. 2. Příloha č. 6 – bod 2. Máme za to, že nezměněná výše úhrady pro odbornost 925 nereflexuje nárůst provozních nákladů na straně poskytovatelů zdravotních služeb. Máme za to, že výše úhrady by měla reflektovat vývoj makroekonomických ukazatelů v národním hospodářství. Požadujeme výpočet výše úhrady adekvátně upravit. 3. V porovnání s praxí z úhradovou vyhláškou pro rok 2025 byl zcela vypuštěn bod 9. následujícího znění: „Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady podle bodů 3, 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,26 Kč, zdravotní výkony odbornosti 925 podle seznamu výkonů ve výši 1,05 Kč a pro ostatní odbornosti podle bodu 2“. Požadujeme doplnění tohoto ustanovení do vyhlášky pro rok 2026, jelikož dle předloženého návrhu dochází k neodůvodněnému zhoršení postavení poskytovatelů zdravotních služeb, kteří mají zahraniční pojištěnce ve své péči. Všechny uvedené připomínky jsou zásadní.	NEAKCEPTOVÁNO. Růst úhrady je realizován skrz růst počtu bodů v SZV. Ad 3. VYSVĚTLENO. Úprava úhrady péče o zahraniční pojištěnce byla uvedena do plného souladu s požadavky evropských předpisů, které vyžadují stejné zacházení s evropskými i českými pojištěnci i institucemi veřejného zdravotního pojištění.
UZS	<u>Připomínky Asociace laboratoří QualityLab (všechny zásadní)</u> V Odůvodnění k ÚV 2026 se v kapitole 3 Přezkum účinnosti regulace píše o tom, že proběhly konzultace s příslušnými profesními organizacemi, ale toto se v případě laboratorního segmentu nestalo. A to i přesto, že zástupci profesních organizací o to dopisem požádali. Přesto navrhovatel zcela zásadně změnil způsob regulace, který má neobvykle významný dopad, a to až propadem úhrad na úroveň roku 2024!	VYSVĚTLENO. Konzultace se segmentem laboratoří proběhly a vzhledem k nedohodě v dohodovacím řízení následně stanovilo úhradu MZ ve vyhlášce.
UZS	V Odůvodnění k ÚV 2026 se v kapitole 3 Přezkum účinnosti regulace písmeno D, u služeb komplementu uvádí, že dojde k úsporám 0,5mld. Kč, ale předkladatel nezveřejnil žádné relevantní analýzy, z čeho toto tvrzení vychází. Z analýz poskytovatelů laboratorních služeb vychází, že dojde oproti roku 2025 k propadu úhrad mezi 1,1 až 1,3 mld. Kč.	VYSVĚTLENO. Zdravotní pojišťovny naopak očekávají v segmentu laboratoří růst o 2-3 % na základě návrhu vyhlášky. Odhad MZ je proto střední hodnotou mezi odhady pojišťoven a poskytovatelů.
UZS	V Odůvodnění k ÚV 2026 K § 10 se uvádí, že zavedení elektronických žádank v roce 2026 povede k významným úsporám a tím i menší poptávce po laboratorních službách, není explicitně uvedeno, kdy budou elektronické žádanky zavedeny, není ani žádná relevantní	VYSVĚTLENO.

	analýza, o kterou by se dalo toto tvrzení opřít. Celé je to postavené spíš na nějakých přáních než skutečnostech a je jen nutné uvést, že prozatím trpí úhrady laboratorního sektoru neuhrazenou vyžádanou péčí v ročním objemu mezi 10 až 15%, kdy nejsou laboratořím ani uhrazeny oprávněné náklady! Nelze tedy očekávat, že dojde ke zlepšení, ale naopak, tak jak je model pro rok 2026 navržen dojde k prohloubení tohoto trendu, a to i v souvislosti s růstem vyžádané péče z důvodu tolik proklamovaného akcentu na potřebnou prevenci!	Start elektronických žádanek pro segment laboratoří se očekává od 1.7.2026 a již v roce 2026 tak dojde k realizaci úspor zmíněných v důvodové zprávě.
UZS	Par 10, tak jak byl navrhovatelem předložen je zcela v rozporu s některými nálezy Ústavního soudu z roku 2013 a to: 1) <u>předvídatelnost a svévole</u>: je v rozporu se zásadou předvídatelnosti a zákazem svévole, pokud je poskytovatel zdravotní péče sankcionován za překročení limitů pro objem poskytované péče, protože nemůže odhadnout či ovlivnit, v jakém rozsahu bude péče poskytnuta. V případě vyžádané péče pak není poskytovatel vůbec schopen odhadnout či ovlivnit, v jakém rozsahu bude péče poskytnuta a zda nebude poskytnuta ve větším rozsahu, než byla vyžádána. Přesto je poskytovatel za překročení sankcionován. <u>překročení objemu péče</u>: Pokud jsou po překročení objemu péče v kalendářním roce poskytovatelé nuceni v důsledku nastavení výše úhrad poskytovat zdravotní péči, ačkoliv úhrada nepokrývá ani jen nezbytné náklady, jde o porušení práva podnikat a práva na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči.	VYSVĚTLENO. MZ stanovilo úhradový mechanismus, který zaručuje úhradu nadprodukce, aby při růstu objemu vyžádané péče byla tato péče poskytovatelům uhrazena (částečně a při splnění podmínek). Ustanovení je tak konformní s nálezem ÚS.
UZS	§ 10, Navržený způsob úhrad pro laboratoře významně snižuje transparentnost výpočtu, a to i s ohledem na to, že ZP neposkytují potřebná data včas, a to ani ve stanovených lhůtách. Zcela problematický bude tento způsob úhrady pro menší poskytovatele, kteří nemají dostatečné administrativní zázemí.	NEAKCEPTOVÁNO. Úhradová vyhláška neřeší způsob komunikace mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.
UZS	§ 10, Navržený způsob úhrady pro laboratoře zcela pomíjí průběh DŘ a to i přesto, že v segmentu nedošlo k dohodě. Žádný z předložených návrhů nenavrhoval zásadní změnu úhradového mechanismu. Navrhovatel přesto zásadně mění zavedený způsob úhrady, aniž by došlo ke konzultacím se zástupci poskytovatelů a byly představeny analýzy dopadů předloženého znění.	NEAKCEPTOVÁNO. Úpravy jsou navrženy pro dosažení úspor v systému veřejného zdravotního pojištění, ale jsou koncipovány tak, aby stále zajistily poskytovatelům úhradu oprávněných nákladů a přiměřeného zisku.

		Úhrady laboratorního segmentu byly konzultovány se zástupci poskytovatelů a pojišťoven.
UZS	§ 10, Navržený způsob úhrady pro laboratoře ve své podstatě znamená, že netransparentně dojde k ponížení úhrad na úroveň roku 2024, v žádném segmentu ÚV 2026 není navržen takto razantní propad úhrad.	NEAKCEPTOVÁNO. Úpravy jsou navrženy pro dosažení úspor v systému veřejného zdravotního pojištění, ale jsou koncipovány tak, aby stále zajistily poskytovatelům úhradu oprávněných nákladů a přiměřeného zisku.
UZS	§ 10, Navržený způsob úhrady pro laboratoře znamená, že dojde k propadu úhrad o 6% oproti roku 2025. Zároveň se zcela nepochopitelně snižuje hodnota výkonů v odstavci A/1 oproti roku 2025, což nerespektuje meziroční růst nákladů, ani nedošlo k žádnému přecenění jednotlivých výkonů. Návrh v § 10 je nutné přehodnotit, aby úhrady v roce 2026 zajistily zachování kvality a dostupnosti zdravotních služeb.	VYSVĚTLENO. Zdravotní pojišťovny naopak očekávají v segmentu laboratoří růst o 2-3 % na základě návrhu vyhlášky. Odhad MZ je proto střední hodnotou mezi odhady pojišťoven a poskytovatelů
UZS	<u>Připomínky Svazu zdravotních pojišťoven ČR (všechny zásadní)</u> <u>Financování systému veřejného zdravotního pojištění je pro rok 2026 nastaveno jako deficitní.</u> Návrh vyhlášky a průvodní dokumenty nikterak nedokládají, že plánovaný deficit systému pro rok 2026 je nezbytně nutný pro správnou funkčnost a nákladovou efektivitu systému. Naopak z dopadů úhradových vyhlášek za uplynulé roky je v důvodové zprávě správně uvedeno, že financování, <u>zejména akutní lůžkové péče bylo v minulých vyhláškách nadhodnoceno a vedlo k přesunu finančních rezerv pojišťoven do spotřeby v nemocnicích více než bylo potřebné</u> , a to v řádu desítek mld. Kč (viz. Zvláštní část Důvodové zprávy k § 5 odst. 1 a příloha č.1). Toto chybné nastavení úhrad je v návrhu korigováno nedostatečně. Vládou přijaté usnesení č. 267/24 ze dne 24. dubna 2024, které zavazuje ministra zdravotnictví k vydání úhradové vyhlášky v takové podobě, aby umožňovala vyrovnané hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění, k vyrovnanému hospodaření pro rok 2025 nebylo naplněno a fakticky je tedy ještě naléhavěji třeba usilovat o jeho naplnění v roce 2026.	NEAKCEPTOVÁNO. Vláda se návrhem na závazek Ministerstva zdravotnictví k vydání tzv. úhradové vyhlášky jako vyrovnané i pro rok 2026 zabývala a tento návrh neschválila, z čehož je nutné usuzovat, že vůle vlády pro rok 2026 není, aby byl „o to naléhavěji“ plněn závazek, který byl stanoven pro vyhlášku na rok 2025.

	Požadujeme nastavit „vyhlášku“ pro rok 2026 jako vyrovnanou.	
UZS	<u>Zůstatky na účtech pojišťoven nejsou v rozporu s komentářem v Důvodové zprávě k návrhu dostatečné pro krytí navrhovaného deficitu (část I., bod 3, písm. D - str. 207)</u> MZ dlouhodobě veřejnost podle našeho názoru zavádějícím způsobem informuje o tzv. součtu zůstatků na všech fondech pojišťoven a velikostí této částky dokládá disponibilitu těchto zdrojů. Ve skutečnosti by i za situace, kdy by všechny pojišťovny měly k dispozici proporcionálně stejnou výši zdrojů a <u>technicky již nebyly solventní vůči poskytovatelům zdravotních služeb musely mít na účtech nejméně okolo 15 mld. Kč</u>. Jedná se o naprosté provozní minimum na vykrytí časových posunů mezi příjmy a výdaji i v průběhu jednoho měsíce. Druhou nepřijatelnou nepřesností, je že finanční zůstatky jsou mezi pojišťovny ve skutečnosti rozděleny výrazně nerovnoměrně. Rozhodující finanční rezervu ve vyjádření na jednoho pojištěnce má k dispozici pouze VZP (33,5 mld. tj. 5426 Kč Kč) u zbývajících pojišťoven jsou zůstatky v průměru jen 2643 Kč, tedy poloviční. Plánovaný deficit tak je pro některé pojišťovny již ohrožující, a to v situaci, kdy bylo konstatováno, že systém přerozdělování příjmů, ani vliv nákladově odlišných skupin uprchlíků není plně vyhovující a neumožňuje všem pojišťovnám stejně vysoké výdaje. Těmito dopady se Důvodová zpráva vůbec nezabývá. Požadujeme nastavit „vyhlášku“ pro rok 2026 jako vyrovnanou	NEAKCEPTOVÁNO. Nerovnoměrnost rozdělení zůstatků nic nemění na tom, že nepřijetím příslušného usnesení vláda nepřímo vyjádřila vůli úhradovou vyhlášku nelimitovat požadavkem na její vyrovnanost, a to i s přihlédnutím k situaci ve zdravotnictví, kdy je třeba vyvažovat možnosti zdravotních pojišťoven s potřebami poskytovatelů a pojištěnců.
UZS	<u>Odhad příjmů pro rok 2026 i s odkazem na rok 2025 neodpovídá propočtům zdravotních pojišťoven.</u> Odhad údajně konzervativních nastavených makroekonomických indikátorů, ke kterým je oprávněno MF je zkreslen časovým posunem zpřesňování prognózy pro rok 2025 mezi srpnem a listopadem 2024.	VYSVĚTLENO. Viz důvodová zpráva a rozdíly v příjmech dle ZPP zdravotních pojišťoven vs predikce MF na rok 2025.

	<u>Není ovšem plně zdůvodněné, že podobný optimistický vývoj lze čekat i pro rok 2026.</u> Naopak, s ohledem na kritický pokles zůstatků ZP je optimistický scénář nepřipustným rizikem. Všechny členské zdravotní pojišťovny aktuálně odhadují v průměru příjmy systému na 554,3 mld. Kč a nikoliv na 556,3 mld. Kč dle odhadů MZ.	
UZS	<u>Odhad výdajů z titulu Návrhu úhradové vyhlášky je podle našich analýz podhodnocen.</u> Na základě kalkulací a modelací výdajů všech členských zdravotních pojišťoven vychází, s ohledem předpokládaný nárůst produkce s jeho trendy, růst nákladů o 1-2% body nad odhad růstu nákladů, které v důvodové zprávě uvádím MZ. Přijetím aktuálního návrhu ÚV na rok 2026 s nedostatečně doloženým veřejným zájmem na navrhovaném zvýšení výdajů, hrozí již v závěru roku 2026 úplné vyčerpání finančních zdrojů, a to včetně jednorázového rozpuštění a utracení zůstatků fondů ve výši cca 6,5 mld. Kč. Navrhujeme proto snížit odhad příjmů pro účely hodnocení dopadů ÚV o cca 2 mld. Kč a současně snížit vyhláškou předpokládané náklady tak, aby bylo možné dosáhnout plně vyrovnaného hospodaření systému pro rok 2026 a to doby, než budou provedeny systémové změny umožňují vyšší růst výdajů.	VYSVĚTLENO. Důvodová zpráva udává průměrné růsty nákladů za všechny ZP dohromady, nikoliv pouze za SZP.
UZS	Důvodová zpráva – zůstatky na účtech ZP k 31.12.2025 využitelné pro financování deficitního hospodaření v roce 2026 budou výrazně nižší, než uvádí důvodová zpráva (v roce 2025 je v ZPP plánován deficit ve výši 13,4 mld Kč). Ač je v textu uvedeno, že zůstatky pojišťoven jsou dlouhodobě pod bezpečnou hranicí 10 %, a systém je proto velmi křehký, přesto je předkládán otevřeně deficitní návrh úhradové vyhlášky. Skutečný deficit v roce 2026 bude navíc výrazně vyšší, protože odhadové příjmy 2026 odvozené od příjmů uvedených	VYSVĚTLENO. Viz důvodová zpráva, vzhledem k pololetním průběžným výsledkům hospodaření pojišťoven očekává MZ lepší výsledek hospodaření roku 2025 než je uvedeno v ZPP.

	v ZPP 2025 považujeme na základě skutečného stavu za nadhodnocené o 2 miliard Kč.	
UZS	Důvodová zpráva – plánovaný růst nákladů ve výši 3,9 % neodpovídá disponibilním zdrojům. Pokud je v plánu MZ ČR využít pro krytí schodku finanční prostředky ze zrušeného rezervního fondu, pak upozorňujeme, že v dalším roce tyto zdroje již nebudou znovu k dispozici.	VYSVĚTLENO. Viz důvodová zpráva, MZ předpokládá, že deficit může být i významně nižší. O rezervním fondu důvodová zpráva nemluví vůbec.
UZS	Důvodová zpráva – tabulka růstu nákladů na segmenty. V předchozí vyhlášce byl růst rozdělen na vliv přirozený (způsobený růstem produkce) a vliv cenový (způsobený růstem jednotkových cen). Toto zobrazení dávalo lepší vhled do předpokladů autorů vyhlášky a dlouhodobě bychom ho proto preferovali.	VYSVĚTLENO. Vzhledem k absenci jednoznačné metodiky rozdělující růst na cenový a přirozený, bylo toto rozdělení pro jednoduchost vypuštěno.
UZS	Důvodová zpráva – mezi roky 2023 a 2024 bylo meziroční tempo růstu spotřeby centrových LP cca 19 %. Není důvod se domnívat, že toto tempo bude mezi roky 2024/2025 resp. 2025/2026 výrazně nižší (důvodová zpráva uvádí 12 %). Žádáme o podrobnější informace k sesbíraným datům, jednotlivým změnám a predikcím, které vedly výpočtu indexů navýšení a indexům cenových slev a k výpočtu celkových predikovaných nákladů.	VYSVĚTLENO. Predikce jsou založeny na odhadech ÚZIS a zdravotních pojišťoven, které jsou zdravotním pojišťovnám dostupné. Vyšší tempo růstu centrových léků u SZP oproti VZP si lze vysvětlit pouze rozdílnou smluvně úhradovou politikou těchto entit.
UZS	Důvodová zpráva – úprava textu dohody mezi ZP a zástupci poskytovatelů s odkazem na neexistenci kódu výkonu v Seznamu zdravotních výkonů. Upozorňujeme, že toto pravidlo není dodržování důsledně, viz např. Příloha č. 11 s výkony určenými pro ambulantní stomatologii nebo Příloha č. 13 s balíčkovými výkony pro segment JPL.	VYSVĚTLENO. Je zcela nejasné, jakou část důvodové zprávy připomínkové místo komentuje. Připomínkové místo, resp. sdružené zdravotní pojišťovny, mohou navíc přímo navrhnout doplnění seznamu zdravotních výkonů. Segmenty podle příloh č. 11 a 13 mají svá specifika a nejsou ve srovnání s ostatními segmenty dobrým příkladem.
UZS	Důvodová zpráva – pokud je zřejmé, že počty výkonů TEP v posledních letech v ČR překračují průměr EU, není rozumné požadovat zachování těchto již tak vysokých počtů i v roce 2026. Proto požadujeme limit meziročně snížit o 10 % a po roce vyhodnotit vliv tohoto opatření na časovou dostupnost.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Cenová soutěž TEP byla vypuštěna z návrhu vyhlášky.
UZS	Důvodová zpráva – pokud je z nákladových dat z referenční sítě DRG zřejmé, že náklady na LPS jsou plně kryty výkonovou složkou úhrady, pak fixní složka úhrady za LPS by měla být nulová. Není důvod používat nákladová data referenčních sítí jen pro účely navyšování jednotkových cen (JPL, akutní ústavní péče) ale také pro jejich snižování.	VYSVĚTLENO. Jedná se o pilotní nastavení pro rok 2026, převádějící automaticky prostředky z dotačních programů krajů. Nastavení pro další roky je úkolem dohodovacího řízení pro rok 2027.

UZS	Důvodová zpráva – segment lékáren není zjevnou prioritou ZP, úhrady za výkon 9552 tvoří z celkového objemu v tomto segmentu pouze 6 %, celkový nárůst v segmentu je způsoben nárůstem cen léků, které ZP nemohou ovlivnit. Z hlediska ZP bychom v. 9552 zrušili, jelikož segment lékáren, tak je zároveň podnikatelský subjekt, jehož příjmy plynou i z přímého prodeje bez receptu.	VYSVĚTLENO. Jedná se o dohodu z dohodovacího řízení.
UZS	Úhradová vyhláška (více příloh) - navzdory tomu, že se každý rok diskutuje zjednodušení úhradové vyhlášky, tak naopak dochází u většiny segmentů ke stále složitějšímu mechanismu výpočtu z hlediska množství a struktury všech koeficientů, bonifikací, výjimek pro nastavení úhrad. Tím dochází i k výrazné administrativní zátěži na všech stranách pro administraci všech potřebných podkladů.	VYSVĚTLENO. Není navrhována konkrétní úprava, není připomínka.
UZS	Úhradová vyhláška (Příloha č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) - v návrhu je zkrácen termín celkového finančního vypořádání na 120 dnů ze strany ZP, ale u PZS byl termín pro vykázání zdravotních služeb zkrácen pouze o 15 dní (do 15.3.). Navrhujeme vrátit zpět původní termíny a nebo možnost PZS vykázat nejpozději do 28. 2. 2027, tak aby vznikl dostatečný časový prostor pro vypořádání (1 měsíc zabere ZP validace dávek, další měsíc pak výpočet závěrečného vyúčtování a distribuce poskytovatelům).	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Úhradová vyhláška (§ 2, odst. 6) – v případě, že hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období jsou hrazeny s využitím údajů o hrazených službách za všechny zdravotní pojišťovny, mají být využity tyto údaje dostupné v Národním zdravotnickém informačním systému podle zákona o zdravotních službách ke dni 31. května 2027. Navrhujeme tento termín zkrátit na 30.4.2027.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Ustanovení vypuštěno.
UZS	Úhradová vyhláška (§ 3 odst. 1) - nově doplněná věta „Je-li stanoveno, že hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové nebo obdobné výše úhrady, nevstupují pojištěnci, kterým byly tyto hrazené služby poskytnuty, na základě poskytnutí těchto hrazených služeb do tohoto výpočtu jako unikátní pojištěnci.“ může vést k interpretaci, že dotčení pojištěnci mají být zcela vyloučeni, bez ohledu na to, zda jim byly či nebyly poskytnuty hrazené služby, které jsou předmětem omezení celkové výše úhrady, což dle důvodové zprávy není záměrem. Proto požadujeme doplnění resp. úpravu do podoby „... nevstupují pojištěnci, kterým byly poskytnuty pouze tyto hrazené služby, na základě ... „	AKCEPTOVÁNO JINAK. Ustanovení přeformulováno v duchu připomínky směrem k větší jednoznačnosti.
UZS	Úhradová vyhláška (více příloh) – vypuštění odlišného způsobu úhrady pro zahraniční pojištěnce znamená do konce roku 2025	NEAKCEPTOVÁNO.

	provést zásadní změny v informačních systémech ZP. Dále není zřejmé, jak bude řešena výše úhrady při přeúčtování nákladů do zahraničí vč. souvisejících termínů (regulace PURO, degrese, preskripce, vyžádaná péče, bonifikace, hodnoty za referenční období). Přeúčtování bude možné zřejmě provést až po výpočtu závěrečného vyúčtování (uplatnění regulací), v případě reklamací PZS k vyúčtování by to znamenalo, že bude prováděn přepočet/korekce výše úhrady i vůči KZP (nebo bude možné provést přeúčtování vůči KZP až po vypořádání námitek).	Změna směřuje jak ke srovnání přístupu k českým a zahraničním pojištěncům i pojišťovnám, tak ke zjednodušení vyúčtování zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Je nutné zmínit názor, který ministerstvo také vzalo v úvahu, že dosavadní úprava nebyla zcela v souladu s evropskými předpisy, protože zvýhodňovala zahraniční pojištěnce a současně znevýhodňovala zahraniční instituce (úhrada za zahraniční pojištěnce byla zpravidla stejná nebo vyšší oproti českým). Pokud jde o způsob přeúčtování nákladů do zahraničí, o tom budou vedeny návazné diskuze, ale připomínkové místo samo správně zmiňuje, že zpravidla bude přeúčtování možné nejdříve po vyúčtování roku 2026 vůči poskytovateli, na ujasnění postupů při vyúčtování a úpravy informačních systémů je tedy dostatek času.
UZS	Úhradová vyhláška (více příloh) – minimální počty ošetřených pojištěnců, kdy se neuplatní regulace PURO, preskripce a vyžádané péče jsou příliš vysoké a vedou k účelovému chování řady poskytovatelů. Požadujeme proto tento limit snížit následujícím způsobem: • u fyzioterapie a domácí péče na 30 URČ, • u ambulantní specializované péče na 50 URČ, • u zvláštní ambulantní péče na 10 URČ.	NEAKCEPTOVÁNO. Jde o příliš nízké počty pojištěnců, objemová regulace by byla postižena příliš velkými výkyvy. Jako optimální řešení se předkladateli jeví regulace navíc péčí hrazenou všemi zdravotními pojišťovnami, doporučuje o tomto řešení jednat mezi zdravotními pojišťovnami a následně v dohodovacím řízení s poskytovateli.
UZS	Úhradová vyhláška (více příloh) – neuplatnění regulačního omezení preskripce a vyžádané péče v případech, kdy poskytovatel zdůvodní poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad. Toto ustanovení činí regulační omezení neúčinným, neboť v praxi lze vždy vyšší náklady odůvodnit. Výsledkem jsou pak pouze vyšší náklady na personál/administraci v rámci vypořádání námitek na obou stranách.	NEAKCEPTOVÁNO. Nutnost umožnit poskytovatelům, aby překročení limitů mohli odůvodnit, dovodil Ústavní soud z existence povinnosti poskytovatelů pojištěnce smluvních pojišťoven ošetřit, kdy jediným vyvinutím je naplnění kapacity poskytovatele. Zrušení možnosti odůvodnit překročení limitů není tedy za stávající zákonné úpravy možné.
UZS	Příloha č. 1, část A, bod 1.5 (status centra vysoce specializované péče) – navýšení úhrady by těmto centřům mělo kompenzovat zvýšené náklady na pořízení nákladnějšího přístrojového vybavení (i když zůstane nevyužito) či na větší počet pracovníků (i když je žádný pacient nebude potřebovat). Jde tedy o paušál za zajištění dostupnosti určité služby, na kterou by neměly mít nárok poskytovatelé, kteří tyto náklady nenesou, neboť takovým centrem	NEAKCEPTOVÁNO. Jakkoliv je argumentace připomínkového místa racionální, je nutné odkázat na zmínky samotného připomínkového místa o narůstající komplexitě úhradových mechanismů. Vyhovění připomínce by jednoznačně komplexitu úhradových mechanismů déle navyšovalo, přičemž přínos (ušetřené prostředky) by byl minimální. Předkladatel

	sami o sobě nejsou (nesplňují podmínky pro udělení statutu centra např. z důvodu nedostatečného přístrojového či personálního vybavení). Teoreticky může navázat smluvní spolupráci s libovolným centrem libovolná nemocnice okresního typu, která má přirozeně náklady výrazně menší a na takovou bonifikaci by neměla mít nárok. Řešením je stanovit dvě různé výše bonifikace, s tím, že tu vyšší by obdržel poskytovatel, který podmínky pro udělení statutu centra splňuje samostatně. V této souvislosti dále upozorňujeme na dvě různé formulace použité ve Věstníku MZ (zajištění smluvní spolupráce, ve smluvní spolupráci s), přičemž není zřejmé, zda jejich význam je z pohledu přiznání bonifikace stejný.	přítom obecně usiluje o to, aby jakékoliv zvýšení komplexity úhradových mechanismů vždy bylo odůvodněno odpovídajícím přínosem.
UZS	Příloha č. 1, část A, bod 7.14 (urgentní příjem) – fixní složka úhrady pro poskytovatele, kteří nesplňují podmínky uvedené v odrážkách I. a II., by měla mít 2 hodnoty. Vyšší úhrada pro ty, kde je urgentní příjem stavebně oddělen a disponuje zvláštním týmem zdravotnických pracovníků. A nižší pro ty, kde je urgentní příjem jen virtuální (je tvořen komplexem příjmových ambulancí, které tuto službu zajišťují, nicméně vyšší náklady s ní spojené nenesou).	VYSVĚTLENO. MZ rámcově souhlasí, není však zjevné, u kterých poskytovatelů je urgentní příjem reálných a u kterých pouze virtuální. Doporučujeme toto rozdělení provést v rámci dohody v DŘ.
UZS	Příloha 1, část A) bod 1.4 (poslední věta) – „Zdravotnické prostředky podle bodu 1.4 přílohy č. 12... a zdravotní pojišťovna je nehradí“. Kvůli jednoznačnosti by bylo vhodné tyto zdravotnické prostředky vydefinovat jednotlivými kódy.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Úprava úhrad robotických ZUM upravena.
UZS	Příloha č. 1, část A, bod 2.2 (index cenové slevy) - vítáme zavedení indexu cenové slevy, který vykazované ceny LP se symbolem „S“ alespoň částečně přiblíží cenám pořizovacím. Žádáme jeho aplikaci i na úhradu léčivých přípravků, které jsou hrazeny dle bodu 2.2.1 a) až d) mimo limit. Není žádný důvod, aby se u stejné diagnostické skupiny (např. u hematologické) a stejného léčivého přípravku jen kvůli tomu, že pacientem je pojištěnec mladší 18 let, hradil LP v ceně MAX (tj. bez uplatnění slevy).	NEAKCEPTOVÁNO. Příliš by komplikovalo úhradové předpisy, což považuje připomínkové místo za nežádoucí. Vedle toho by šlo o regulaci úhrady konkrétního přípravku (vzhledem k neregulovanému způsobu úhrady), což je problematické na rozdíl od regulace celkového objemu úhrady.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 2.2.1 - zařazení léčivých přípravků na léčbu spinální svalové atrofie a cystické fibrózy do tzv. „výkonových úhrad“ centrových léků dle bodu 2.2.1, odstavce 2, části A, přílohy č. 1 vnímáme jako problematické s ohledem na riziko zvýšené motivace k zahájení nové léčby a tím neúměrného růstu nákladů na léčivé přípravky ve specializovaných centrech.	NEAKCEPTOVÁNO. Ad. 1 – spinální svalová atrofie – Vzhledem k objemu těchto léčivých přípravků nedává regulace smysl. Ad. 2 – u cystické fibrózy je rychlé nasazení centrové léčby klíčové pro zajištění dostupnosti zdravotní péče.

UZS	Příloha 1, bod 2.2.2 - IZP _{CL} v praxi zjednodušeně stanovuje, že při velmi malém překročení limitu úhrady se z nadprodukce hradí velmi malá část. Procentuální část nadprodukce zohledněná indexem IZP _{CL} stoupá s velikostí nadprodukce až cca do 1 % (v některých kombinací ZP-PZS jde o miliony Kč) a pak postupně klesá. Stav, kdy PZS po překročení limitu je ekonomicky motivován k další produkci, aby mu z nadprodukce byla zaplacená větší procentuální část, nebyl zřejmě záměrem předkladatele.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 1, část A odst. 2.2.2 (vzorec pro úhradu LP vázaných na centra) – žádáme o změnu přístupu pro stanovení objemu úhrady LP označených symbolem „S“. Úhrada by měla být spočtena na základě úhrady v ref. období, nikoliv na základě produkce, což povede k další eskalaci nákladů. V prvním roce bude totiž uplatněna degrese a cenová sleva (což je zřejmě záměrem předkladatele), po dvou letech se však započte do referenčního období veškerá produkce v plné výši (a ještě se navýší odpovídajícím indexem). Navíc je zřejmé, že byt' do referenčního období je nově započtena celá produkce (místo skutečné úhrady), indexy navýšení úhrady meziročně u některých dg. skupin výrazně rostou (např. u hematonekologie o 9 %).	NEAKCEPTOVÁNO. Úprava zabraňuje dlouhodobé neúhradě části produkce poskytovatelů a zároveň ošetřuje případy, kdy poskytovatelé v referenčním období vykazovali v nákupních cenách.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 3.2 (paušální úhrada) - vnímáme jako potenciálně velmi problematické stanovit ZS _{max,2024,PU} ve výši mnohem vyšší, než činí ZS pro PZS s 11 a více CSVP. Žádáme stanovit ZS _{max,2024,PU} ve výši 80 000 Kč. Dle navrhovaného stavu by pro některé PZS bylo výhodnější nemít CSVP, což není žádoucí motivace.	NEAKCEPTOVÁNO. Maximální výše paušální úhrady řeší heterogenitu mezi poskytovateli, kteří poskytují úzce zaměřenou péči, nižší výše této úhrady by pro tyto poskytovatele byla likvidační.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 1.5., odst. 3.2 - žádáme o výlučný seznam PZS a jejich CVSP, aby se předešlo špatné interpretaci Vyhlášky a byl zajištěn jednoznačný výpočet úhrady PZS.	NEAKCEPTOVÁNO. CVSP jsou stanovena rozhodnutím ve správním řízení, předkládaná vyhláška je tedy nemůže stanovit závazně. Takové ustanovení by nemohlo být taxativní, nemělo by normativní povahu, a ještě by bylo pro adresáty vyhlášky zavádějící, proto není vhodné jej do vyhlášky implementovat.
UZS	Příloha č. 1, část A, body 3-5 (pozdní výkaz hospitalizací) - s ohledem na mnohé problémy způsobené pozdním výkazem poskytnutých zdravotních služeb navrhuje, že hospitalizace, jejichž propouštěcí doklady byly vykazány s více než tříměsíčním	NEAKCEPTOVÁNO. Vzhledem k ročnímu vykazování a zúčtování není zřejmé, jaké přínosy by takového ustanovení mělo.

	zpožděním oproti datu ukončení hospitalizace budou mít RV případu krácenou na 50 % původní relativní váhy.	
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 4.3 (cenová soutěž, vzorec pro úhradu limitované úhrady s prvky cenové soutěže) - žádáme o odstranění penalizace plátce formou zpětného navýšení IZS skrze vzorec PPC u 75% TEP v případě „nezajištění péče“. Pokles CM může být přirozený z titulu vysoké prooperovanosti, odlišného kmene jednotlivých ZP, nebo způsobený tím, že zdravotní služby byly v rámci ISSU hrazeny balíčkovou cenou a ne přes DRG, nebo potenciálně mohly být zajištěny i v zahraničí. Problematický je rovněž okamžik vyhodnocení, v případě že některý PZS vykáže významný objem služeb až po okamžiku vyhodnocení. Mohlo by se jednat i o účelové chování PZS. Pak bylo by nutno PPC přepočíst a následně přepočíst všechna finanční vyrovnání PZS, kteří poskytovali tento typ péče. S ohledem na vysoké riziko pro plátce a nedostatečný časový prostor pro přípravu žádáme o vypuštění výpočtu a aplikace PPC _{2026,CS} , případně o zrušení celé limitované úhrady s prvky cenové soutěže. Další možností je hradit tyto služby jednotnou ZS, protože je zjevně předpoklad dostatečné homogenity těchto služeb.	AKCEPTOVÁNO. Vypuštěno.
UZS	ZS _{max,2024,PU} , odst. 4.3 - v popisu definice CM _{2024,CZ-DRG,D} je uvedeno „vynásobených RV 2026 přílohy č. 10, části A“ – má tam být uvedeno „části D“.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Bod 4.3 vypuštěn.
UZS	Příloha č. 1, část A (JPLnepovinné) - žádáme o vypuštění mechanismu pro „obejití“ časových outlierů DRG případů skrze „JPLnepovinné“ ve všech výskytech, tj. • Odst. 4.2. $UHR_{CE,nepovinnéJPL,ij}$ • Odst. 5.2. $UHR_{BFG,nepovinnéJPL,ij}$ Odst. 6. $UHR_{BCEFG,nepovinnéJPL,ij}$	NEAKCEPTOVÁNO. Jde o klíčový mechanismus podpory zkracování hospitalizací.
UZS	Příloha č. 1, část A, bod 5 (porody a pokles porodnosti) - požadujeme krácení úhrady za porody u PZS, u nichž roční počet porodů vykázaný v součtu všem plátcům nedosáhne hranice stanovené odbornou společností.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o problematiku smluvní politiky – porodnice je třeba odsmlouvat.
UZS	Příloha č. 1, část A, bod 5 (podíl sekcí na počtu porodů) - požadujeme krácení úhrady za sekce u PZS, u nichž podíl sekcí překročí standard definovaný odbornou společností.	NEAKCEPTOVÁNO.

		Čeká se na zpracování operativního doporučení NIKEZ, které stanoví hranice pro doporučené počty císařských řezů.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 5.2 písm. i) (koeficient K_{CDZ}) - žádáme o sjednocení hodnoty koeficientu K_{CDZ} na jednu hodnotu pro všechny odbornosti ve výši 0,02, aby nebyla zvýhodňována jedna skupina poskytovatelů oproti jiným.	NEAKCEPTOVÁNO. Diferenciace koeficientu byla stanovena za účelem podpory nových služeb a ochranného léčení.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 5.2 písm. ii) (koeficient K_{DS}) - žádáme o úpravu koeficientu K_{DS} na jednu hodnotu 0,02, bez rozlišování typu OD pro stacionář.	NEAKCEPTOVÁNO. Diferenciace koeficientu byla stanovena za účelem podpory nových služeb a ochranného léčení.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 5.2. písm. iii) (koeficient $K_{transNLP}$) - žádáme o úpravu definice parametru $PLNLP_{2018}$, kde oproti § $PLNLP_{2030}$ a $PLNLP_{2026}$ nejsou z celkového počtu lůžek odečteny lůžka ochranné léčby. Byť fakticky nebyl smluvní výkon 00090, tak lůžky ochranné léčby daná pracoviště disponovala.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o odstranění nejednoznačnosti v letošním znění ÚV.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 7.14 písm. c) (úhrada UP odb. 719) - žádáme o snížení hodnoty pro PaušálUrg,2026 pro I. kategorii PZS – neadekvátní navýšení z původních 105 mil. Kč v roce 2025 na 300 mil. Kč v roce 2026.	NEAKCEPTOVÁNO. Úhrada pro první kategorii urgentních příjmů nastavena tak, aby korespondovala s oprávněnými náklady těchto poskytovatelů.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 7.14 (vyhodnocování výkonových limitů úhrady LPS a URG přes všechny zdravotní pojišťovny) - vyhodnocování přes všechny zdravotní pojišťovny je potenciálně problematické, protože možná chyba zavlečená PZS či pojišťovnou způsobí chybné vyhodnocení výše úhrady všech PZS u všech pojišťoven. Navíc pojišťovny nebudou až do vyhodnocení znát svůj podíl úhrady, proto v případě zachování tohoto principu doporučujeme, aby UZIS pro stanovení příslušných dohodů předal pojišťovnám relevantní data za roky 2024 a 2025.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 7.14 písm. b) (úhrada LPS) - v rámci definice paušálních úhrad není řešena situace PZS, kteří mají LPS odb. 003 ale nemají smluvní UP. Dále není řešena situace u PZS, kteří LPS poskytují sdruženě pro dospělé i děti a nedisponují dětským oddělením, pouze UP.	VYSVĚTLENO. V praxi může nastat celá řada kombinací, které nelze všechny postihnout na úrovni vyhlášky. Doporučujeme zdravotním pojišťovnám je po dohodě s poskytovatelem vyřešit smluvně odpovídajícím způsobem s přihlédnutím k logice vyplývající z předkládané vyhlášky tak, aby poskytovatelé nebyli ani zvýhodnění ani znevýhodnění oproti poskytovatelům s modelem upraveným vyhláškou.

UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 7.21 - žádáme odstranění subsegmentu „RADOST“, protože nevidíme důvod pro přiřazení radiodiagnostiky k odbornostem ambulantních specialistů a žádáme o vrácení radiodiagnostiky do komplementu k laboratořím.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o systematickou podporu segmentu radiodiagnostiky, který by jinak u lůžkových poskytovatelů byl diskriminován vůči nelůžkovým poskytovatelům.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 7.21 písm. a) - stanovení referenční ambulantní paušální úhrady (parametr ÚHR_amb _{ref}) s 50% podílem hodnoty ambulantní péče včetně bonifikace za nepřetržitý provoz oproti referenční ambulantní úhradě zásadním způsobem navýší hodnotu ambulantního paušálu pro rok 2025. Zahrnutí neuhrazené produkce nerozlišuje mezi produkcí komplementu a specializovaných ambulancí a neposuzuje efektivitu poskytnuté ambulantní péče (např. nezohledňuje, zda šlo o intramurální nebo extramurální péče apod.).	VYSVĚTLENO. Pro lepší možnost oddělení nadprodukce laboratorního komplementu od ostatní ambulantní péče je v návrhu ÚV úhrada těchto modalit striktně oddělena. Toto oddělení však není možné realizovat retrospektivně na referenční období.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 7.21 písm. b) (úhrada radost – změna BON _{objednávkový_systém}) - žádáme o zrušení koeficientu změny BON pro objednávkový systém. Ten by měl být konkurenční výhodou, a ne bonifikovanou záležitostí, která navíc v podmínkách poskytování akutní péče funguje jen někde a někdy.	VYSVĚTLENO. Bonifikace za objednávkový systém je v návrhu vyhlášky promítnuta již pouze v hodnotách bodu, v dynamice růstu úhrad se již neprojeví (s výjimkou případů zřízení nového objednávkového systému).
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 7.21 písm. b) (úhrada radost – změna BON _{sdílení_dat}) - žádáme o zrušení koeficientu změny BON pro sdílení dat – v dnešní době elektronizace by mělo být sdílení dat standardem nikoliv zvýhodněním.	VYSVĚTLENO. Bonifikace za objednávkový systém je v návrhu vyhlášky promítnuta již pouze v hodnotách bodu, v dynamice růstu úhrad se již neprojeví (s výjimkou případů nového sdílení dat).
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 8.4 - navýšení úhrady za péči o pacienty se vzácným onemocněním – nepřiměřené navýšení paušální částky pro bonifikaci z 1 000 000 Kč na 10 000 000 Kč počítáno pro každou ERN síť – žádáme o snížení paušální hodnoty na 1 000 000 Kč, nejsou objasněny důvody, proč k takovému výraznému navýšení došlo. Navržená částka vede k úhradě desítek mil. Kč pro každou nemocnici fakultního typu, kde zapojení do pěti a více takových center není výjimkou.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Úhrada částečně snížena.
UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 8.5 - navýšení úhrady pro koordinátora onkologické péče – žádáme o zrušení této vyčleněné úhrady. Je tím upřednostňována jedna oblast zdravotních služeb před ostatními a dochází tak ke znevýhodnění jiných, byť krizových/prioritních oblastí.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o nový model péče, pro který je nutné stanovit úhradu. V případě naplnění očekávání zavedení koordinátorů dojde ke zvýšení kvality, dostupnosti i efektivit dané péče.

UZS	Příloha č. 1, část A, odst. 9 - změny v rozsahu a struktuře zdrav. služeb vyvolané výstavbou Národního onkologického centra – nejasné ustanovení budící dojem, že ZP vzniká povinnost úhrady předem určeného rozsahu služeb, což je v době deficitního hospodaření a téměř nulových rezerv plátců nežádoucí. Žádáme o odstranění tohoto ustanovení.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o národní prioritu. Národní onkologické centrum představuje významnou novou kapacitu národního významu, která vyžaduje specifické úhradové ustanovení.
UZS	Příloha č. 1, část A – Žádáme o snížení hodnoty CM či jinou formu penalizace, pokud PZS vykáže danou hospitalizaci později než do 3 měsíců po jejím ukončení. Obdobně u jiných složek produkce, z nichž je prováděn výpočet parametrů pro výši úhrady (např. cestou ÚZIS).	NEAKCEPTOVÁNO. Vzhledem k ročnímu vykazování a zúčtování není zřejmé, jaké přínosy by takového ustanovení mělo.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno b) = změna hodnoty/ snížení výše $PS_{OD,HO}$ Žádáme o nastavení fixního koeficientu nárůstu referenční paušální sazby na ošetrovací den (PSOD) na úrovni 96% ref. PS (tj. snížení o 4%). Prostřednictvím koeficientu KN bude dosahovat v průměru reálný nárůst PSOD mnohem vyšších hodnot.	NEAKCEPTOVÁNO. Vzhledem k demografickému stárnutí a zvyšující se potřebě této péče, je segment následné péče potřeba podporovat.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno b) = změna definice $PS_{OD,2025}$ Žádáme o změnu definice koeficientu $PS_{OD,2025}$, tak aby byla stanovena bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a ostatních kritériích navyšující KN v roce 2025 bez udělení výjimky (OD 00030 +2%, OD 00026 + 15% za splnění podmínky >10% anxiózní poruchy, mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy, ale pozor v roce 2024! => jakou to má souvislost s rokem 2026?).	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o navýšení úhrad, u nichž předkladatel cílí na valorizaci úhrady s jejich započtením, která nebyla od počátku zamýšlená jako jednorázová jen pro rok 2025.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno c) = odstranění OD 00037 z výčtu OD pro navýšení úhrady z titulu personálního a technického zabezpečení pro podbody i. a ii. Žádáme o odstranění zařazení OD 00037 do výčtu typu OD pro přiznání navýšení úhrady z titulu bonifikací dle písm. c). Kalkulace nového OD by měla vycházet ze současných standardů, tj. automaticky se zahrnutím personálního zajištění nezbytného pro dosažení bonifikace, která je aplikována v úhradovém mechanismu a v reálném provozu ostatních pracovišť již několik let.	NEAKCEPTOVÁNO. Bonifikace za nadstandardní personální zajištění oproti požadavkům podle tzv. personální vyhlášky cílí na vyšší kvalitu péče.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno d) = odstranění BON _{Akreditace}	VYSVĚTLENO.

	Žádáme o odstranění selektivní bonifikace navyšující základní PSOD typu 00021 a 00026 1,5% za plnění kvalitativních standardů – minimální požadavky hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Plnění zákonem daných požadavků a podmínek poskytování zdravotní služeb by nemělo být v žádném případě bonifikováno! Je to základní povinnost každého PZS. Bonifikace navíc diskriminuje PZS vykazující jiné typy OD následné a dlouhodobé péče.	Jedná se o dočasnou bonifikaci v rámci reformy psychiatrické péče do doby, než budou stanoveny kvalitativní kritéria této péče.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno d) = odstranění $K_{transNLP}$ Žádáme o odstranění selektivní bonifikace navyšující základní PSOD typu 00021 a 00026 o variabilní % výši za plnění plánů transformace v rámci reformy psychiatrické péče – pouhé změny počtu lůžek následné a dlouhodobé specializované lůžkové péče nevypovídají o kvalitě probíhající transformace (nehodnotí se změna na jiné formy psychiatrické péče, reprofilizace lůžek apod.). Vzorec neobjektivizuje výši nároku na bonifikaci mezi jednotlivými PZS poskytujícími následnou a dlouhodobou specializovanou psychiatrickou péči. Samotná bonifikace za transformaci dlouhodobě znevýhodňuje PZS vykazující jiné typy OD a vytváří nerovné podmínky při poskytování zdravotních služeb. Transformace neomezuje PZS v rozsahu poskytované péče ani v úhradách, primárně mění formu poskytované péče, kdy úhrada za jednotku péče je vyšší než v případě PSOD. V případě, že bude bonifikace zachována, žádáme o sjednocení rozsahu (druhů OD) základny za rok 2018 s ostatními roky.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o bonifikaci za transformaci psychiatrické péče v souladu s reformou péče o duševní zdraví.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno e) i. = odstranění Žádáme o odstranění selektivní bonifikace navyšující základní PSOD typu 00030 o 4,00% při splnění kritéria 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína na 120 lůžek, která diskriminuje PZS vykazující jiné typy OD následné a dlouhodobé péče. Obdobná bonifikace uvedená v odstavci 1) písmene c) přiznává za splnění jednoho personálního kritéria navýšení PSOD ve výši 0,3%.	NEAKCEPTOVÁNO. Bonifikace za nadstandardní personální zajištění oproti požadavkům podle tzv. personální vyhlášky cílí na vyšší kvalitu péče.

UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno e) ii = odstranění Žádáme o odstranění selektivní bonifikace navyšující základní PSOD typu 00005, 00024 a 00037 o 4,00% při splnění kritéria 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrické na 120 lůžek, která diskriminuje PZS vykazující jiné typy OD následné a dlouhodobé péče. Obdobná bonifikace uvedená v odstavci 1) písmene c) přiznává za splnění jednoho personálního kritéria navýšení PSOD ve výši 0,3%.	NEAKCEPTOVÁNO. Bonifikace za nadstandardní personální zajištění oproti požadavkům podle tzv. personální vyhlášky cílí na vyšší kvalitu péče.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno e) iii = odstranění Žádáme o odstranění selektivní bonifikace navyšující základní PSOD typu 00005 a 00037 o 25% v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do 12 let věku, a u OD 00024 o 75% v případě pojištěnců do 6 let věku. Bonifikace navíc diskriminuje PZS vykazující jiné typy OD následné a dlouhodobé péče nebo stejného typu ale u odlišných ročníků.	NEAKCEPTOVÁNO. Bonifikace zohledňuje vyšší náročnost péče poskytované dětem.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno f) = odstranění Žádáme o odstranění selektivní bonifikace navyšující plošně základní PSOD typu 00005 a 00037 o 15,00% při splnění kritéria 65% URČ s diagnózami G35 až G37, která neadresně navyšuje úhradu za příslušný typ OD bez prokazatelné souvislosti případných zvýšených nákladů na ošetrovatelskou péči za všechny hospitalizované pacienty.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o kontinuitu tohoto bonifikačního programu a návaznost na minulé úhradové vyhlášky.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno g) = úprava ustanovení – odstranění věty druhé. Žádáme o odstranění dovětky o výši PS pro OD 00099 v kontextu OD 00021 nebo 00026. Tzn. ustanovení požadujeme ve znění: Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2025, v hodnotě 96% referenční PS (snížení sazby o 4%).	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o klíčové opatření v rámci deinstitucionalizace a zkracování psychiatrických hospitalizací.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno g) = doplnění (v případě neuznání předchozí připomínky)	NEAKCEPTOVÁNO. Psychiatrické nemocnice nemohou v případě propustky lůžka obsadit a mají s nimi nezanedbatelné náklady zejm. z důvodu možnosti

	Žádáme o doplnění příslušného ustanovení o informaci použití kategorie 1. Věta první se nepoužije pro OD 00099, pokud posledním OD vykázaným bezprostředně před prvním z jednoho nebo více souvisle vykázaných OD 00099 je OD 00021 nebo OD 00026, v takovém případě se výše paušální sazby za 1 den hospitalizace stanoví ve výši 50% paušální sazby posledního OD vykázaného bezprostředně před prvním OD 00099 a to sazbě kategorie 1 bez navýšení úhrady plynoucí z plnění smluvních kvalitativních kritérií a dalších plnění kritérií zahrnutých v roce 2025 v proměnné KN.	předčasného ukončení propustky, které je nutné zohlednit ve výši úhrady.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno h) = úprava ustanovení – vypuštění navýšení bonifikací pro OD 00037 Žádáme o odstranění navýšení PS pro OD 00037 z titulu bonifikací dle písm. c), e) a f). Kalkulace nového OD by měla vycházet ze současných standardů, tj. automaticky se zahrnutím personálního zajištění nezbytného pro dosažení bonifikace, která je aplikována v úhradovém mechanismu a v reálném provozu ostatních pracovišť již 5 let.	NEAKCEPTOVÁNO. Bonifikace za zajištění péče nad rámec minimálních personálních a věcných podmínek za účelem podpory kvality péče.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písmeno h) = úprava ustanovení – PS pro OD 00037 Žádáme o stanovení úhrady pro OD 00037 přes jednotnou PS bez rozlišování kategorie pacienta v průběhu péče. Přičemž, aby bylo možné vykazat u pac. v rámci OD 00037 max. kategorii 3. Navržená úhrada nově vznikajícího OD je neadekvátně vysoká. Nový typ lůžkové péče má mít vícezdrojové financování, nemá být kompletně kryto z v.z.p.	NEAKCEPTOVÁNO. VYSVĚTLENO. Kalkulace OD 00037 je provedena tak, aby zohledňovala úhrady z jiných zdrojů a náklady nejsou kompletně kryty systémem veřejného zdravotního pojištění.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B, odstavec 1, písm. d) $K_{TransNLP}$ Žádáme o úpravu definice parametru $PLNLP_{2018}$, kde oproti § $PLNLP_{2030}$ a $PLNLP_{2026}$ nejsou z celkového počtu lůžek odečteny lůžka ochranné léčby. Byť fakticky nebyl smluvní výkon 00090, tak lůžky ochranné léčby daná pracoviště disponovala.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o systematickou podporu zavádění ochranného léčení u poskytovatelů psychiatrické péče.
UZS	Následná péče, příloha č. 1, část B	VYSVĚTLENO.

	Žádáme o definování úhrady za OD 90 a 91, které jsou popsány v důvodové zprávě a jsou již v SZV nicméně v rámci definované úhrady dle Přílohy č. 1, část B není obsaženo.	Uvedená OD jsou zahrnuta do písmene b), kdy se stanoveným způsobem navyšuje jejich paušální sazba z roku 2025.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 2, písmeno a) Žádáme o nastavení následujících hodnot OD: OD 00015 = 10640 Kč, OD 00017 = 15746 Kč, OD 00020 = 4199 Kč, a HB 1,33 Kč pro příjmové a propouštěcí vyšetření.	NEAKCEPTOVÁNO. U NVP a NIP by došlo k meziročnímu poklesu úhrad, což je nežádoucí.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 2, písmeno e) Žádáme o nastavení následujících hodnot OD: OD 00033 = 5966 Kč, OD 00035 = 4560 Kč a HB 1,33 Kč pro příjmové a propouštěcí vyšetření.	NEAKCEPTOVÁNO. Došlo by k meziročnímu poklesu úhrad, což je nežádoucí.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 2, písmeno e) Žádáme doplnit ustanovení: V rámci OD 00033 je možné přijmout pacienta minimálně na úrovni kategorie 2.	VYSVĚTLENO. Týká se správného medicínského postupu, nikoliv stanovení výše úhrady.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 2, písmeno f) Žádáme o nastavení následujících hodnot OD: OD 00018 = 14409 Kč, OD 00019 = 8125 Kč a OD 00038 = 3392 Kč.	NEAKCEPTOVÁNO. Neodpovídá kalkulacím dle registračního listu, který byl schválen v roce 2025 a kalkulace je tudíž aktuální a u nově přijatých OD má být stanovena 1 Kč za bod, takto bylo prezentováno i na PS k SZV.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 3, písmeno b) Žádáme o nastavení HB ve výši 1,14 Kč (dle návrhu z DŘ2026).	NEAKCEPTOVÁNO. Snižování úhrady u péče na sociálně zdravotním pomezí jde proti navyšování kapacit v tomto segmentu, které je žádoucí vzhledem k demografickému stárnutí.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 3, písmeno d) Žádáme o zjednodušení vzorce pro výpočet regulace maximální úhrady $PMUPref * (\sum PUMho, jj=1 \dots m) * 0,99 * KN$ (dle návrhu z DŘ2026).	NEAKCEPTOVÁNO. Snižování úhrady u péče na sociálně zdravotním pomezí jde proti navyšování kapacit v tomto segmentu, které je žádoucí vzhledem k demografickému stárnutí.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 3, písmeno f)	NEAKCEPTOVÁNO.

	Žádáme o nastavení maximálního počtu URČ pro neuplatnění regulace na maximální úhradu na hodnotu 10 URČ(dle návrhu z DŘ2026).	Jde o příliš nízké počty pojištěnců, objemová regulace by byla postižena příliš velkými výkyvy. Jako optimální řešení se předkladateli jeví regulace navíc péčí hrazenou všemi zdravotními pojišťovnami, doporučuje o tomto řešení jednat mezi zdravotními pojišťovnami a následně v dohodovacím řízení s poskytovateli.
UZS	Následná péče, příloha č.1, část B, odstavec 3, písmeno h) Žádáme o nastavení PMÚ ve výši 102% úhrady referenčního období.	NEAKCEPTOVÁNO. Snižování úhrady u péče na sociálně zdravotním pomezí jde proti navyšování kapacit v tomto segmentu, které je žádoucí vzhledem k demografickému stárnutí.
UZS	Příloha č. 2 písmeno A) - navýšením kapitační platby dochází k podpoře pasivní složky úhrady na úkor výkonové složky, která je již na úrovni 48 % z celkových příjmů bez nutnosti ošetřovat pacienty. Z dlouhodobého hlediska nedochází navýšením kapitační platby ke zlepšení dostupnosti této péče, výkonová složka péče naopak už několik let spíše stagnuje.	VYSVĚTLENO. U paušální složky úhrady praktických lékařů je třeba zohledňovat i složku pay-for-performance, která by neměla být slučována s kapitační složkou. Podíl čisté kapitační složky dlouhodobě klesá.
UZS	Příloha č. 2 písmeno A) - kapitační platbu podmínit pravidelnou péčí (tak jako je nyní např. v segmentu gynekologie), kapitační platbu navrhnout ve dvou cenových vrstvách - za pojištěnce, kteří splňují podmínku prevence, je na nich vykazována pravidelná péče a nižší za pojištěnce, kteří nechodí na prevence, nebo za poslední 3 roky nebyl u praktického lékaře vůbec ošetřen.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o systémovou změnu, kterou je potřeba dohodnout v DŘ
UZS	Příloha č. 2 písmeno C) – požadujeme upravit text upravující regulační omezení, aby se uplatňovalo na průměr dat konkrétního PZS, nikoliv na celostátní průměr.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o systémovou změnu, kterou je potřeba dohodnout v DŘ.
UZS	Příloha č. 2 písmeno D) – týmová praxe, jak je aktuálně definovaná, nepřináší systému vyšší dostupnost, jelikož vstupní i výstupní podmínky pro naplnění kapacity přepočtených pojištěnců jsou totožné a nevyžaduje přijímání nových pojištěnců do registrace. Úhrada je prakticky pevnou bonifikací za pracoviště, které plní počet registrovaných pojištěnců na 1,0 úvazku lékaře.	NEAKCEPTOVÁNO. Původní návrh úpravy týmové praxe vychází z konsensu v rámci dohodovacího řízení, úpravy pro rok 2026 cílí na zvětšení počtu těchto praxí.
UZS	Příloha č. 2 a č. 3 - výkon číslo 01130 má rozdílnou HB v segmentu praktického lékařství a u ambulantních specialistů. Požadujeme sjednotit, aby za stejný výkon nebyl lékař ohodnocen jinak.	NEAKCEPTOVÁNO.

		Tato skutečnost platí pro mnoho výkonů praktických lékařů a sjednocení hodnot bodů praktických lékařů a ostatních odborností a segmentů je potřeba řešit v rámci DŘ.
UZS	Příloha č. 2 a č. 4 - výkon epizody péče (01543) má rozdílné ohodnocení (87 Kč vs 85 Kč) v segmentu praktického lékařství a u ambulantních gynekologů. Požadujeme sjednotit, aby za stejný výkon nebyl lékař ohodnocen jinak.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 3, část A) bod 3 - žádáme upravit vzorec pro výpočet celkové výše úhrady takto: $(1,02+KN)*POPzpoZ*PURO + \max[(1,02+KN)*PURO*POPzpoMh; UHRMh-UHRMr],$ neboť není důvod valorizovat absolutní rozdíl mezi náklady na mimořádně nákladné pojištění v hodnoceném a referenčním období. Jde o systematickou chybu, která byla napravena pouze v segmentu fyzioterapie.	NEAKCEPTOVÁNO. Tuto systémovou změnu je třeba dohodnout v rámci DŘ.
UZS	Příloha č. 3, část A) - požadujeme doplnit stanovení hodnoty bodu a výši úhrad i pro psychiatrické ambulance s rozšířenou péčí (ARP) tj. poskytovatele s odborností 920 a 935.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 3 – nesouhlasíme s plošným zakonzervování růstu úhrad ve smyslu memoranda z roku 2025. Řešení problémů s nedostupností služeb některých odborností v určitých lokalitách musí zůstat v gesci ZP.	VYSVĚTLENO. Zrušením bonifikace dohodnuté v memorandu by došlo k meziročnímu propadu výše úhrad, což by vyvolalo potřebu uzavřít memorandum nové.
UZS	Příloha č. 3 – bonifikace za rozšířené ordinační u operačních oborů se uhradí i v případě, že lékař 5. den v týdnu provádí operační výkony v rámci jiného poskytovatele (JPL, nemocnice) a dokonce i tehdy, pokud hrazené služby neposkytuje vůbec (tedy ani u jiného poskytovatele). Řešením by bylo, započítat do počtu ordinačních hodin v tomto případě i tzv. operační den.	VYSVĚTLENO. Připomínka se týká aplikační praxe, tudíž k praxi samotné ZP, nesměřuje ke znění úhradové vyhlášky.
UZS	Příloha č. 4 část B) bod 1 písm. i - v textu je uveden odkaz na neexistující bod 4, správně má být uveden odkaz na bod 1.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 5 část A) – není důvod k navyšování hodnoty bodu u výkonů MR za účelem zachování objemu úhrad v segmentu.	VYSVĚTLENO.

	Důvodem snížení počtu bodů u těchto výkonů je vyjmutí nákladů na pracovníky K2 z kalkulačního listu, což by mělo vést k úspoře mzdových nákladů poskytovatele. Tuto úsporu proto není nutné kompenzovat z prostředků v.z.p.	I přes navýšení HB dochází k významnému poklesu úhrady za tato vyšetření.
UZS	Příloha č. 5 část A) – požadujeme zrušit bonifikaci za zapojení poskytovatele do systému elektronické distribuce obrazových dat. Splnění této podmínky poskytovatelem a následná úhrada bonifikace nepřináší ZP žádnou přidanou hodnotu (neomezuje možnost provést duplicitní vyšetření a požadovat za něj úhradu).	NEAKCEPTOVÁNO. Vychází z parciální dohody uzavřené v DŘ.
UZS	Příloha č. 5 část A) – požadujeme omezit bonifikaci za rozšířené ordinační hodiny jen na ta pracoviště poskytovatele (tj. IČP), která v rámci rozšířených ordinačních hodin hrazené služby skutečně poskytují. Není důvod bonifikovat produkci všech ostatních pracovišť (IČP) ve všední dny v dopoledních hodinách.	NEAKCEPTOVÁNO. Vychází z parciální dohody uzavřené v DŘ.
UZS	Příloha č. 5 část A) – žádáme o zařazení podmínky pro vykazování výkonu 89725 (opakující se vyšetření MR) v max. podílu vykazání tohoto výkonu vůči primárním výkonům MR (89711-89723) do výše 35%.	NEAKCEPTOVÁNO. Tuto systémovou změnu je třeba dohodnout v rámci DŘ.
UZS	Příloha č. 5 část B) – žádáme o sjednocení hodnot bodu u nově zařazených výkonů do SZV s hodnotami bodu ostatních výkonů podle vykazující odbornosti. V opačném případě je nutné nové výkony hradit s HB ve výši 1 Kč také u segmentů, kde je HB pro stávající výkony vyšší než 1 Kč (PL, gynekologie, ambulantní specialisté, akutní lůžková péče).	VYSVĚTLENO. Zařazení kultivovaných a nových výkonů s HB 1,00 Kč motivuje zástupce poskytovatelů k udržování výkonů aktuálních a v případě laboratorního segmentu stále dochází změnou v SZV k úspoře nákladů systému veřejného zdravotního pojištění.
UZS	Příloha č. 6, část A) bod 4 - žádáme upravit vzorec pro výpočet celkové výše úhrady takto: $(1,04+KN)*POPzpoZ*PURO + \max [(1,04+KN)*PURO*POPzpoMh;UHRMh-UHRMr]),$ neboť není důvod valorizovat absolutní rozdíl mezi náklady na mimořádně nákladné pojištěnce v hodnoceném a referenčním období. Jde o systematickou chybu, která byla napravena pouze v segmentu fyzioterapie.	NEAKCEPTOVÁNO. Tuto systémovou změnu je třeba dohodnout v rámci DŘ.

UZS	Příloha č. 7 – od 1.1.2026 lze očekávat navýšení počtu provedených výkonů v tomto segmentu (nebudou již nutně indikovány lékařem). Toto navrhujeme řešit kombinací regulace průměrných nákladů na URČ u žadajícího pracoviště (typicky v segmentu ambulantních specialistů obdobně jako je tomu již dnes v segmentu praktických lékařů) a degresí celkové úhrady u provádějícího pracoviště (v odbornosti fyzioterapie/ergoterapie).	VYSVĚTLENO. Zákonná úprava naopak spíše povede k odbourání řady zbytečných ošetření, a spíše než k růstu nákladů povede k snížení objemu neuhrazené péče.
UZS	Příloha č. 11 - požadujeme vypustit kód 00921 a nahradit jej dvěma jinými. Kód 00921 byl vytvořen nad rámec dohody z DŘ, nerozlišuje rozsah výplně a vytváří problém s nesystémovým frekvenčním omezením 1x365 dní vs. 1x 730 dní	AKCEPTOVÁNO. Implementováno v souladu s připomínkami ČSK.
UZS	Příloha č. 12 - žádáme o zdůvodnění rozšíření přílohy č.12 o nové položky - ZP pro léčbu plicní embolie a hluboké žilní trombózy, ZP materiály pro robotiku, LP antivirotika, antimykotika. Pro ZP přináší další náklady na zdravotní péči, hrazené mimo standardní úhradové mechanismy.	VYSVĚTLENO. Je vysvětleno v odůvodnění předkládané vyhlášky.
UZS	Příloha č. 12, odst. 1.3 – žádáme, aby se v příloze č. 12 nevyskytovaly nejasné formulace jako „...a jim vlastnostmi, vyšší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky“ a byly nahrazeny úplným výčtem jednotlivých kódů zdravotnických prostředků.	NEAKCEPTOVÁNO. VYSVĚTLENO. Použití tzv. neurčitěho právního pojmu je nutné vzhledem k tomu, že v číselnících zdravotních pojišťoven může docházet k průběžným změnám, nicméně s obdobnými ZP by mělo být zacházeno obdobně.
UZS	Příloha č. 13, odstavec 3 - žádáme o změnu ustanovení na „Poskytovatel jednodenní péče společně s výkonem jednodenní péče vykazuje poskytnuté výkony podle seznamu výkonů a spotřebovaný zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, a to za účelem zařazení výkonu jednodenní péče podle bodu 5; úhrada těchto výkonů, materiálu a léčivých přípravků je zahrnuta v úhradě za výkon jednodenní péče podle bodu 5“.	NEAKCEPTOVÁNO. Připomínkové místo nijak neodůvodňuje svůj požadavek, který není v souladu se záměry předkladatele.
UZS	Příloha č. 13, odstavec 5 - žádáme o nahrazení agregovaných výkonů samostatnými výkony JPL: 10806 = 10421,10422 10826 = 10113, 10115	VYSVĚTLENO. Rozdělení DRG skupiny na jednotlivé JPL výkony je provedeno pouze tam, kde existuje významný nákladový rozdíl mezi jednotlivými výkony, v ostatních případech nemá dělení smysl.

	10807 = 10116, 10409 10815 = 10110 10800 = 10117, 10428, 10118, 10410 10802 = 10119, 10120, 10425, 10426, 10427 10803 = 10118, 10410, 10117, 10428 10813 = 10459 10814 = 10460 10816 = 10439 10817 = 10169, 10170, 10171, 10334, 10436 10809 = 10329, 10330, 10332 10810 = 10386, 10387, 10391 10811 = 10390, 10393	
UZS	Příloha č. 13, odstavec 5 - žádáme o úpravu cen výkonů JPL dle přiložené tabulky Rekalkulace_JPL_UV_2026_vse.xlsx, list rekalkulace_JPL_UV_2026_vse, sloupec AI – Úhrada 2026 SZP ČR (Kč). Nesouhlasíme s kalkulací úhrady balíčkových výkonů pro samostatné poskytovatele JPL podle nákladů referenční sítě nemocnic použitých pro DRG. Náklady poskytovatele se statutem centra vysoce specializované péče jsou objektivně zcela jiné než ambulantního poskytovatele JPL (vybavení, personál). Řada výkonů zde uvedených navíc ani hospitalizaci v délce celého 1 ošetřovacího dne nevyžaduje, nicméně tyto náklady kalkulace ceny balíčkového výkonu pravděpodobně obsahuje.	NEAKCEPTOVÁNO A VYSVĚTLENO. MZ nedisponuje jiným zdrojem dat pro kalkulaci těchto úhrad. K podrobné rekalkulaci jednodenních služeb dojde po zřízení referenční sítě jednodenních poskytovatelů.
UZS	Příloha č. 13, odstavec 5 – obecně žádáme u všech výkonů JPL o ponechání původních názvů balíčků dle názvosloví z roku 2025. Aktuální změna vede na CZ-DRG skupiny, které v sobě podobně jako agregované výkony shrnují více individuálních výkonů JPL, které mohou mít samostatnou kalkulaci. Definice balíčku JPL se tak stává nejasná, protože v tabulce nejsou uvedeny kritické výkony ze	AKCEPTOVÁNO.

	Seznamu zdravotních výkonů. Navrhované změny jsou v rozporu s dřívější logikou pojetí balíčků JPL (konkrétní příklady v uvádíme v následujících námitkách).	
UZS	Příloha č. 13, odstavec 5 - žádáme u výkonu JPL 10121 o vynětí z popisu možnosti zahrnutí sterilizace přerušením chámovodů. Důvodem je odlišné provádění výkonu sterilizace pro muže a z toho vyplývající odlišné náklady na provedení výkonu (nižší).	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 13, odstavec 5 - žádáme u výkonu JPL 10388 o změnu popisu výkonu na původní název: Orchidopexie. Nový název vede na CZ-DRG skupinu, která v sobě podobně jako agregované výkony shrnuje více individuálních výkonů JPL, které mohou mít samostatnou kalkulaci.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 13, odstavec 5 - žádáme u výkonu JPL 10383 o změnu popisu výkonu na původní název: Cirkumcize u dětí od 3 let a dospělých. Nový název vede na CZ-DRG skupinu, která v sobě podobně jako agregované výkony shrnuje více individuálních výkonů JPL, které mohou mít samostatnou kalkulaci.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 13 – v předloženém návrhu zcela chybí možnost snížit úhradu balíčkového výkonu v případě, kdy je nutná následná hospitalizace (navrhujeme do 7 dnů od provedení výkonu JPL).	AKCEPTOVÁNO.
UZS	<u>Připomínky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (zásadní i doporučující)</u> § 3 odst. 1 Do nově doplněné věty v odstavci definujícího unikátní pojištěnce je nutné doplnit slovo „výhradně“. Za současné podoby z věty vyplývá, že pokud na pojištěnce byl vykázán výkon, který nemá být zahrnut do celkové nebo obdobné výše úhrady, tak tento pojištěnec má být z výpočtu vyjmut. Správně má být pojištěnec vyjmut pouze pokud na něj byly vykázány pouze nezahrnované výkony. <i>Je-li stanoveno, že hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové nebo obdobné výše úhrady, nevstupují pojištěnci, kterým byly</i>	AKCEPTOVÁNO JINAK. Formulace upravena v duchu připomínky.

	<i>výhradně tyto hrazené služby poskytnuty, na základě poskytnutí těchto hrazených služeb do tohoto výpočtu jako unikátní pojištěnci.</i>	
UZS	§ 2 odst. 6 - Využití údajů o hrazených službách za všechny zdravotní pojišťovny Z návrhu vyhlášky vypustit, úhrady vztahující se k tomuto odstavci nahradit parametrem K (koeficient počtu pojištěnců). Jedná se o: Přílohu č. 1), oddíl A), odst. 4.2, písm. f), část i. – CM_{2024,CZ-DRG,všechnyZP} a PP_{drg,2024,všechnyZP}, Přílohu č. 1), oddíl A), odst. 7.14, písm. b) – ProdukceLPS_{všechnyZP,2026}, Přílohu č. 1), oddíl A), odst. 7.14, písm. c) – ProdukceURG_{všechnyZP,2026}, Přílohu č. 1), oddíl A), odst. 7.14, písm. c), část ii. – PB_{urg,2026} a KP_{urg,2026}, Přílohu č. 3), oddíl A), odst. 1, písm. i) – celkový počet výkonů č. 47355. Použití takových úhradových prvků, jejichž hodnota by byla známa až ex post, je pro účely smluvních vztahů možné hodnotit jako nepředvídatelné, a tak i problematické z hlediska jeho souladu s ústavně právními principy. Smluvní strany navíc nemají během hodnoceného období přístup k údajům ostatních zdravotních pojišťoven, a nemohou tak ani odhadovat dopad navržených úhradových prvků na výslednou úhradu. Z nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 6/2000 plyne, že: „Jestliže je totiž podle čl. 1 Ústavy ČR Česká republika demokratický právní stát, znamená to – mimo jiné – že její právní řád má odpovídat principu předvídatelnosti důsledků právního předpisu a jeho určitosti a srozumitelnosti.“ Návrh ÚV není v souladu se závěry nálezu Ústavního soudu.	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Vypuštěno s výjimkou ustanovení přílohy č. 3.

	Okamžik zjištění hodnoty úhradových prvků je určen nevhodně a nesrozumitelně. Finanční vypořádání musí být provedeno do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období. V období okolo 31. května je už pravidelně rozesíláno vyúčtování, aby bylo možné tuto lhůtu dodržet. Návrh ÚV tak zásadně narušuje praxi a očekávání zdravotních pojišťoven i poskytovatelů. Za problematickou považujeme i možnost, že ke dni 31. května 2027 nebudou k dispozici korektní údaje. Lze si představit, že např. v důsledku chyby budou v NZIS nesprávná data. Pokud by však bylo nutné vycházet vždy z údajů vztažených výhradně k rozhodnému datu, tak by to znamenalo, že vyúčtování bude dotčeno chybou, kterou nebude možné opravit ani tehdy, pokud by v budoucnu byly údaje v NZIS změněny. V případě, že by bylo možné přihlédnout k opravě údajů v NZIS i po rozhodném datu, znamenalo by to nutnost neustále tyto údaje sledovat a vyúčtování opravovat.	
UZS	<u>Příloha č. 1), oddíl A) odst. 2.2.2 písm. l) v tabulce – Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady</u> Z důvodu zrušení registrace LP na vitreomakulární trakci a absenci jiných LP v této indikaci na trhu navrhujeme vymazat „vitreomakulární trakce“ ve skupině Oftalmologie: „l) Oftalmologie (centrální a periferní venózní okluze, choroidální neovaskularizace, věkem podmíněná makulární degenerace, oftalmologie – diabetes mellitus, vitreomakulární trakce, Leberova optická neuropatie, neinfekční uveitida, autologní buňky lidského rohovkového epitelu)“	AKCEPTOVÁNO.
UZS	<u>Příloha č. 1), oddíl A), odst. 3 a 4 – Úhrada za zahraniční pojištěnce</u> Zahrnout úhrady za zahraniční pojištěnce do úhrad v referenčním období.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Referenční úhrada za zahraniční pojištěnce zahrnuta do výše referenční úhrady.

	Podle § 4 má péče za zahraniční pojišťence vstupovat do standardních úhradových mechanismů. Ve vzorcích v Příloze č. 1), oddíl A), odst. 3 a 4 ale není zahrnuta úhrada za zahraniční pojišťence v referenčním období vypočtená podle vyhlášky č. 319/2023 Sb., Příloha č. 1), oddíl A), odst. 6 jako: $\begin{aligned} \text{Úhr}_{\text{EU,CZ-DRG},2024} = & \text{CM}_{\text{EU,CZ-DRG,A},2024} * \text{ZS}_{\text{pod50,EU}} - \text{EM}_{\text{EU},2024} + \\ & \text{CM}_{\text{EU,CZ-DRG,DH},2024} * \text{ZS}_{\text{pod50,EU}} + \\ & \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(\text{ÚHR}_{\text{JPL},ij}; \text{CM}_{\text{EU,CZ-DRG,BCEFG},2024,ij} * \text{ZS}_{\text{pod50,EU}}) \right] \right\} * \\ & \text{KC}_{\text{BCEFG},i} \}. \end{aligned}$ Úhr_{EU,CZ-DRG,2024} by měla být poměrem CM připočtena k ÚHR_{PU,CZ-DRG,2024} a ÚHR_{Vyčl,2024}.	
UZS	Příloha č. 1), oddíl A) odst. 4.3 - Limitovaná úhrada s prvky cenové soutěže Z návrhu vyhlášky vypustit nebo upravit. VZP ČR cenovou soutěž ceny služeb vítá, avšak takto navržený mechanismus navržený v Úhradové vyhlášce nepovede k úsporám nákladů a má značná realizační rizika: 1) Podmínky uvedené v mechanismu zavádí pouze sankci pro zdravotní pojišťovny tím, že zvyšují jednotkovou cenu služby v případě neprovedení (nikoliv nenasmlouvání) objemu v referenčním období. Pro poskytovatele není žádná sankce definována a tudíž podmínky nejsou rovné. V případě, že část nebo všichni poskytovatelé budou v provádění služby cílit na nižší objem, automaticky se zvýší jednotková cena služby bez možnosti ovlivnit tento proces zdravotní pojišťovnou a tím se zvýší neefektivita vůči referenčnímu období. 2) Realizační proces se může stát chronicky nedokončeným, protože pokud část poskytovatelů nebo všichni poskytovatelé vykáží zdravotní pojišťovně část poskytnutých služeb po 15.3.2027, dojde k výpočtu z neúplných dat a může dojít	AKCEPTOVÁNO. Mechanismus cenové soutěže je z ÚV 2026 vypuštěn.

	k sankci vůči zdravotní pojišťovně. V reálné praxi nemůže zdravotní pojišťovna odmítnout úhradu vykázaných služeb po 15.3.2027 a provede opravné kolo se započtením později vykázaných dokladů. Tyto doklady zpětně změni celkovou cenu a bude nutné provést všem poskytovatelům s novou jednotkovou cenou. Tento cyklus se může opakovat ještě několik let po 15.3.2027 a povede k nemožnosti ukončit vyúčtování poskytovatelů. Oprava chyby (ať už v důsledku kontrolní činnosti pojišťovny, nebo oznámená přímo poskytovatelem), by si vynutila opravu vyúčtování u všech dotčených poskytovatelů. Navržený úhradový mechanismus tak v sobě skrývá značný potenciál ke vzniku obtížně řešitelných sporů o výsledek vyúčtování. I u této části návrhu ÚV namítáme rozpor se závěry nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 6/2000 – tj. nepředvídatelnost důsledků jejího použití. 3) Výčet služeb obsahuje například i Tumorozní TEP, kde vzhledem k nízkým počtům a dalším podmínkám spojeným s onkologickou léčbou je těžko představitelné klást další omezující podmínky pro léčbu. 4) Výčet služeb zahrnuje implantace TEP kyčle a kolene, kde došlo k nárůstu CM z námi neznámých důvodů: <table border="1" data-bbox="383 1114 1225 1236"> <tr> <td data-bbox="383 1114 528 1161">08-I06</td><td data-bbox="528 1114 707 1161">08-I06-04</td><td data-bbox="707 1114 1225 1161">Implantace totální endoprotézy kolene</td></tr> <tr> <td data-bbox="383 1193 528 1236"></td><td data-bbox="528 1193 707 1236">08-I05</td><td data-bbox="707 1193 1225 1236">08-I05-04 Implantace necementované totál</td></tr> </table> Řešením může být odstranění nerovné sankce vůči zdravotní pojišťovně vypuštěním části <i>PPC_{2026,CS}</i>:	08-I06	08-I06-04	Implantace totální endoprotézy kolene		08-I05	08-I05-04 Implantace necementované totál	
08-I06	08-I06-04	Implantace totální endoprotézy kolene						
	08-I05	08-I05-04 Implantace necementované totál						

	$PPC_{2026,CS}$ je podmínka produkčního cíle zajištění dostupnosti péče, která se vypočte následovně: $PPC_{2026,CS} = \max \left(1; \frac{CM_{2024,CZ-DRG,D,ZP,celáČR}}{CM_{2026,CZ-DRG,D,ZP,celáČR}} \right)$ ze vzorce nebo posunutí soutěže na řádné projednání podmínek mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami v dohodovacích řízení na příští rok. Preferujeme parametricky důkladnější diskuzi o podmínkách soutěže v rámci DŘ 2027.	
UZS	§ 2 odst. 4 – Zařazení hrazených služeb do hodnoceného období Žádáme o zachování termínů jako v minulých letech, tzn.: „Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 31. března 2027 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2027.“ Zkrácení termínů by znamenalo, že budou zařazeny pouze doklady vykázané v předkládacím období únor 2027. Zachování původních termínů znamená, že budou zařazeny i doklady vykázané v předkládacím období březen 2027.	NEAKCEPTOVÁNO. Je nutné zkrácení termínů z hlediska dostupnosti dat pro navazující procesy (přerozdělování pojistného, tvorba seznamu výkonů a úhradové vyhlášky), termíny z těchto důvodů stanoveny na 28. února a 30. dubna 2027.
UZS	Příloha č. 1), oddíl A), odst. 7.6 – Odbornosti 301, 302, 303, 304, 405, 502, 704 a 707 Nechybí ve výčtu odbornost 409?	VYSVĚTLENO. Ustanovení bylo kompletně nahrazeno vynětím péče ambulantních specialistů o pojištěnce do dne dovršení 15 let z regulace objemu péče.
UZS	Příloha č. 1), oddíl A), odst. 8.3 – Navýšení úhrady za každý případ hospitalizace, u kterého byl poskytovatelem vykázán a zdravotní pojišťovnou uznán výkon intervence konziliárního týmu paliativní péče	AKCEPTOVÁNO JINAK. VYSVĚTLENO. Jak je vysvětleno v důvodové zprávě, úprava je záměrně začleněna do části A, a to z důvodu, že cílem je umožnit rozšíření výkonové složky úhrady konziliárního týmu i na pojištěnce hospitalizované

	Vymout text „, přičemž tato úhrada poskytovateli náleží i za pojištění hospitalizované v následné, dlouhodobé a sociálně zdravotní lůžkové péči“ z oddílu A), který se týká pouze úhrady akutní lůžkové péče. Případně zahrnout do oddílu B) a přeformulovat na úhradu odpovídající následné lůžkové péči. Je doplněno, že tato úhrada poskytovateli náleží i za pojištění hospitalizované v následné, dlouhodobé a sociálně zdravotní lůžkové péči. Jedná se o hrazené služby podle § 5 odst. 2, jejichž úhrada je stanovena v Příloze č. 1), oddílu B). V následné, dlouhodobé a sociálně zdravotní lůžkové péči se nesestavují případy hospitalizací podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ DRG. Úhrada tedy nemůže být navýšena za každý případ hospitalizace.	poskytovatelem na neakutních lůžkách, nicméně stále musí jít o konziliární tým zřízený poskytovatelem akutní lůžkové péče. Přesun úpravy do části B by znamenal zřizování těchto týmů i samostatnými poskytovateli neakutní lůžkové péče, což není záměrem předkladatele. Ustanovení bylo nicméně doplněno o upřesnění, co se pro tento účel považuje za případ hospitalizace na neakutním lůžku.
UZS	Příloha č. 1), oddíl A), odst. 8.4 – Zvýšení úhrady za každou evropskou referenční síť Upravit na částku jako v roce 2025, tj. K *1 000 000 Kč. Zvýšení úhrady za každou evropskou referenční síť v roce 2025 činilo K * 1 000 000 Kč. V roce 2026 má činit K * 10 000 000 Kč. Navýšení je neadekvátní, neodpovídá skutečnosti dle jednání se zástupci OS, nebyly předloženy důkazy, na základě kterých dochází k desetinásobnému nárůstu oproti roku 2025.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Úhrada částečně snížena.
UZS	Příloha č. 1), oddíl A), odst. 9. – úhrada hrazených služeb Národního onkologického centra Z návrhu vyhlášky vypustit text: součástí této dohody je výše úhrady péče poskytované na těchto pracovištích, která nevstupuje do výpočtu úhrad podle bodů 2 až 7. Z textu vyhlášky není zřejmé, na jakých pracovištích má jít o úhradu nad rámec standardních úhrad. Jde o všechna pracoviště PZS nebo	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o národní prioritu. Národní onkologické centrum představuje významnou novou kapacitu národního významu, která vyžaduje specifické úhradové ustanovení.

	jen o onkologická pracoviště, která budou nově nasmlouvaná v souladu s výstavbou centra? Pro tuto úpravu neexistuje věcné odůvodnění. FN Motol má již dnes statut Komplexního onkologického centra s odpovídajícími úhradami. Dle veřejně dostupných zdrojů Motolské onkologické centrum bude mít statut Národního onkologického centra, stane se součástí stávajícího systému komplexních onkologických center a bude spolupracovat s fakultními nemocnicemi v celé České republice. Zároveň se bude podílet na zapojení do programu pregraduální výuky, výuky v doktorském studijním programu a do specializačního vzdělávání oborů se zaměřením na onkologii. NOC jsou koncipovány jako koordinační a výzkumné entity: jejich činnost významně rozšiřuje možnosti mezinárodní spolupráce v síti KOC a posiluje procesy řízení vysoce specializované onkologické péče v ČR. Pozice NOC umožňuje České republice reagovat na významné podněty ze zahraničí, zejména na aktivity EU vedoucí k evropským sítím specializovaných referenčních center. Vzhledem k potenciálnímu přesahu těchto aktivit do nově aktualizované organizace přeshraniční zdravotní péče, organizace mezinárodních klinických studií a datově orientovaného výzkumu je důležité, aby v segmentu onkologické péče byly dle daných kritérií funkční národní kontaktní body, tedy NOC. Není tedy zcela zřejmé, jakou jinou zdravotní péčí, než centralizovanou péčí do KOC, bude FN Motol poskytovat. Nelze hradit zdravotní službu, kterou již poskytovatel poskytuje, jako zcela novou kapacitu. Musí nejdříve dojít k naplnění parametrů dle vyhlášky a nad toto lze pak posoudit jako novou kapacitu. Navíc bylo dodatečně rozhodnuto spojení s Nemocnicí Na Homolce, což parametry značně zkreslí. Ustanovení popírá navíc např. metodiku DRG, kdy nelze identifikovat hospitalizační případ k jednomu pracovišti. Návrh je v rozporu s Čl. 2 odst. 3 a rovněž Čl. 79 odst. 3 Ústavy, z něhož plyne, že ministerstvo může na základě a v mezích zákona	
--	--	--

	vydávat právní předpisy, je-li k tomu zákonem zmocněno. K vydání ÚV je MZ zmocněno v § 17 odst. 5 ZVZP. Zmocnění je však dáno ke stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh a regulačních omezení. MZ není zmocněno k tomu, aby autoritativně vyhláškou stanovovalo součásti, resp. obsah, dohody mezi smluvními stranami. Takové ustanovení by překročilo meze zákonného zmocnění. MZ může vyhláškou stanovit, že se úhrada určité části hrazených služeb, případně změny v rozsahu a struktuře, dohodnou mezi smluvními stranami, nemůže však obsah takové dohody samo stanovit. V rozporu s Ústavou je tak přinejmenším část ustanovení ve druhé větě, která zní: „součástí této dohody je výše úhrady péče poskytované na těchto pracovištích, která nevstupuje do výpočtu úhrad podle bodů 2 až 7“.	
UZS	Příloha č. 1), oddíl A), odst. 7.14 - Úhrada urgentních příjmů Z návrhu vyhlášky vypustit, úhrady vztahující se k tomuto odstavci nahradit parametrem K (koeficient počtu pojištěnců). Majoritní úhradu urgentních příjmů činí paušální úhrada oproti výkonové, proto nedává smysl rozdělovat úhradu dle výkonů, ale dle potenciálu pojištěnců, tj. dle KPP. Na pracovištích LPS mohou mít jednotlivé ZP nasmlouvané různé spektrum zdravotních výkonů. Použití takových úhradových prvků, jejichž hodnota by byla známa až ex post, je pro účely smluvních vztahů možné hodnotit jako nepředvídatelné, a tak i problematické z hlediska jeho souladu s ústavně právními principy. Smluvní strany navíc nemají během hodnoceného období přístup k údajům ostatních zdravotních pojišťoven, a nemohou tak ani odhadovat dopad navržených úhradových prvků na výslednou úhradu. Z nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 6/2000 plyne, že: „Jestliže je totiž podle čl. 1 Ústavy ČR Česká republika demokratický právní stát, znamená to – mimo jiné – že její právní řád má odpovídat principu předvídatelnosti důsledků právního předpisu a jeho určitosti a	AKCEPTOVÁNO.

	srozumitelnosti.“ Návrh ÚV není v souladu se závěry nálezu Ústavního soudu.	
UZS	Příloha č. 1), oddíl A), odst. 7.14., písm. c), část i. – bod I. Výše paušální složky urgentního příjmu 300 0000 000 Kč je neúměrně vysoká. Žádáme ponechání částky jako v roce 2025, tj. ve výši 105 000 000 Kč - tedy shodně jako bylo ponecháno v bodě II., přičemž v bodě III. poklesla oproti roku 2025.	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Nejvyšší paušální složka úhrady urgentního příjmu snížena na 250 mil. Kč.
UZS	Příloha č. 1, oddíl B, odst. 1, písm. c)- Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona Navrhujeme úpravu personálních požadavků pro navýšení koeficientu paušální sazby na 1 den a to upřesnění, že se jedná o logopeda ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí a psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí. „c) KN se navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje, zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kritérií po skončení hodnoceného období: i. Personální zabezpečení (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti): (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037, (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028, 00030 a 00037, (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037, (4) Logoped ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o velmi dlouho existující bonifikace, k věcnému zpřísnění jejich podmínek není věcný důvod.

	(5)Psycholog ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030 a 00037.“	
UZS	Příloha č. 1), oddíl C), odst. 1.1, písm. a) – Regulační omezení paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady a úhrady formou případového paušálu Žádáme o zachování jednotného termínu do 30. dubna. Termín sdělení hodnoty vyžádané extramurální péče v referenčním období poskytovateli je změněn do 15. dubna hodnoceného období. Z technických a organizačních důvodů je pro sdělení hodnoty vyžádané extramurální péče v referenčním období a hodnot referenčního období vstupujících do výpočtu regulačních omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči (Příloha č. 1), oddíl C), odst. 2.1) vhodný jednotný termín do 30. dubna hodnoceného období.	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 1), oddíl C), odst. 2.1, písm. a) – Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky Z důvodu sjednocení s písm. b) doporučujeme písm. a) doplnit takto: „celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období předepsané v odbornostech uvedených v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18.“	AKCEPTOVÁNO.
UZS	Příloha č. 1), oddíl B), odst. 2, písm. f) – nový OD 00038 Nelze odlišit péči poskytovanou v rámci OD 00038 ze zdravotní indikace, která je limitována počtem 90 dní od respitní, která je limitována počtem 14 dní hrazených z prostředků v.z.p. za rok. Dále je nutné text k OD 00038 doplnit takto:	NEAKCEPTOVÁNO. VYSVĚTLENO. Přímo zákon stanoví, za jakých podmínek a v jakém rozsahu jsou připomínkované zdravotní služby hrazené zdravotní pojišťovnou. Tato omezení platí přímo na základě těchto zákonných ustanovení a není nutné, a naopak by mohlo být matoucí, je navrhovaným způsobem opakovat v připomínkované vyhlášce.

	Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 90 OD 00038, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko OD 00038, včetně překladů na jiné pracoviště poskytovatele OD 00038 nebo jiného poskytovatele OD 00038. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00038 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. V případě respitní péče zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 14 OD 00038, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko OD 00038, včetně překladů na jiné pracoviště poskytovatele OD 00038 nebo jiného poskytovatele OD 00038.	Je na zdravotní pojišťovně, aby v rámci mechanismů vykazování dokladů nastavila takové toky dat, aby byla schopna odlišit důvody poskytnutí a vykazání OD 00038.
Uzs	Příloha č. 1), oddíl B), odst. 2, písm. c) – nový OD 00018 (uvedený v písm. f) S ohledem na vznik nového OD 00018, který nahrazuje OD 00017 NIP do 18 let věku požadujeme text upravit takto v souladu s pravidly pro vykazování OD v registračním listu: c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 19 let věku maximálně 180 OD 00018, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dDIOP s ventilací, včetně překladů na jiné pracoviště dDIOP s ventilací poskytovatele nebo jiného poskytovatele dDIOP s ventilací. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00018 na jednoho unikátního pojištěnce do 19 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.	NEAKCEPTOVÁNO. Návrh připomínkového místa není v souladu s registračním listem, kde takovéto omezení absenteje.
Uzs	Příloha č. 1), oddíl B), odst. 2, písm. f) – nový OD 00019 Text k OD 00019 je nutné doplnit takto: Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 19 let věku maximálně 90 OD 00019, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dDIOP bez ventilace, včetně překladů na jiné pracoviště dDIOP bez ventilace poskytovatele nebo jiného poskytovatele dDIOP bez ventilace. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00019 na	NEAKCEPTOVÁNO. Návrh připomínkového místa není v souladu s registračním listem, kde takovéto omezení absenteje.

	jednoho unikátního pojištěnce do 19 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.	
UZS	Příloha č. 1), oddíl B), odst. 3 (zvláštní ambulantní péče) písm. f) VZP v DŘ pro rok 2026 v této části navrhovala snížení minimálního počtu ošetřených pojištěnců na 15 a méně a to z toho důvodu, že se zvyšuje část poskytovatelů, kteří optimalizují produkci a vykazují k úhradě jen pojištěnce s nejvyšším objemem bodů tak, aby byla úhrada výkonová. V tomto případě tedy aktuální minimální počet pojištěnců vede k účelovému chování. Navrhujeme tedy limit minimální počtu pojištěnců snížit na 15 pojištěnců a méně.	NEAKCEPTOVÁNO. Hranice 15 pojištěnců je příliš nízká pro zabránění dopadu náhodných výchylek v nákladnosti péče. Řešením je regulace přes všechny zdravotní pojišťovny.
UZS	Termíny provedení finančního vypořádání v těchto ustanoveních: § 19, bod 2 Příloha č. 2, část A, bod 2, písm. b) a c) a část D), bod 3 Příloha č. 3, část A), bod 1, písm. i) a k) a část A), bod 8 Příloha č. 4, část A), bod 9 a část B), bod 1, písm. k) Příloha č. 5, část A), bod 11 a část B), bod 9 Příloha č. 6, část A), bod 10 a část B), bod 7 Příloha č. 7, bod 7 Příloha č. 8, část A), bod 3 Ve výše uvedených ustanoveních byly zkráceny termíny pro vyúčtování ambulantních segmentů z doposud standardních stanovených 150 dnů na „nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období“. Tento termín není možné splnit, neboť naprostá většina poskytovatelů má ve Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb uveden předkládací termín pro vykázání poskytnuté péče do 10. dne následujícího měsíce a současně v § 2	AKCEPTOVÁNO.

	odst. 4 je uvedeno „Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 15. března 2027 ...“. Zdravotní péče vykázaná od 11. března 2027 tak již nemůže být standardně zahrnuta do zpracování předkládacího období únor 2027. Vzhledem k měsíčním uzavírkám bude předkládací období březen 2027 uzavřeno až na konci dubna 2027, což je však současně termín, kdy uplyne 120 dnů od konce hodnoceného období (30. 4. 2027). Zcela tak chybí časový prostor pro realizaci vyúčtování roku 2026. Nehledě na skutečnost, že některé termíny jsou přímo v rozporu, jako např. ustanovení v příloze č. 3 v části A, bodě 1, odstavci i) definuje povinnost vyúčtovat navýšení/snížení úhrady za výkon 47355 v odbornosti 407 do 120 dnů po konci hodnoceného období, tj. do 30.04.2027. To je v přímém rozporu s §2 bodem (6) úvodu ÚV, který říká, že pokud do výpočtu vstupují data všech zdravotních pojišťoven, použijí se data dostupná k 31.05.2027. Tedy zdravotní pojišťovna má pro vyúčtování použít data dostupná až po daném termínu vyúčtování. Upravená ustanovení o termínu provedení finančního vypořádání jsou tedy v praxi nerealizovatelná a v těchto bodech není možné úhradovou vyhlášku aplikovat. Z tohoto důvodu žádáme u ambulantních segmentů změnit formulace „nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období“ na „nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období“, tj. na termíny definované v úhradových vyhláškách v předchozích letech.	
UZS	Příloha č. 2, část A), bod 10 Věkové indexy – návěští tabulky zní „Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči	AKCEPTOVÁNO.

	nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let, jsou stanoveny takto:“. Tato podmínka však již s ohledem na změny v hodnotách věkových indexů provedené MZ ČR pro rok 2025 neplatí (neboť věková skupina 15 až 19 let tímto zásahem nemá hodnotu 1,0). Navrhujeme tedy upravit takto: „Věkové skupiny a indexy jsou stanoveny takto:“. Nebo případně upravit odkaz na věkovou skupinu 30-34 let, která má hodnotu věkového indexu 1,0.	
UZS	Příloha č. 2, část A) Zdravotní pojišťovny ve svých návrzích v rámci DŘ 2026 navrhovaly zavedení mechanismu, který krátil nebo zrušil úhradu kapitační platby u pojištěnců (plošně, resp. v nějaké věkové skupině), kteří v určitém období (24-36 měsíců) nenavštívili svého registrujícího praktického lékaře, a to jak v rámci běžné kurativní a dispenzární péče, tak ani v rámci preventivních prohlídek. Tímto (omezení nároku na kapitační platbu u těchto pojištěnců) reagovaly zdravotní pojišťovny na některá kontrolní zjištění MZ ČR v rámci provedených kontrol. I s ohledem na jeden z hlavních cílů MZ ČR pro rok 2026, tj. omezení úhrady péče bez přidané hodnoty, navrhujeme doplnění ustanovení pro definici nároku na úhradu kapitační platby, a to v některé z forem navrhovaných zdravotními pojišťovnami v rámci DŘ 2026. Návrh VZP ČR v DŘ pro rok 2026 byl koncipován pro definovanou věkovou skupinu takto: „<i>Nárok na kapitační platbu dle bodu 1 a 2 nevzniká u registrovaného pojištěnce, který v daném měsíci dosáhl věku 85 let a více a zároveň u tohoto pojištěnce nebyl v posledních 36 měsících vykázan žádný klinický kontakt pojištěnce s poskytovatelem, vykázaný některým z výkonů uvedených v bodě 5 písm. a) nebo v bodě 9.</i>“	NEAKCEPTOVÁNO. Předkladatel se s návrhem věcně neztotožňuje.

Uzs	Příloha č. 3, část A), bod 3) Vzorec pro výpočet maximální úhrady - úhradový vzorec valorizuje koeficientem i absolutní rozdíl úhrady za mimořádně nákladné pojištění, čímž dochází k nadměrné valorizaci těchto nákladů. Požadujeme změnu vzorce pro výpočet celkové výše úhrady dle návrhu zdravotních pojišťoven pro DŘ 2026: $(1,02 + KN) * POPzpoZ * PUROo + \max [(1,02 + KN) * PUROo * POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$ Požadujeme sjednocení úhradového vzorce napříč všemi segmenty, ve kterých je mechanismus mimořádně nákladných pojištěnců aplikován, a to po vzoru segmentu fyzioterapie, ve kterém je mechanismus uveden správně a tato nepřesnost byla již v minulosti odstraněna. Aktuální vzorec nelogicky valorizuje úhradu za mimořádně nákladné pojištění, čímž se neadekvátně navyšuje úhrada.	NEAKCEPTOVÁNO. Tuto systémovou změnu je třeba dohodnout v rámci DŘ.
Uzs	Příloha č. 3, část B, bod 6 – nová regulace u vyjmenovaných odborností 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370 a 922 za objem individuálně připravovaných léčivých přípravků. Popsaný nový typ regulace je z daného popisu velmi složitě uchopitelný, jde o nejasné definice, přičemž po přihlédnutí k výši nákladů v části individuálně připravovaných léčivých přípravků u daných odborností doporučujeme jednu z možností: 1) Regulace kompletně neuplatňovat jako v předchozích letech, nebo 2) Zavést jen u daných odborností speciální samostatnou složku regulací na individuálně připravované léčivé přípravky, kdy definice a výpočet bude probíhat shodně s existujícími složkami (např. na léčiva a ZP), tj. „115 % překročení a za	NEAKCEPTOVÁNO. VYSVĚTLENO. Uvedené regulace směřují k nově zákonem zavedeným individuálně připravovaným léčivým přípravkům. Předkladatel zavádí na tyto přípravky regulace, aby se jejich objem zcela nevymkl kontrole. Současně se ale jeví přehnaně přísné a v zásadě vylučující léčbu těmito přípravky regulaci formulovat tak, že by se vztahovala výhradně na navýšení v rámci individuálně připravovaných léčivých přípravků. Proto předkladatel zvolil střední cestu, kdy poskytovatel může tyto přípravky poskytovat v rámci svého rozpočtu na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, přičemž pokud jejich používání nevykompenzuje snížením spotřeby jiných ZULPů a ZUMů, uplatní se regulace pouze na překročení odpovídající objemu použitých individuálně připravovaných léčivých přípravků. Existují tři možnosti:

	každé 0,5 % překročení se regulace počítá jako 2,5 % překročení až do maximální výše 40 % překročení“. Předefinovat dané věty tak, aby byl jejich výklad naprosto jednoznačný. Cílem je, aby různé jednotlivé zdravotní pojišťovny nevykládaly daná ustanovení rozdílně, což při současném složitém znění hrozí.	1) Poskytovatel 115 % referenční úhrady za ZUM a ZULP vůbec nepřekročí – regulace se neuplatní. 2) Poskytovatel překročí 115 % pouze při započtení použitých IPLP (např. 117 % referenční hodnoty, z toho 20 % referenční hodnoty IPLP => regulace se uplatní na překročení ve výši 2 % referenční hodnoty) 3) Poskytovatel dosáhne nebo překročí 115 % i bez započtení IPLP (např. 140 % referenční hodnoty, z toho 20 % IPLP => regulace se uplatní na překročení ve výši 20 %)
UZS	Příloha č. 3, část B, bod 6 nově zavádí regulaci u vyjmenovaných odborností za objem individuálně připravovaných léčivých přípravků, přičemž odkazuje chybně na bod regulace dle bodu 2. Bod 2 je regulace na zvlášť účtované léčivé přípravky. Správně má odkazovat na bod 3, který se týká regulace na ZP a LP. Úvodní část bodu 6 tedy má správně znít (změny zvýrazněny tučně): <i>„Regulační omezení podle bodů 2 a 4 se nepoužije u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů. Regulační omezení podle bodu 3 se u poskytovatelů podle věty první uplatní jen...“</i>	NEAKCEPTOVÁNO. VYSVĚTLENO. Regulace směřuje na nově zaváděné IPLP, které jsou předepisovány na žádanku a musí být podávány výhradně pod dohledem kvalifikovaného odborníka, jedná se tedy o ZULP, nikoliv recept.
UZS	Příloha č. 3, část B, bod 1 – Sdělení hodnot referenčního období pro ambulantní spec. péči Příloha č. 5, část A, bod 7 – Sdělení hodnot referenčního období pro radiodiagnostiku Termín sdělení hodnot referenčního období je zkrácen, oproti úhradové vyhlášce pro rok 2025, na „do 15. dubna hodnoceného období“. Z technických a organizačních důvodů je pro sdělení těchto hodnot referenčního období nutné zachovat termín do 30. dubna hodnoceného období.	AKCEPTOVÁNO.

	Žádáme o změnu termínu z „do 15. dubna hodnoceného období“ na „do 30. dubna hodnoceného období“.	
UZS	Příloha č. 4, část E), bod 6 Ve znění dohody i úhradové vyhlášky bylo ponecháno ustanovení, které odpovídalo původnímu úhradovému mechanismu: „6. <i>Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.</i>“ S ohledem na změnu úhradového mechanismu a jasnou definici toho, co je zahrnuto do srovnávacího objemu úhrady, požadujeme tento bod upravit takto: „6. <i>Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli dle části A) až D) snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.</i>“ Tímto způsobem bude upřesněno, co se považuje za úhradu vztaženou k výši celkové regulace.	AKCEPTOVÁNO JINAK. Znění upraveno dle dohody z DŘ.
UZS	Příloha č. 5, část B, bod 5 – Sdělení hodnot referenčního období pro laboratorní odb. Termín sdělení hodnot referenčního období je zkrácen, oproti úhradové vyhlášce pro rok 2025, na „do 15. června hodnoceného období“. Z technických a organizačních důvodů je pro sdělení těchto hodnot referenčního období nutné zachovat termín do 30. června hodnoceného období.	NEAKCEPTOVÁNO JINAK. Upraveno v souladu s úpravou dat předávání dokladů.

	Žádáme o změnu termínu z „do 15. června hodnoceného období“ na „do 30. června hodnoceného období“.	
UZS	Příloha č. 5), oddíl A), odst. 3, písm. e) - Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 806, 809 a 810 podle seznamu výkonů Tento bod je zařazen nově, není jasné, z jakého důvodu a na základě, čeho byly vybrány tyto výkony pro speciální úhradu, resp. speciální HB. Zároveň je v tomto ustanovení uveden výkon 89971 SIGNÁLNÍ VÝKON – ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ AORTY V RÁMCI PROGRAMU SCREENINGU ABDOMINÁLNÍ AORTY – BEZ NÁLEZU ANEURYSMATU je jedním ze souboru signálních výkonů s nulovou bodovou hodnotou (výkony 89971–89975) vztahujícím se k programu časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty. Jako naprosto nelogické považujeme přiřazovat tomuto výkonu, nesoucímu pouze informaci o jednom z několika možných výsledků vyšetření, hodnotu bodu. Nejedná se o překlep/záměnu výkonu za jiný? Nosný screeningový výkon 89970 SCREENING ANEURYSMATU ABDOMINÁLNÍ AORTY je již přitom speciálně hodnocen HB 0,98 Kč a uveden v Příloze č. 5), oddíl A), odst. 2, písm. d)	AKCEPTOVÁNO. Ustanovení vypuštěno.
UZS	Příloha č. 5), oddíl B), odst. 2, písm. a) - Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů Níže uvedené výkony odb. 801 a 818 jsou nově uvedeny v seznamu výkonů, kterým se přiřazuje hodnota bodu ve výši 1 Kč. Všechny tyto výkony spojuje pouze jediné – jsou nyní zařazeny v novele na rok 2026 vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (SZV). Důvod zařazení daných výkonů do skupiny s HB =1 Kč uveden není.	NEAKCEPTOVÁNO. Vzhledem k rekalkulování výkonů na základě principu bod = 1 Kč je na místě kultivované výkony zahrnout s touto hodnotou bodu. Jen tak lze předkladatele motivovat, aby obsah výkonů v seznamu zdravotních výkonů udržovali věcně aktuální. Z věcného pohledu přitom platí, že podle modelace provedené předkladatelem je i při této změně hodnoty bodu stále rekalkulací dotčených výkonů dosažena úspora.

	Tyto výkony byly projednány na PS SZV s tím, že jejich náplň byla aktualizována, včetně příslušného zvýšení nebo snížení bodové hodnoty. Zařazením těchto výkonů do skupiny mimo standardní hodnotu bodu se potenciální úspory z v.z.p. dané úpravami výkonů sníží a naopak se dále navýší náklady u výkonů, u kterých byla bodová hodnota úpravami v SZV zvýšena. Jedná se o výkony: 93113, 93115, 93125, 93129, 93131, 93133, 93135, 93137, 93139, 93141, 93145, 93149, 93151, 93153, 93161, 93169, 93171, 93177, 93181, 93183, 93185, 93187, 93189, 93193, 93195, 93199, 93213, 93215, 93217, 93221, 93229, 93245, 93247, 93255, 93259, 93265, 96235, 96315, 96515, 96833, 96837, 96889, 96891, 96905, 96911 a 96912.	
UZS	Důvodová zpráva Má-li důvodová zpráva vysvětlit, proč byly provedeny změny v úhradových mechanismech, pak v odůvodnění k § 11 a příloze č. 6 (str. 231) se neuvádí, proč byla odbornost 921 – porodní asistentka vyčleněna do výkonově hrazených odborností bez regulací. Ani zástupci poskytovatelů domácí péče tuto úpravu v DŘ pro rok 2026 nepožadovali. Žádáme o vysvětlení této úpravy v úhradovém mechanismu.	AKCEPTOVÁNO. Doplněna důvodová zpráva.
UZS	Příloha č. 6 návrhu úhradové vyhlášky část A) bod 4) Vzorec pro výpočet maximální úhrady - úhradový vzorec valorizuje koeficientem i absolutní rozdíl úhrady za mimořádně nákladné pojištění, čímž dochází k nadměrné valorizaci těchto nákladů. Požadujeme změnu vzorce pro výpočet celkové výše úhrady dle návrhu zdravotních pojišťoven pro DŘ 2026:	NEAKCEPTOVÁNO. Tuto systémovou změnu je třeba dohodnout v rámci DŘ.

	$(1,04 + KN) * POP_{zpoZ} * PUROo + \max [(1,04 + KN) * PUROo * POP_{zpoMh}; (UHRMh - UHRMr)]$ Požadujeme sjednocení úhradového vzorce napříč všemi segmenty, ve kterých je mechanismus mimořádně nákladných pojištěnců aplikován, a to po vzoru segmentu fyzioterapie, ve kterém je mechanismus uveden správně a tato nepřesnost byla již v minulosti odstraněna. Aktuální vzorec nelogicky valorizuje úhradu za mimořádně nákladné pojištěnce, čímž se neadekvátně navyšuje úhrada.					
UZS	<u>Příloha č. 11 část B) – kód 00921, 00830</u> MZ ČR zasáhlo do dohody a ponechalo a přejmenovalo výkon 00921 (výjimečné použití amalgámu) a zároveň v důvodové zprávě uvádí i zachování kódu výkonu 00830 přičítacího k výkonu 00921. Samotný výkon 00830 však v příloze č. 11 není uveden. Toto řešení nepovažujeme za systémové a žádáme o provedené těchto úprav: - vypustit kód 00921 - vložit kódy 00829 a 00830, které znějí: <table><tr><td>00829</td><td><u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu</td><td>Lokalizace – zub. Nelze vykázt v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázan kód 00921, lze vykázt nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázaní kódu</td><td>800 Kč</td></tr></table>	00829	<u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu	Lokalizace – zub. Nelze vykázt v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázan kód 00921, lze vykázt nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázaní kódu	800 Kč	AKCEPTOVÁNO JINAK. Přesunutím formulace definující pravidla použití amalgámu do sloupce obsahu výkonu je nutné přeformulovat jako podmínky použití amalgámové výplně, a nikoliv podmínky vykázaní daného výkonu.
00829	<u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu	Lokalizace – zub. Nelze vykázt v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázan kód 00921, lze vykázt nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázaní kódu	800 Kč			

		v kapslové formě na 1 nebo 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze vykázt pouze v případech, kdy zubní lékař použití amalgámu považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.	00921. Dříve lze vykázt v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.		
	00830	<u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u</u>	Lokalizace – zub. Nelze vykázt v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838.	900 Kč	

		<u>pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na 3 a více ploškách, včetně rekonstrukce růžku, bez ohledu na počet výplní. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze vykázt pouze v případech, kdy zubní lékař použití amalgámu považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít	Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázt kód 00921, lze vykázt nejdříve po uplynutí 365 dní od vykáztí kódu 00921. Dříve lze vykázt v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.		
--	--	--	---	--	--

	žádný jiný materiál výplně. - u kódu 00836 ve sloupci Regulační omezení ve druhém odstavci slovo „kódem“ nahradit slovem „kódy“ a za slovo „kódy“ vložit text „00829, 00830 a“, - u kódu 00837 ve sloupci Regulační omezení ve druhém odstavci slovo „kódem“ nahradit slovem „kódy“ a za slovo „kódy“ vložit text „00829, 00830 a“, - u kódu 00838 ve sloupci Regulační omezení ve druhém odstavci slovo za slovo „kódy“ vložit text „00829, 00830“, - u kódu 00978 ve sloupci Regulační omezení ve třetím odstavci text „00921,“ vypustit, - u kódu 00979 ve sloupci Regulační omezení ve třetím odstavci text „00921,“ vypustit. Máme za to, že tento návrh, který je v souladu s připomínkami ČSK, zachová záměr předkladatele, avšak zajistí jeho proveditelnost v praxi při vykazování jednotlivých kódů výkonů.	
Uzs	Příloha č. 13), odst. 5. – Jednodenní péče – Struktura a rozsah výkonů odbornosti 701 Žádáme o nahrazení stávajících 6 výkonů v odb. 701 v návrhu UV seznamem výkonů, včetně jejich úhrady, který vznikl jako společný návrh VZP, ČSORLCHHK ČLS JEP a zástupců segmentu jednodenní v rámci DŘ pro rok 2026. Návrh, který je součástí protokolů z DŘ pro r. 2026, obsahuje 24 výkonů, které mnohem lépe specifikují, jaká péče je vhodná pro	NEAKCEPTOVÁNO. MZ počítá výši úhrady na základě dat z referenčních nemocnic (náklady na 1 OD + materiálové náklady). Není možné do vyhlášky dát dohodnuté ceny, které nejsou založené na jednotné kalkulaci jako ostatní výkony jednodenní péče. Dohodnutou tabulku výkonů včetně dohodnutých cen doporučujeme nasmlouvat v úhradových dodatcích.

	provádění v režimu JPL a také lépe rozlišují odlišnou nákladovou náročnost různých typů operací v rámci stejné DRG skupiny. Z této přesnější stratifikace budou těžit nejen pacienti, tak UZIS (přesnější výkaznictví), ale zejména celý systém, neboť bude skutečně docházet k efektivnímu čerpání prostředků a úspoře v režimu JPL.	
UZS	Příloha č. 13), odst. 5. – Jednodenní péče – Struktura a rozsah výkonů odbornosti 107 Žádáme o ponechání výkonů pro odb. 107 v příloze č. 13 a doplnění nového výkonu pro Selektivní katetrizační ablace komplexních forem síňových a komorových arytmií. V tomto duchu byl předložen společný návrh VZP, ČKS a zástupců segmentu jednodenní v rámci DŘ pro rok 2026.	VYSVĚTLENO. Návrh jednodenní péče v úhradové vyhlášce dozal pro rok 2026 oproti roku 2025 několika změn: Výše jednodenní úhrady pro akutní lůžkovou péči je nově přesunuta do přílohy č. 14. Kromě již zavedeného mechanismu garance jednodenní výše úhrady místo dolního časového DRG outlieru je nově zaveden mechanismus naopak stropující výši úhrady DRG jejím jednodenním ekvivalentem (tzv. „povinná“ jednodenní péče). Příloha č. 14 je rozdělena na několik část podle toho, do jaké části úhrad daná DRG skupina spadá (Paušální úhrada, úhrada vyjmuta z paušální úhrady, případový paušál, „povinná“/„nepovinná“ JPL). Příloha č. 13 je nyní pouze pro samostatné poskytovatele jednodenní péče. Jelikož v odbornosti 107 neexistují samostatní poskytovatelé jednodenní péče, tak není důvod, aby tyto výkony v příloze č. 13 byly. Vše je zahrnuto v příloze č. 14 včetně Selektivní katetrizační ablace komplexních forem síňových a komorových arytmií.
UZS	Příloha č. 13), odst. 5. + příloha č. 14), část E – ocenění Vysoká ligatura venae saphenae magnae + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes Žádáme o sjednocení cen pro jednotlivé typy poskytovatelů a revizi cen JPL balíčků, je neakceptovatelné, aby péče poskytnutá v režimu JLP byla dražší, než péče poskytnutá hospitalizačně. Dle odůvodnění k UV „platí, že výše jednodenních úhrad pro péči s totožným obsahem je kalkulována totožně, a tedy je shodná v obou	VYSVĚTLENO. Pro rok 2026 je přepočítána výše úhrady dle aktuálních dat od ÚZIS (náklady na 1 OD + materiálové náklady). V příloze č. 14 se vychází z nákladových dat za celou DRG skupiny, kdežto v příloze č. 13, pokud je v rámci jedné DRG skupiny více výkonů jednodenní péče, tak se vychází z nákladových dat jen části DRG skupiny, kde je vykázán nosný výkon. RV u DRG skupiny 05-I30-01 roste z 0,52427 v roce 2025 na 0,54098 v roce 2026.

	přílohách.“ V tomto případě to však neplatí, pokud ambulantní poskytovatel provede zákrok na jedné noze, má garantovanou úhradu 36 860 Kč, za tu samou péči však lůžkový poskytovatel dostane 37 456 Kč. Naprosto bezprecedentní situace však nastane, pokud ambulantní poskytovatel JPL provede zákrok na obou nohách. Pak má garantovanou úhradu 58 049 Kč, kdežto lůžkový poskytovatel JPL opět pouze 37 456 Kč. Navíc úhrada 58 049 Kč je o 14 770 Kč vyšší, než pokud by pacient byl ošetřen v rámci standardně trvající tří a více denní hospitalizace. Výkon 54930 - VYSOKÁ LIGATURA VENAE SAPHENAE MAGNAE + STRIPPING SUBFASCIÁLNÍ LIGATURY VV. PERFORANTES má omezením místa „A“, jedná se jednoznačně prodražování péče. Jak je možné, že úhrady za tuto péči v režimu JPL mezeročně rostly, když relativní váha DRG skupiny 05-I30-01 mezeročně klesla a zároveň klesla Centrální základní sazba pro CZ-DRG?	
UZS	Příloha č. 13), odst. 5. – Jednodenní péče - Nesouhlas s ponecháním balíčku 10827. Žádáme o odebrání balíčku z UV. Do DRG skupiny 05-I30-02 jsou zařazeny hospitalizační případy na základě kombinace HDG I8xx a některého z markerů 07496-8. Neexistuje platný kritický SZV výkon, na kterém by mohl být balíček vystavěn. Vytvářením JPL balíčků by nemělo být obcházeno to, že péče nemá stanovenou úhradu ze v.z.p. Navíc u referenčních nemocnic v r. 2022 v této DRG skup. bylo zařazeno jen 152 případů – případná úspora při vzniku balíčků je marginální.	NEAKCEPTOVÁNO. Zda jde o hrazené služby či nikoliv není omezeno tím, zda má určitá péče výkon v seznamu zdravotních výkonů, ale vyplývá to ze zákona o veřejném zdravotním pojištění. Lze-li daný zákrok provádět v jednodenní péči tak, že odpovídá § 13 a dalším ustanovením zákona, je nepodstatné, zda má výkon podle seznamu zdravotních výkonů nebo je v akutní lůžkové péči vykazován pomocí CZ-DRG markerů.
UZS	Příloha č. 13), odst. 5. – Jednodenní péče – Použití kódů VZP balíčků pro ZS.	NEAKCEPTOVÁNO. Vyhláška jasně uvádí, že úhrada jí stanovená se vztahuje pouze na péči poskytovanou na operačních sálech. Protože dané balíčky již byly

	Žádáme balíčky přečíslovat, přejmenovat, nebo odebrat. Návrh úhradové vyhlášky používá kódy a/nebo názvy balíčků VZP pro zákrokové sálky (10402, 10231, 10286), které mají historicky nasmlouvané jak lůžkoví a ambulantní poskytovatelé JPL s operačními sály, tak ambulantní poskytovatelé pouze se zákrokovými sálky. Návrh úhradové vyhlášky zavádí dvojí diametrálně odlišnou úhradu pro tentýž druh péče.	ve vyhlášce obsaženy i v roce 2025, předkladatel je za účelem zachování kontinuity pro ostatní zdravotní pojišťovny již nechá ve stejné podobě. Pokud VZP chce zachovat možnost vykazovat péči i poskytovatelům, kteří ji neposkytují na operačním sále, ale na zákrokovém sálku, je nutno tuto věc řešit smlouvami a číselníky zdravotní pojišťovny, platí nicméně, že péči poskytovanou na zákrokovém sálku nelze podle textu vyhlášky hradit úhradami podle přílohy č. 13 vyhlášky.
UZS	Příloha č. 13), odst. 5. – Jednodenní péče – Péče, kterou lze poskytovat v ambulantním režimu. Žádáme odebrat balíčky 10133, 10418, 10111, 10402, 10231, 10237, 10159, 10286, 10213, 10383 z UV. Ponecháváním balíčků, které již nyní lze provádět v ambulantním režimu, v UV dochází k prodražování péče.	NEAKCEPTOVÁNO. Vyhláška jasně uvádí, že úhrada jí stanovená se vztahuje pouze na jednodenní péči poskytovanou na operačních sálech. Protože dané balíčky již byly ve vyhlášce obsaženy i v roce 2025, předkladatel je za účelem zachování kontinuity pro ostatní zdravotní pojišťovny již nechá ve stejné podobě. Pokud VZP chce zachovat možnost vykazovat péči i poskytovatelům, kteří ji neposkytují na operačním sále, ale na zákrokovém sálku, obzvláště jde-li o ambulantní péči a poskytovatele, je nutno tuto věc řešit smlouvami a číselníky zdravotní pojišťovny, platí nicméně, že péči poskytovanou na zákrokovém sálku, obzvláště jde-li o ambulantního poskytovatele, nelze podle textu vyhlášky hradit úhradami podle přílohy č. 13 vyhlášky. Dochází-li tedy k prodražování péče, jde o důsledek postupu zdravotní pojišťovny, ne o důsledek formulace vyhlášky.
UZS	Příloha č. 13), odst. 5. – Jednodenní péče – Nesouhlas se zavedením nových balíčků 76529, 76527, 76237 a 89323. Žádáme odebrat tyto balíčky z návrhu UV. Nosné výkony mají dle SZV omezení místem výkonu „S“, lze je již nyní vykazovat v amb. režimu. Jedná se o prodražování péče.	NEAKCEPTOVÁNO. Tyto výkony se provádí primárně v nemocnicích, v ambulancích se dle dat vykazují minimálně.
UZS	Příloha č. 13), odst. 5. – Jednodenní péče – Nekonzistentní číslování a pojmenovávání výkonů	AKCEPTOVÁNO.

	Žádáme u uvedených výkonů o ponechání původních názvů z UV 2025. Od samého zavedení jednodenní péče do UV ministerstvo nepoužívá jednotný systém číslování a pojmenování výkonů, znesnadňuje tak smluvní politiku ZP a vnáší nejistotu, jaká péče může být v režimu JPL poskytována a také hrazena. Meziročně byly upraveny názvy výkonů (10408, 10407, 10114, 10405, 10123, 10406, 10103, 10175, 10402, 10193, 10424, 10411, 10121, 10283, 10315, 10440, 10399, 10388, 10383), které historicky nesou kód balíčku využívaný VZP a zavedeny do UV byly s názvem VZP. Nyní jsou tyto výkony přejmenovávány na názvy DRG skupin, na které jsou navázány. Tím vzniká nejistota, jaká péče mám (může) být pod kódy vykazována. Doporučujeme zavést jednotný systém číslování a pojmenovávání výkonů a u již zavedených výkonů neprovádět takovéto razantní změny.	
Uzs	Příloha č. 13), bod 5. – kódy 71671, 76529, 89323 – nesoulad se SZV zněním Žádáme o sjednocení názvů výkonů se SZV. Do číselníku nelze uvést oba názvy. 71671 – znění výkonu v SZV - MAXILÁRNÍ INTRANAZÁLNÍ ANTROSTOMIE, znění výkonu v ÚV - Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar 76529 – znění výkonu v SZV - URETEROSKOPIE S TRYPSÍ KONKREMENTU NEBO EXTRA KCÍ VÍCEČETNÉ LITIÁZY (PŘIČTI K URETEROSKOPII, znění výkonu v ÚV - Ureteroskopie s trypsí konkrementu nebo extrakcí vícečetné litiázy	AKCEPTOVÁNO.

	89323 – znění výkonu v SZV - TERAPEUTICKÁ EMBOLIZACE V CÉVNÍM ŘEČIŠTI, znění výkonu v ÚV - Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	
MF	Zásadní připomínky Ministerstvo financí zásadně nesouhlasí s deficitním nastavením navrhovaného znění vyhlášky. Návrh povede k dalšímu růstu závazků po splatnosti a prohlubování finanční neudržitelnosti systému v.z.p.	NEAKCEPTOVÁNO. Navrhované úhrady jsou nezbytné k zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb.
MF	V důvodové zprávě v části 1.5 je uvedeno, že MZ v úhradové vyhlášce na rok 2026 uvažuje s navýšením predikce příjmů o 3 mld. Kč nad rámec predikce MF, a to z důvodu, že predikce MF jsou konzervativní a vždy podhodnocovaly příjmy o minimálně 3 mld. Kč. S tímto tvrzením nesouhlasíme, jelikož pokud budeme uvažovat „necovidové“ roky, tak např. v roce 2019 byla predikce MF u příjmů z vybraného pojistného a plateb státu za státního pojištěnce v součtu o 0,7 mld. Kč vyšší než skutečnost, naopak v roce 2023 pak byla predikce podhodnocená v součtu o 2,2 mld. Kč oproti skutečnosti. Žádáme, aby MZ pro stanovování příjmů z pojistného použilo výhradně predikci MF, tak jak ukládá § 19 zákona č. 23/2017 Sb., o pravidlech rozpočtové odpovědnosti.	NEAKCEPTOVÁNO. MZ analyzovalo delší časovou řadu, a ačkoliv je pravda, že citované tvrzení neplatí pro každý jednotlivý kalendářní rok, jedná se o průměrnou typickou odchylku mezi predikcí MF a reálnými zdroji veřejného zdravotního pojištění v daném období. Ustanovení § 19 odst. 3 nelze na danou situaci vztáhnout, nejedná se o rozpočet MZ.
MF	V důvodové zprávě v části D je uvedeno, že deficit systému veřejného zdravotního pojištění bude pokryt mj. zvýšenými příjmy z pojistného z titulu vyšších platů zaměstnanců veřejného sektoru, se kterou predikce nepočítá. Požadujeme toto zdůvodnění vyškrtnout, a to proto, že predikce MF počítá pro rok 2026 s meziročním růstem náhrad zaměstnancům sektoru vládních institucí ve výši 7 %. Tudíž argumentovat významně vyššími příjmy z tohoto titulu nepovažujeme za relevantní, neboť stojí na naprosto mylných předpokladech. Jako pravděpodobnější shledáváme pokrytí deficitu snížením zůstatků ZP.	VYSVĚTLENO. Dle vyjádření vedení MF lze očekávat dodatečné příjmy systému veřejného zdravotního pojištění z důvodu uvedených v důvodové zprávě až ve výši 4 mld. Kč.
MF	Příloha č. 11, čas B, výkon 00907: navrhujeme za slovo "pojištění" doplnit upřesnění "(pouze při kurativní návštěvě)" . Původně byl výkon 00907 bonifikačním výkonem za zvýšenou časovou náročnost ošetření pacienta ve věku 6-15 let, který mohl	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o dohodu uzavřenou v rámci dohodovacího řízení. Vedle toho je nutné upozornit, že připomínkovaná vyhláška rozlišuje pojmy „vyšetření“ a „ošetření“. Protože text kódu 00907 obsahuje pojem „ošetření“, který má podle interpretace předkladatele podobný

	zubní lékař vykázat v rámci kurativní návštěvy bez ohledu, zdá měl potvrzení celoživotního vzdělání. Vypouštění podmínky kurativní návštěvy však nově umožňuje vykazování výkonu i při jakémkoli jiném vyšetření – včetně komplexního vyšetření nebo při registraci pojištěnce. Kontrolní skupině MF a MZ trvalo několik let přesvědčit zdravotní pojišťovny (dále jen „ZP“) k přenastavení této podmínky "kurativní návštěvy", což přineslo viditelný efekt v podobě úspor. Vypouštění podmínky kurativní návštěvy by mohlo vést k dalšímu nárůstu nákladů ve stomatologickém segmentu a k prohloubení deficitu systému.	význam jako „kurativní návštěva“, domníváme se, že nedošlo k výraznému posunu v obsahu připomínkovaného kódu.
MF	Příloha č. 11, čas B, výkon 00825: navrhujeme za slovo „pojištění“ doplnit upřesnění „(pouze při kurativní návštěvě)“ a současně snížit navrhovanou úhradu za výkon 00825. Jedná se o tentýž výkon jako výkon 00907, určený však pouze pro lékaře, kteří mají potvrzení o celoživotním vzdělávání. Výkon 00825 je oproti výkonu 00907 výrazně dražší – jeho úhrada činí 300 Kč, zatímco u výkonu 00907 jde o 164 Kč, tedy přibližně 1,8násobek. V důvodové zprávě však není vysvětlen důvod tohoto rozdílu v úhradách. V minulosti mohl výkon 00907 vykazovat každý lékař bez ohledu na to, zda má potvrzení o celoživotním vzdělávání, a úhrada za něj byla nižší než 164 Kč – např. v roce 2025 činila 122 Kč. Nový výkon 00825 tak de facto představuje bonifikaci nikoli za náročnost pacienta, ale za skutečnost, že má lékař doložené celoživotní vzdělávání. S ohledem na současný odhadovaný deficit veřejného zdravotního pojištění ve výši 6,5 mld. Kč považujeme za rizikové jednak vypuštění podmínky „kurativní návštěvy“ (jako u výkonu 00907), jednak nastavení úhrady za výkon 00825 v téměř dvojnásobné výši oproti výkonu 00907. Tato kombinace může vést k dalšímu nárůstu nákladů ve stomatologickém segmentu a k prohloubení deficitu systému.	NEAKCEPTOVÁNO. Pokud jde o výši úhrady, jedná se o dohodu uzavřenou v rámci dohodovacího řízení. Pokud jde o obsah kódu, je nutné upozornit, že připomínkováná vyhláška rozlišuje pojmy „vyšetření“ a „ošetření“. Protože text kódu 00825 obsahuje pojem „ošetření“, který má podle interpretace předkladatele podobný význam jako „kurativní návštěva“, domníváme se, že nedošlo k výraznému posunu v obsahu připomínkovaného kódu.
MF	Příloha č. 11, čas B, výkon 00831: navrhujeme upravit znění regulačního omezení tak, aby reflektovalo původní záměr – tedy že výkon 00831 zavedený v roce 2026 je náhradou za výkon 00922 vykazovaný v roce 2025. V souladu s praxí u jiných výkonů navrhujeme do regulačního omezení výslovně uvést, že výkon	VYSVĚTLENO. Efekt sledovaný navrhovaným doplněním podle názoru předkladatele zajišťuje formulace: „Za vykázaní kódu 00831 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázaní kódu 00922 v roce 2025.“

	00831 lze vykázat pouze v případě, že od vykazání výkonu 00922 v roce 2025 uplynulo alespoň 365 dní. Dále doporučujeme specifikovat, o jaké dočasné zuby se jedná, konkrétně uvést jejich lokalizaci. Tato podmínka je důležitá pro omezení rizika nesprávného nebo neoprávněného vykazování a zároveň zajistí, že úhradová vyhláška bude reflektovat i klinicky nereálné situace (např. výskyt dočasných „osmiček“). Na základě zkušeností z opakovaných kontrol stomatologického segmentu MF a MZ upozorňujeme, že ZP opakovaně argumentují tím, že pokud dané podmínky nejsou výslovně uvedeny v úhradové vyhlášce, nejsou povinny je uplatňovat.	Pokud jde o doporučené doplnění specifikace lokalizací zubů, předně jde o odbornou otázku, kterou MZ v omezeném čase vypořádání připomínkového řízení nemá zdravotnickou odbornost posoudit. Vedle toho zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 42 odst. 3 výslovně stanoví, že zdravotní pojišťovna má pravomoc kontrolovat, zda mj. poskytnuté hrazené služby odpovídají zdravotním službám vyúčtovaným zdravotní pojišťovně a rozsah a druh hrazených služeb odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce. Zprostředkovaná argumentace zdravotních pojišťoven tedy neodpovídá skutečnosti. Vykazuje-li poskytovatel např. ošetření na zuby, které pojištěnec vůbec nemůže mít, je samozřejmě povinnost zdravotní pojišťovny věc řešit, pokud tuto skutečnost odhalí, či jí předejít, pokud to je možné.
MF	Příloha č. 11, čas B, výkony 00921, 00822, 00831, 00832, 00833, 00834, 00840, 00841, 00949, 00950, 00977: navrhujeme stanovit minimální věk pojištěnce, od kterého lze daný výkon vykázat., a to: výkony týkající se dočasných zubů by bylo možné vykazovat u dětí od věku 1 roku a výkony týkající se stálých zubů u dětí by bylo možné vykazovat od věku 5 let. Se ZP nadále probíhá diskuse o tom, že pokud věková podmínka není výslovně uvedena v úhradové vyhlášce, nejsou povinny ji uplatňovat. Přestože je věková hranice pro prořezávání dočasných a stálých zubů obecně známa a ZP ji odborně nezpochybňují, v praxi se opakovaně objevují případy vykazování výkonů, které z věkového hlediska nedávají smysl – například extrakce stálého zubu u jednoletého dítěte nebo amalgámová výplň dočasného zubu u dítěte ve věku 0+. Jedná se o opakující se problém. Zavedení věkové podmínky by přispělo k zamezení vykazování neoprávněných výkonů a tím i ke snížení nákladů ve stomatologickém segmentu.	NEAKCEPTOVÁNO. Pokud jde o doporučené doplnění omezení věkem, předně jde o odbornou otázku, kterou MZ v omezeném čase vypořádání připomínkového řízení nemá zdravotnickou odbornost posoudit. Vedle toho zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 42 odst. 3 výslovně stanoví, že zdravotní pojišťovna má pravomoc kontrolovat, zda mj. poskytnuté hrazené služby odpovídají zdravotním službám vyúčtovaným zdravotní pojišťovně a rozsah a druh hrazených služeb odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce. Zprostředkovaná argumentace zdravotních pojišťoven tedy neodpovídá skutečnosti. Vykazuje-li poskytovatel např. ošetření na zuby, které pojištěnec vůbec nemůže mít, je samozřejmě povinnost zdravotní pojišťovny věc řešit, pokud tuto skutečnost odhalí, či jí předejít, pokud to je možné.
MF	Příloha č. 11, čas B, výkony 00836, 00837, 00838: navrhujeme doplnit frekvenční omezení 1/1den.	VYSVĚTLENO. Frekvenční omezení vyplývá v tomto případě přímo ze zákona a není nutné jej ve vyhlášce opakovat, dané výplně lze zhotovit pouze jednou

	Z aktuálního znění popisu výkonu „bez ohledu na počet výplní“ není jednoznačně zřejmé, zda je možné výkon vykázat pouze jednou za den, nebo zda je možné jej vykazovat opakovaně bez omezení.	za 2 roky na jednom zubu. Citovaný text „bez ohledu na počet výplní“ má jiný význam, než jak jej chápe připomínkové místo, naopak se jím říká, že ošetření zubu se hradí pouze jedním kódem výplně, i kdyby zubní lékař k ošetření zubu potřeboval zhotovit více samostatných výplní současně.
MF	Z předložené tabulky porovnávající náklady v letech 2025 a 2026 je patrné, že největší nárůst je očekáván v odboru stomatologie – a to o 5,2 mld. Kč. Tento nárůst je primárně způsoben zavedením nových výkonů, např. 00831, 00832, 00833 a 00834, u nichž zatím nejsou k dispozici data o počtu unikátních pojištěnců, kterým budou tyto výkony reálně poskytnuty. Dle úhradové vyhlášky za rok 2025 cena za výplň dočasného nebo stálého zubu byla méně než 700 Kč. Současně navržené ceny jsou: výkon 00832 (Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 1 ploška) 1 300 Kč, výkon 00833 (Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 2 plošky) 1 950 Kč a 00834 (Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 3 a více plošek) 2 350 Kč. Uvedené ceny jsou výrazně vyšší než ceny obdobných výkonů z minulosti. Není také zcela zřejmé, jak budou ZP kontrolovat počet plošek a zda tuto kontrolu vůbec budou provádět. Navíc navržené úhrady nových výkonů jsou stále výrazně nižší než běžné tržní ceny ve stomatologii. I proto zde vidíme riziko, že poskytovatelé budou častěji vykazovat dražší výkon bez ohledu na skutečný počet plošek. Z tohoto důvodu by cenové rozdíly mezi jednotlivými výkony neměly být tak výrazné, tzn. rozdíl mezi 00833 a 00832 činí 650 Kč a mezi 00833 a 00834 činí 500 Kč. Navrhujeme u nových vybraných výkonů 00832, 00833 a 00834 dočasně snížit navrhovanou úhradu – a to až do okamžiku, kdy budou k dispozici validní data, na jejichž základě bude možné rozhodnout o případném navýšení či jiné úpravě cen.	NEAKCEPTOVÁNO. Jedná se o dohodu uzavřenou v rámci dohodovacího řízení, která je navíc nutná pro provedení zákonných změn. Přílišným omezením úhrad nových výplní by byly narušeny cíle novelizace zákona, kterými bylo zejména přitáhnout do smluvní sítě zdravotních pojišťoven více stomatologů a tím zvýšit dostupnost hrazené stomatologické péče. Dosažená dohoda v dohodovacím řízení se z tohoto úhlu pohledu jevila předkladateli jako vyvážená, kdy dohodnuté úhrady nejsou příliš nízké ani přemrštěné.

MF	Příloha č. 4, část A, bod 2, písm. e) navrhuje za slovy „telefonické a“ doplnit „elektronické“. Komunikace s pacientkou probíhá výhradně elektronicky, a to vzhledem k rozsahu a případné citlivosti informací, které jí předávají lékař nebo zdravotní sestry. Nejedná se již o nadstandardní službu, za kterou by bylo možné požadovat doplatek, ale o běžnou součást každodenní praxe.	VYSVĚTLENO. Činnosti uvedené v bodě 2 písm. a) až n) jsou ve skutečnosti názvy výkonů podle seznamu výkonů, u kterých dohoda (a vyhláška) stanoví na jisto, že „zejména“ tyto výkony jsou zahrnuty v agregované úhradě. Navrhované doplnění by proto mohlo být matoucí v tom směru, že by přestala být jednoznačná vazba na daným slovním spojením odkazovaný výkon.
MF	OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY § 3, odst. 1, pro lepší srozumitelnost doporučujeme upravit formulaci textu: <i>Je-li stanoveno, že hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové nebo obdobné výše úhrady, pak do toho výpočtu nevstupují pojištěnci jako unikátní pojištěnci, kterým byly tyto hrazené služby poskytnuty, na základě poskytnutí těchto hrazených služeb do tohoto výpočtu jako unikátní pojištěnci.</i>	AKCEPTOVÁNO JINAK. Formulace upravena v duchu připomínky.
MF	Příloha č. 1, část A, bod 3.2, písm. d), podbod i.: doporučujeme upravit formulaci textu, neboť v jedné větě se třikrát opakuje slovo „aspoň“ a výraz „který má“: <i>„...pro poskytovatele, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a který má alespoň v části hodnoceného období alespoň minimálně 11 statusů centra vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách, a eviduje který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované hematologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou.“</i>	VYSVĚTLENO. Jazyková jednoznačnost má přednost před slohovou elegancí.
MF	Příloha č. 1, část A, bod 3.2, písm. d), podbod ii.: doporučujeme upravit formulaci textu, neboť v jedné větě se dvakrát opakuje slovo „aspoň“ a výraz „který má“: <i>„...pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který ale má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované traumatologické péče a alespoň minimálně 4 další statusy centra vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách.“</i>	VYSVĚTLENO. Jazyková jednoznačnost má přednost před slohovou elegancí.

MF	Příloha č. 1, část A, bod 4.2, písm. f), podbod ii.: doporučujeme upravit formulaci textu, neboť v jedné větě se čtyřikrát opakuje slovo „který“ a třikrát slovo „alespoň“: <i>„...pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který ale je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, který má alespoň v části hodnoceného období alespoň minimálně 11 statusů centra vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách, a který má alespoň—má v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou,“</i>	VYSVĚTLENO. Jazyková jednoznačnost má přednost před slohovou elegancí.
MF	Příloha č. 1, část A, bod 4.2, písm. c): doporučujeme upravit formulace textu nebo rozdělit do několika menších vět. <i>„...ve výši 1,03 pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10,—; pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce,—a ; ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v částech C a E k této vyhlášce a u případů hospitalizace j, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.“</i>	NEAKCEPTOVÁNO. Návrh úpravy by poškodil poskytovatele, kteří mají status centra po celé období.
MF	Příloha č. 1, část A, bod 5.2, písm. h). podbod i.: doporučujeme upravit formulace textu nebo rozdělit do několika menších vět. <i>„...je koeficient bonifikace za provoz centra duševního zdraví, který nabývá nejvyšší splněnou hodnotu, přičemž pokud poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,02; pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 355 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,04; pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti</i>	NEAKCEPTOVÁNO. Návrh úpravy by poškodil poskytovatele, kteří mají centrum duševního zdraví.

	355 podle seznamu výkonů a zároveň alespoň v jedné z odborností 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,06.“	
MF	Příloha č. 1, část A, bod 7.14, písm. h) a c): doporučujeme upravit výraz „ <i>suma počtu bodů</i> “ na „ součet bodů “- matematicky vhodnější a běžněji používaný výraz.	NEAKCEPTOVÁNO. Ustanovení nereflektuje ustálené spojení „počet bodů“.
MF	Příloha č. 5, část B, bod 3, písm. a) a f): doporučujeme upravit výraz „ <i>suma počtu bodů</i> “ na „ součet bodů “- matematicky vhodnější a běžněji používaný výraz.	NEAKCEPTOVÁNO. Ustanovení nereflektuje ustálené spojení „počet bodů“.
MF	Příloha č. 1, část A, bod 8.5: doporučujeme na konci věty odstranit nadbytečnou tečku.	AKCEPTOVÁNO.
MF	Příloha č. 11, část B, výkon 00921: doporučujeme upravit formulaci textu, neboť se ve větě třikrát opakuje slovo „ošetření“. „ <i>Při ošetření dočasných zubů, při ošetření dětí do 18 let věku a při ošetření těhotných a kojících žen lze vykazat pouze v případech, kdy zubní lékař použití amalgámu považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce.</i> “ Za textem „...z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce.“ doporučujeme doplnit větu „ vykázání výkonu 00921 z požití amalgámu po 1. července 2026 bude automatické podléhat kontrole “. Tato formulace by měla zamezit vykazování výkonu 00921 s použitím amalgámu po 1. červenci 2026 a zároveň sloužit jako varování pro lékaře.	VYSVĚTLENO. Vykazování amalgámových výplní upraveno v souladu s protinávhrhem ČSK a zdravotních pojišťoven z připomínkového řízení.
MF	Příloha č. 11, část B, výkony 00833 a 00834: doporučujeme doplnit upřesňující omezující podmínku, jak u jiných podobných výkonů „ Lze vykazat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódů 00833 a 00834 v roce 2026 a 00921 v roce 2025 “. Doplnění upřesnění by mělo zamezit případnému duplicitnímu vykazování výkonů v kratším intervalu než 365 dní.	VYSVĚTLENO. Je pokryto formulací „ <i>Za vykazání kódu 00833 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódů 1) 00832 a 00834, 2) 00920 a 00921 v roce 2025.</i> “

MF	V důvodové zprávě k § 11 a příloze č. 6 je uvedeno, že se očekává růst úhrad v segmentu domácí péče přes 10 %. Podle tabulky porovnávající náklady mezi roky 2025 a 2026 by mělo dojít k nárůstu nákladů v odboru domácí péče o 11,52 %. Je však nutné uvést, že k navýšení úhrad a hodnoty bodu v tomto segmentu dochází již minimálně posledních pět let, přičemž růst činí každoročně až 10 %. Není proto zcela zřejmé, proč by mělo dojít k navýšení hodnoty bodu u administrativních výkonů č. 80088 a 80089, které mají frekvenci vykazování 1krát/za život. Dle aktuální úhradové vyhlášky úhrada za výkon 80088 činí 1 015 bodů a za výkon 80089 je 671 bodů – tedy se jedná o poměrně nákladné administrativní výkony. Vzhledem k odhadované výši deficitu systému veřejného zdravotního pojištění doporučujeme pro rok 2026 nenavýšovat hodnotu bodu u výkonů 80088 a 80089.	VYSVĚTLENO. Uvedený nárůst se týká z naprosto převažující části odbornosti 925, u níž je dlouhodobě způsoben výrazněji nárůstem objemu péče než nárůstem jednotkových úhrad (které rostou spíše průměrným tempem). Výkony č. 800xx jsou výkony odbornosti 926 podle seznamu výkonů, která je úhradově jako segment z hlediska celkového objemu prostředků v segmentu zanedbatelná. U citovaných dvou výkonů přitom nejde o administrativní výkony, ale o péči typickou pro převzetí nového pojištěnce do péče (vstupní vyšetření, kompletní seznámení se s jeho anamnézou, nastavení dalšího postupu) nebo pro jeho blízkí se úmrtí (příprava pojištěnce i jeho rodiny na úmrtí, péče o členy rodiny spojená s úmrtím, úkony péče o tělo zemřelého). Navýšení hodnoty bodu u této velmi malé odbornosti je na místě, paliativní péče stále není pro umírající dostatečně dostupná a je třeba ji podporovat, přitom šetří náklady veřejného zdravotního pojištění oproti situaci, kdy by umírající byl na lůžku akutní lůžkové péče, které zpravidla představuje jedinou alternativu k domácí (a hospicové) paliativní péči, a je citlivější vůči pojištěnci i jeho blízkým.
MF	K § 1 odst. 1 písm. c) Není nám zřejmé, kde přesně vyhláška, respektive jednotlivé přílohy stanoví výši záloh na úhradu hrazených služeb. Důvodová zpráva v tomto smyslu rovněž nic neuvádí. Přičemž toto ustanovení je oproti stávajícímu znění úhradové vyhlášky zcela nové. Doporučujeme proto vyjasnit.	VYSVĚTLENO. Jedná se o promítnutí změny textace § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění provedené již od počátku roku 2025. Zálohy na úhradu hrazených služeb jsou v segmentech péče, které nejsou hrazeny průběžně výkonově, zpravidla zavedeny na konci první části příslušné přílohy vyhlášky.
MF	K § 3 Upozorňujeme na nadměrný počet odstavců. Podle Legislativních pravidel vlády by v paragrafu mělo být nejvíce 6 odstavců, jinak je třeba v zájmu přehlednosti dát přednost rozdělení právní úpravy téže věci na více paragrafů.	VYSVĚTLENO. Vzhledem k nezanedbatelné komplexnosti dané vyhlášky považujeme za vhodnější snažit se maximálně udržovat kontinuitu v označení jejích ustanovení za tím účelem, aby změn, se kterými se adresáti musí meziročně seznamovat, bylo zvládnutelné množství. Formální přečíslování paragrafů také znamená kontrolu celé vyhlášky obsahující velké množství odkazů, které jakékoliv přečíslování vždy může ovlivnit. Nevede-li alespoň k větší přehlednosti a srozumitelnosti (jako například

		letošní přečíslování bodů 3 až 5 přílohy č. 1 části A) nepovažujeme jej z čistě formálních důvodů za vhodné.
MF	K § 16 odst. 2 Doporučujeme za slova „přílohy č. 9“ vložit slova „k této vyhlášce“.	AKCEPTOVÁNO.
MF	K Důvodové zprávě, II. Zvláštní části (odůvodnění k § 5 odst. 1 a příloze č. 1, části A, bodu 7, odstavec pátý, věta druhá - str. 237) Doporučujeme nahradit slovo „odpovídala“ slovem „odpovídalo“.	NEAKCEPTOVÁNO. Ta hodnota bodu, aby odpovídala průměrné hodnotě bodu.
MF	K Důvodové zprávě, II. Zvláštní části (odůvodnění k § 8 a příloze č. 4, odstavec osmý, věta první – str. 244) Doporučujeme nahradit slovo „poskytovatel“ slovem „poskytovatele“.	AKCEPTOVÁNO.
Zmocněnkyně vlády pro lidská práva	1. K materiálu v příloze č. 1, části A, bodu 8 (str. 40): Požaduji doplnění bodu 8.6 v následujícím znění: „Poskytovateli se zvýší úhrada o 350 Kč za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období a zařazený podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze č. 14-I01-01 až 14-I01-05 a 14-M01-01 až 14-M01-05 uvedených v příloze č. 10, části E k této vyhlášce, u kterého byl kterýmkoliv poskytovatelem v odbornosti 603 nebo 921 podle seznamu výkonů vykázán výkon č. 06211 podle seznamu výkonů provedený do 6 týdnů od ukončení této hospitalizace.“ <u>Odůvodnění:</u> Požaduji, aby byla nadále zachována bonifikace za integrovanou poporodní péči, a to nejen u komplikovaných porodů, nýbrž u všech porodů. Konkrétně žádám, aby bod 8.6, který je s účinností od 1. 1. 2025 součástí úhradové vyhlášky a ministerstvem dosud prezentován jako příklad dobré praxe, nebyl vypuštěn, ale naopak rozšířen tak, aby se bonifikace vztahovala i na nekomplikované porody (Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné	VYSVĚTLENO. Vzhledem k úpravám indikací porodních asistentek v Seznamu výkonů je bonifikační ustanovení v úhradové vyhlášce duplicitní a zbytečné.

	diagnózy, CZ-DRG skupina kód 14-I01-05; Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy, CZ-DRG skupina kód 14-M01-05). Opatření (bonifikaci za integrovanou poporodní péči u komplikovaných porodů), které ministerstvo pro rok 2025 přijalo, představovalo sice pouze dílčí krok, jenž neřešil systémové překážky rozvoje modelu kontinuální péče poskytované porodní asistentkou, avšak šlo o důležité zlepšení, které jsem uvítala jako výsledek naší společné snahy o naplňování vládního programového prohlášení v této oblasti.¹ Podle důvodové zprávy k aktuálně účinné vyhlášce ministerstvo tímto opatřením deklarovalo podporu „<i>indikací a poskytování této péče, která je v současné době nedostupná</i>“.² Není proto zřejmé, proč chce Ministerstvo zdravotnictví nyní od tohoto opatření opustit. V důvodové zprávě zmínka o návrhu zcela absentuje, stejně jako jeho odůvodnění. Lze se pouze domnívat, že jde o reakci na záměr ministerstva zakotvit automatický nárok každé ženy po porodu na tři návštěvy porodní asistentky deklarovaný na 9. schůzi senátního Výboru pro zdravotnictví dne 23. září 2025.³ Přestože tuto změnu velice vítám, je otázkou, jak bude v praxi implementována. Zachování a rozšíření bonifikace představuje oproti pouhé indikaci jednoznačný a ověřený motivační mechanismus, kdy je podmínkou úhrady faktické poskytnutí péče, nikoli jen její doporučení (indikace). <u>Bonifikace poskytuje nemocnicím fixní částku za každý porod, u něhož po ukončení hospitalizace péči přebírá porodní asistentka.</u> Tento mechanismus je plně v souladu se zákonným zmocněním a <u>motivuje poskytovatele a poskytovatelky k reálnému zajištění kontinuity péče.</u> Dlouhodobě podporuji kroky směřující k posílení poporodní péče i k naplnění vládního programového prohlášení v této oblasti. Současně	
--	---	--

¹ Viz např. kulatý stůl Ministerstva zdravotnictví na téma zajištění poporodní péče, kterému jsem udělila záštitu a poskytla prostor pro jeho konání. Blíže viz <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-resi-dostupnost-hrazene-poporodni-pece/>.

² <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/11/Oduvodneni-k-Uhradove-vyhlasce-2025.pdf>, str. 223

³ „V programovém prohlášení vlády jsme se zavázali k tomu, že posílíme poporodní péči. Proto jsem rozhodl, že od 1. 1. 2026 bude mít každá žena po porodu nárok na tři návštěvy porodní asistentky. Tyto změny, které jsou ve veřejném zájmu, chystáme tak, abychom posílili dostupnost i počet uživatelů poporodní péče,“ uvedl ministr zdravotnictví **Vlastimil Válek**. Blíže viz <https://www.senat.cz/zpravodajstvi/zprava.php?id=3954>

	však považuji za nezbytné zdůraznit, že indikace sama o sobě nezaručuje, že žena tuto péči skutečně obdrží. Proto je nutné nadále podporovat profesi porodní asistence, posilovat její kapacity a dostupnost a nemocnicím zároveň poskytovat efektivní motivační nástroje na poskytování těchto služeb participovat. Navrhované zachování a rozšíření bonifikace je tedy nejen v souladu s dosavadní politikou ministerstva, ale zároveň <u>vytváří podmínky pro synergické naplňování plánované indikace návštěvní služby porodní asistentky po každém porodu.</u> Tato připomínka je zásadní.	
Zmocněnkyně vlády pro lidská práva	1. K důvodové zprávě Požaduji doplnění zvláštní části důvodové zprávy na v části k § 5 odst. 1 a příloze č. 1, části A, bodu 8 (str. 238 až 239) o informaci o navrhované změně vyhlášky a její odůvodnění. <u>Odůvodnění:</u> V důvodové zprávě předkladatel v dotčené části zcela opominul uvést informaci o navrhované novelizaci vyhlášky spočívající ve zrušení bonifikace za integrovanou poporodní péči. Požaduji proto, aby byla důvodová zpráva uvedena do souladu s Legislativními pravidly vlády (čl. 16 odst. 4) a aby byla její zvláštní část doplněna o řádné odůvodnění navrhované změny, včetně vysvětlení jejího účelu – a to v podobě odpovídající mnou požadované verzi, jak je uvedeno v mé první připomínce. Tato připomínka je zásadní.	AKCEPTOVÁNO.
ČMKOS	Obecně k návrhu 1. ČMKOS odmítá přístup Ministerstva zdravotnictví ČR, potažmo vlády, k aktuální situaci ve zdravotnictví. Návrh úhradové vyhlášky na rok 2026 podle našeho názoru zásadně ohrožuje dostupnost a kvalitu zdravotní péče u poskytovatelů akutní	VYSVĚTLENO. Informace uváděné v důvodové zprávě jsou veřejně doložitelné. Z RIA má úhradová vyhláška schválenou výjimku.

	lůžkové péče (nemocnic). V případě schválení návrhu v podobě, v jaké je předložen, dojde ke snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče a k dalším odchodům zdravotníků z nemocnic. Za naprosto bezprecedentní a nerozumná pokládáme některá tvrzení Ministerstva zdravotnictví ČR uvedená v důvodové zprávě: <i>„Nemocnice (poskytovatelé akutní lůžkové péče) – tento segment je od pandemie COVID bezprecedentně ziskový, což je evropský unikát, a proto v něm úhradová vyhláška přináší řadu úsporných opatření.“</i> <i>„Pokles úhrad v akutní lůžkové péči je cílené konsolidační opatření, které společně s úpravou centrové léčby rozděljuje část přebytků nemocnic zpět do systému veřejného zdravotního pojištění (v roce 2024 byl zisk nemocnic přes 11 mld. Kč a aktuální zůstatky na účtech přímo řízených nemocnic přesahují 32 mld. Kč, další zůstatky jsou na účtech ostatních nemocnic).“</i> Výše uvedená tvrzení jsou v příkrém rozporu s aktuální ekonomickou situací nemocnic. Podle informací od jednotlivých odborových organizací a z vyjednávání o navýšení platů a mezd pro rok 2026 jednoznačně vyplývá, že velká část nemocnic, včetně fakultních, je ve velkých ekonomických problémech. Z přímo řízených organizací lze konkrétně uvést Fakultní Thomayerovu nemocnici, Fakultní nemocnici Bulovka, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a Všeobecnou fakultní nemocnici. Jak již bylo sděleno výše, zásadní ekonomické problémy má většina krajských nemocnic. Letos kraje dofinancovaly svá zdravotnická zařízení souhrnnou částkou přes 3,5 mld. korun. Mnohé nemocnice byly nuceny si vzít na zvýšení mezd úvěry.	
--	---	--

	Připomínáme, že Ministerstvo zdravotnictví ČR „snižuje“ úhrady na akutní lůžkovou péči již několik let, a to formou nedostatečného financování schváleného navýšení platů a mezd, což samo opakovaně přiznalo. Nemocnice na zvýšené platy a mzdy neobdržely finance v plné výši ani pro rok 2024 ani pro rok 2025. V uplynulých dvou letech nebyly kompenzovány v potřebné výši ani prudké nárůsty cen energií a další náklady nemocnic. Požadujeme, aby Ministerstvo zdravotnictví ČR tvrzení z důvodové zprávy ohledně přebytků na účtech nemocnic doložilo, a aby bylo dodatečně zpracováno hodnocení dopadu regulace (RIA). Tuto připomínku považujeme za zásadní.	
ČMKOS	2. V důvodové zprávě Ministerstvo zdravotnictví ČR dále uvádí, že navrhované změny „<i>odbourají či sníží řadu bonifikačních mechanismů, které již v minulosti naplnily svůj účel a nejsou potřeba</i>“. Jedná se například o snížení základní sazby CZ-DRG, finanční tlak na provádění péče v režimu krátkodobých hospitalizací, část výkonů bude bez ohledu na délku hospitalizace a potřeby pacienta hrazena jako jednodenní péče, sbližování či přímo sjednocování úhrad (typicky směrem dolů) a zavedení nového mechanismu cenových soutěží a limitace úhrady v ortopedii. Návrhy Ministerstva zdravotnictví ČR dle našeho názoru zhorší kvalitu a dostupnost zdravotní péče. Snížení základních sazeb dopadne na nemocnice, které nyní hospodaří vyrovnaně, a mírné zvýšení nebude mít na další část větší vliv. Odbory opakovaně požadovaly vyhodnotit dopady aplikace režimů jednodenní péče. Přes sliby Ministerstva zdravotnictví ČR jsme neobdrželi žádná statistická data, která by byla schopná	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Jednotlivá ustanovení vyhlášky upravena s cílem navýšení úhrady. Rozdělení jednodenních úhrad na povinné a nepovinné rovněž částečně upraveno.

	vyjádřit, jaký dopad má tato zásadní změna ve způsobu péče na pacienty a zda jí je možné dále rozšířit. Dle našeho názoru tlak na jednodenní péči bude reálně znamenat, že nemocnice nedostane uhrazené náklady na hospitalizaci, přestože ji z medicínských důvodů musí pacientovi poskytnout. Rizikové nemocní se tak ocitají v ohrožení, protože ekonomický tlak na nemocnice skrze parametry úhradové vyhlášky je bude nutit omezovat délku hospitalizace i tam, kde to může ohrozit život či zdraví hospitalizovaných pacientů. Změny v úhradách jednodenní péče požadujeme vypustit. Tuto připomínku považujeme za zásadní.	
ČMKOS	3. Za nedomyšlený a pacienty poškozující považujeme návrh na zavedení mechanismu cenových soutěží a limitaci úhrad v ortopedii. U ortopedických výkonů návrh počítá s tím, že nemocnicím bude uhrazeno pouze 75 % výkonů podle stavu z roku 2024 a zbylých 25 % bude vysoutěženo. Hlavním kritériem soutěží má být cena, což může znamenat zásadní problém z hlediska zabezpečení kvality péče a její dostupnosti. S přihlédnutím k možné délce veřejných soutěží, zvláště v případě odvolání neúspěšných soutěžitelů, se může stát, že 25 % výkonů nebude vůbec provedeno, což jednoznačně poškodí pacienty. Navržený postup Ministerstva zdravotnictví ČR považujeme za nepromyšlený, nebezpečný a vůči pacientům nezodpovědný. Povede k prohloubení nerovností v dostupnosti péče, zhoršení kvality poskytovaných služeb a k dalšímu zadlužování nemocnic. Navrhované změny – soutěže ortopedických výkonů požadujeme z návrhu vypustit a regulační ustanovení ohledně počtu výkonů zvýšit na loňská procenta. Tuto připomínku považujeme za zásadní.	AKCEPTOVÁNO. Mechanismus cenových soutěží byl vypuštěn.

ČMKOS	4. Návrh úhradové vyhlášky je také nevyvážený – některým segmentům přináší navýšení, jiné krátí v extrémní míře – a nereflktuje ani skutečnost, že úhradová vyhláška pro rok 2025 je stále předmětem řízení u Ústavního soudu ČR. Navrhujeme proto zásadní přepracování návrhu v části poskytovatelů akutní lůžkové péče tak, aby mimo finanční prostředky na zvýšení platů a mezd, které, jak uvádíme níže, navrhujeme alokovat zvlášť, byly paušální úhrady poskytovatelům akutní lůžkové péče navýšeny v průměru o 5 % a to bez centrových léků. Tuto připomínku považujeme za zásadní.	AKCEPTOVÁNO ČÁSTEČNĚ. Úhrady částečně navýšeny.
ČMKOS	5. Finanční prostředky na zvýšení platů a mezd, které do návrhu úhradové vyhlášky na rok 2026 nejsou vůbec zakomponovány, požadujeme vymezit zvlášť, a to minimálně ve výši vládního návrhu na zvýšení platových tarifů. Konkrétně do návrhu vyhlášky navrhujeme pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče a poskytovatele zdravotnické záchranné služby vložit nové přílohy obsahující vzorce pro zvýšení platů a mezd zdravotnických pracovníků, a to obdobným způsobem, který byl již opakovaně využit v minulém období např. pro vyplacení mimořádných odměn pro zdravotnické pracovníky ve vyhlášce č. 305/2020 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020, ve znění vyhlášky č. 172/2021 Sb., či obdobné vzorce, které používá Všeobecná zdravotní pojišťovna k naplnění dohody ze dne 8. 12. 2023. Vzorec pro kompenzaci zvýšených mzdových nákladů může být poměrně jednoduchý odpovídající způsobu zvýšení platových tarifů dle vládního návrhu.	NEAKCEPTOVÁNO. Český systém DRG nerozděluje relativní váhy (a tudíž úhrady) do jednotlivých komponent. Návrh je tak nesystémový vzhledem k používanému úhradovému mechanismu.

	a. V případě procentuálního zvýšení platových tarifů se výše úhrady stanoví konkrétní částkou vypočítanou jako součet hodnot průměrných platových tarifů po jednotlivých kategoriích získaných z dat ÚZIS či zdravotních pojišťoven vynásobených koeficientem 1,4 x přepočtený počet zaměstnanců v jednotlivých kategoriích x 12 měsíců x procento odpovídající hodnotě vládního návrhu na zvýšení platových tarifů. $K_{kz} = (H_{kz} \times 1,4 \times PP_{kz} \times 12 \times N)$ $K = \sum K_{kz}$ K hodnota kompenzace zvýšených mzdových nákladů K_{kz} hodnota kompenzace zvýšených mzdových nákladů pro jednotlivou kategorii H hodnota průměrného platového tarifu v jednotlivé kategorii PP přepočtený počet zaměstnanců v jednotlivé kategorii N procento odpovídající hodnotě vládního návrhu na zvýšení platových tarifů kz kategorie zaměstnanců dle členění ÚZIS; nabývá hodnot dle počtu kategorií zaměstnanců b. V případě navýšení platových tarifů o pevnou částku se výše úhrady stanoví konkrétní částkou odpovídající vládnímu návrhu na zvýšení platových tarifů vynásobenému koeficientem 1,4 x počet zaměstnanců x 12 měsíců. Koeficient 1,4 byl zvolen záměrně, navýšení základních platů bude mít dopady na ostatní složky platů / mezd a jejich náhrady.	
--	---	--

	Do návrhu vyhlášky navrhujeme vložit obdobné vzorce také pro poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovny a poskytovatele odbornosti 913, kteří poskytují hrazené služby a vykazují je zdravotní pojišťovně, a to za účelem kompenzace zvýšených osobních nákladů, které opět budou kopírovat vládní návrh na navýšení platových tarifů. Finanční prostředky na zvýšení platů a mezd budou vypláceny zálohově na měsíční bázi s následným ročním zúčtováním. Předem upozorňujeme, že uvedený způsob považujeme za právně konformní, součástí úhrad péče jsou i mzdové náklady. Tuto připomínku považujeme za zásadní.	
ČMKOS	6. ČMKOS zásadně nesouhlasí se snížením úhrad pro lázně. Navrhované snížení je v přímém rozporu s opakovanými deklaracemi Ministerstva zdravotnictví ČR, že je nutné posílit prevenci. Lázeňská terapie má obrovský vliv na regeneraci a udržení zdravotního stavu mnoha pacientů. Většina nemocných jezdí do lázní s tím, že po lázeňské léčbě, mnohdy již v jejím průběhu, se omezuje medikamentózní terapie, snižuje se počet exacerbací nemocí, a tudíž se snižuje počet hospitalizací a pracovních neschopností. U většiny indikací je lázeňská péče základním předpokladem stabilizace zdravotního stavu a v konečném důsledku snižuje čerpání finančních prostředků v jiných segmentech péče. Požadujeme, aby úhrady zdravotních pojišťoven byly navýšené na úroveň, která zabezpečí růst paušální úhrady o 5 %. Tuto připomínku považujeme za zásadní.	ČÁSTEČNĚ AKCEPTOVÁNO. Dodatečné navýšení úhrad o 2 %
MO	Obecně k návrhu vyhlášky Požadujeme upravit návrh vyhlášky tak, aby v segmentech zdravotní péče, ve kterých nedošlo k dohodě pro rok 2026, byly úhrady za	NEAKCEPTOVÁNO.

	poskytnutí zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění nastaveny dle odhadu Ministerstva financí, tzn. deficit systému zdravotního pojištění by dosahoval nejvýše 9,8 mld. Kč dle odhadu Ministerstva financí, nikoliv dle odhadu Ministerstva zdravotnictví. <u>Odůvodnění:</u> Navrhovaná vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026 předpokládá o 3 mld. Kč vyšší příjmy, než je predikce Ministerstva financí, a to pouze s odvoláním na situaci z roku 2025. Žádné relevantní důvody deklarace nesprávného odhadu příjmů Ministerstva financí pro rok 2026 Ministerstvo zdravotnictví neuvedlo. Deficit systému veřejného zdravotního pojištění tudíž dle údajů Ministerstva financí v roce 2026 dosáhne dalších 12,8 mld. Kč (kumulativně od roku 2020, cca 30 mld. Kč). Ministerstvo zdravotnictví odůvodňuje potřebu takového deficitu pouze celkovou výší zůstatku na fondech zdravotních pojišťoven, ale již neuvádí výši zůstatků fondů, určených k úhradám nákladů na poskytnuté zdravotní služby hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění a nesděluje ani výši zůstatků na fondech jednotlivých zdravotních pojišťoven. Dle informací dostupných Ministerstvu obrany o stavu hospodaření zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2024 je 78,73 % konečného zůstatku na bankovním účtu základního fondu zdravotního pojištění u VZP ČR, což neodpovídá poměru pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami. Další plošné deficitní nastavování systému veřejného zdravotního pojištění, v rozsahu navrženém Ministerstvem zdravotnictví, je proto neodůvodněné a z pohledu udržení vnitřní stability systému zdravotního pojištění kontraproduktivní. Tato připomínka je zásadní.	Deficitní nastavení vyhlášky je nutné pro udržení kvality a dostupnosti zdravotní péče v ČR.
MPSV	1. <u>K Příloze č. 1, část A, bod 7.14, písm. c), podbod i.:</u> Navrhujeme za odrážku I. doplnit novou odrážku II., která zní: <i>„II. 200 000 000 Kč pro poskytovatele, který má alespoň v části hodnoceného období alespoň 11 různých statusů centra vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách a který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce</i>	NEAKCEPTOVÁNO. Nastavení úhrad jednotlivých typů urgentních příjmů musí alespoň elementárně korespondovat s náklady těchto pracovišť. Paušální částka 200 mil. Kč pro poskytovatele, kteří stále ani nemají skutečný urgentní příjem, je neobhájitelná.

	<i>specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou a zároveň splňuje podmínku vykázaného počtu výkonů 09564 >= 20 000 v referenčním období,</i> a v návaznosti na toto doplnění upravit text dosavadní odrážky II: „...<i>nesplňuje podmínky v odrážkách I. nebo II.</i>“ a též přechíslovat odkazy v dalších odstavcích. Důvodem je, že nemocnice s významným regionálním rozsahem a širokým spektrem akutních pacientů, kteří jsou dopravováni k ošetření rychlou záchrannou službou, vykazují zvýšené materiální i personální náklady na jejich kapacitu akutní péče. Navržený limit počtu výkonů 09564 se vztahuje k referenčnímu období, a to z důvodu vyhnutí se účelovému navyšování výkonů v hodnoceném období. Zároveň dáváme ke zvážení, zda je použití pojmu „centrum vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách“, který je zužujícím oproti vymezení centra vysoce specializované péče v bodu 1.5. téhož oddílu, záměrem nebo nedopatřením. Pokud jde o nedopatření, navrhujeme upravit tento pojem i v námi navrhované odrážce č. II. Tato připomínka je zásadní.	
MPSV	2. <u>K Příloze č. 1, část A, bod 7.14, písm. c), podbod ii.:</u> Ze stejných důvodů navrhujeme na konci odrážky I. doplnit slova „a pro poskytovatele, který má alespoň v části hodnoceného období alespoň	NEAKCEPTOVÁNO. Nastavení úhrad jednotlivých typů urgentních příjmů musí alespoň elementárně korespondovat s náklady těchto pracovišť. Výkonová

	11 statusů centra vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách a který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované hematologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou a zároveň splňuje podmínku vykázaného počtu výkonů 09564 $\geq$ 20 000 v referenčním období“. I zde upozorňujeme na otázku pojmu „centrum vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách“, jak uvádíme výše. Dále upozorňujeme na rozdíl, kdy v podbodu ii., odrážce I. je uvedeno „35 statusů“, zatímco v podbodu i., odrážce I. je uvedeno „35 <u>různých</u> statusů“. Není-li to záměrem, je vhodné text sjednotit. Tato připomínka je zásadní.	složka úhrady ve výši přes 100 mil. Kč pro poskytovatele, kteří stále ani nemají skutečný urgentní příjem, je neobhájitelná.
MPSV	3. K Příloze č. 1, část A, bod 7.21, písm. a): Navrhujeme doplnit nový <u>podbod</u> vi., v němž bude pro poskytovatele splňující podmínku nadprodukce 2024 ve výši „Hodnota_péče_{ref} je vyšší než 1,15 Úhr_amb2024“ změněn vzorec na „Úhr_amb_{ref}= Hodnota_péče_{red}/_{ref}/Hodnota_péče_{ref}* Hodnota_péče_{ref}“. Navrhovaná úprava se týká pouze poskytovatelů zdravotní péče vykazující v referenčním období nadprodukcí ambulantní péče, která nebyla plně uhrazena. Jedná se o jednorázové dorovnání rozdílů	NEAKCEPTOVÁNO. Vyhláška dostatečně kompenzuje historickou neuhrazenou ambulantní nadprodukcí poskytovatelů.

	neuhrazené ambulantní péče v referenčním období pro poskytovatele s významně vyšším podílem neuhrazené péče. Tato připomínka je zásadní.	
--	---	--

V Praze 14. října 2025

Vypracoval: Mgr. Tomáš Troch

Podpis: