

VNĚJŠÍ PŘIPOMÍNKOVÉ ŘÍZENÍ

Připomínky ČLK k návrhu vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2026

Číslo připomínky	Zásadní/ Doporučující	Znění připomínky	Zdůvodnění
1	Zásadní	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.	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. 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.“
--	--	--	---

2	Zásadní	Příloha č. 3: K části A bodu 1 písm. a) a b): Navrhujeme jednotnou hodnotu bodu pro psychiatrické odbornosti.	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.
3	Zásadní	Příloha č. 3: K části A bodu 3 návrhu: ČLK navrhuje minimální hodnotu bodu pro výpočet přepočtené hodnoty PURO ve výši 1,05 Kč.	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 nepodkročitelnou hodnotu 1,00 Kč.
4	Zásadní	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.	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.

5	Zásadní	Příloha č. 3 K části A bodu 1 písm. j) odst. ii, bodu 2 odst. ii., bodu 3 písm. b) je navrhována následující úprava: ... 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>	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.
---	---------	--	--

6	Doporučující	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.
7	Zásadní	Příloha č. 3: ČLK navrhuje stejnou výši úhrady výkonu 09543, kterou mají za stejný typ výkonu registrující odbornosti (praktičtí lékaři).	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.
8	Zásadní	Příloha č. 2, 3 a 4: ČLK nesouhlasí se zrušením bonifikace za elektronický recept a navrhuje zavedení bonifikace i pro elektronický poukaz.	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.
9	zásadní	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 nepřevyší u této zdravotní pojišťovny součet</u>	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

		<u>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 nepřevyší 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 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.</u>	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.
10	Doporučující	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.
11	Zásadní	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	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

		dohodnuté úhradové podmínky jsou v rozporu s veřejným zájmem a právními předpisy.	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 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 způsobilá 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 patientek, 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 patientek 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 péčí. 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 dohodovacích 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.
12	Zásadní ČLK se připojuje k připomínkám PRIVALAB,z.s	K příloze č. 5 část B (laboratorní péče): Nesouhlas s výrazným meziročním poklesem úhrady v důsledku neadekvátního snížení 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.	Hodnoty bodu jsou poníženy z původních hodnot, které byly akceptovatelné jak pro zdravotní pojišťovny, tak pro poskytovatele (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.
13	Zásadní ČLK se připojuje k připomínkám PRIVALAB,z.s	K příloze č. 5 část B: Nesouhlas se zavedením nového způsobu limitace úhrady.	Při požadavku na podporu a rozšíření prevence budou stagnovat počty ošetřených pojištěnců. I při případném, byť málo pravděpodobném, organickém růstu (současný růst počtu ošetřených 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 efektivity. 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).
14	Zásadní ČLK se připojuje k připomínkám PRIVALAB,z.s	K příloze č. 5 část B: Nesouhlas s tvrzením, že v roce 2026 přinese úspory elektronická žádanka.	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 náklad u poskytovatelů tvoří cca 0,65% celkového

			objemu hrazené péče a je s ohledem na legislativní definici mandatorním výdajem.
15	Zásadní ČLK se připojuje k připomínkám PRIVALAB,z.s	K příloze č. 5 část B: Navrhujeme pro výkony definované v bodu 1 písm. c) hodnotu bodu 1,18 Kč.	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.
16	Zásadní	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 vykázat.</u></i> <i>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>	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 vykázat.
17	Zásadní	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>	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 nenasmlouly pro úhradu jednodenní péče výkony VZP, jejichž čísla jsou uvedena v návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2026. Je nezbytné, aby bylo jasné 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 nasmlouvan výkon VZP.
18	Zásadní	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>	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 operativní směrována do JPL. 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.
19	Zásadní	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.)	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.
20	Zásadní	K příloze č. 2 návrhu vyhlášky: K části A bodu 1 písm. a) až d): a) 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 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 70 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště	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.

		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 61 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).	
21	Zásadní	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, c) pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitální platby a pro výkony za neregistrované pojišťovny příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši 4,18 1,23 Kč.	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).

22	Zásadní	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>	Navrhované navýšení odpovídá návrhu poskytovatelů z dohodovacího řízení a koresponduje s potřebou meziročního nárůstu úhrad, který bude pro zajištění provozu adekvátní.
23	Zásadní	K příloze č. 2 části C: Vyjmutí laboratorních vyšetření, která souvisejí s prevencí, z regulací za vyžádanou péči.	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.
24	Zásadní	K příloze č. 2 části C: Navrhujeme doplnit následující text: <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 nepřevýší 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 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené</u>	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.

		<u>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 nepřevýší 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 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.</u>	
--	--	---	--

V Praze dne 25.9.2025

Za Českou lékařskou komoru
MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK