

Odůvodnění

I. Obecná část

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2024 se k tomuto materiálu nezpracovává hodnocení dopadu regulace (RIA).

A. Vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy, odůvodnění hlavních principů

Na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 371/2021 Sb. (dále jen „zákon“), vydává Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (dále jen „vyhláška“) vždy pro následující kalendářní rok.

Ministerstvo předkládá návrh vyhlášky, která se podle § 17 odst. 5 zákona použije pouze tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, šlo by o nenaplnění zákonné povinnosti, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2025 na základě uzavřených dohod z dohodovacího řízení a s přihlédnutím k veřejnému zájmu v oblasti zdravotnictví.

1 Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2025.

1.2 Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v zákoně vydává ministerstvo vyhlášku pro rok 2025. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen „VZP“) a ostatních zdravotních pojišťoven a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn tím, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zpracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotních služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho

stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2025 probíhalo v období od 29. ledna 2024 do 20. června 2024. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče v těchto 3 segmentech:

1. skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb,
2. skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb,
3. skupina poskytovatelů lékárenské a klinicko-farmaceutické péče.

Dohoda nebyla uzavřena ve zbývajících segmentech poskytovatelů:

1. skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče,
2. skupina poskytovatelů následné lůžkové péče,
3. skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách,
4. skupina poskytovatelů v odbornostech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost,
5. skupina poskytovatelů specializovaných ambulantních služeb,
6. skupina poskytovatelů radiodiagnostických služeb a poskytovatelů ambulantních laboratorních služeb,
7. skupina poskytovatelů fyzioterapie a dalších nelékařských profesí,
8. skupina poskytovatelů domácí zdravotní péče,
9. skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče,
10. skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče,
11. skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby.

Meziroční růst jednotkových úhrad segmentů (bez zohlednění trendu v produkci) plynoucí z uzavřených dohod je cca 3 % v případě stomatologie, cca 1 % v případě gynekologie a 0 % v případě lékárenské péče (v části jednotkové úhrady signálních výkonů). Hodnoty budou byly v dohodě segmentu gynekologie přizpůsobeny, aby reflektovaly vyšší bodové ocenění výkonů vyplývající z valorizace osobních a nepřímých nákladů ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“) o spotřebitelskou inflaci.

Z dohodovacího řízení vzešly i v segmentech bez dohody návrhy na úhradu od poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, které ministerstvo analyzovalo a ve vhodných případech využilo při tvorbě vyhlášky.

Ministerstvo zdravotnictví bylo současně pro rok 2025 vázáno při přípravě vyhlášky usnesením vlády 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. Naplnění tohoto vládního úkolu předkladatel posuzoval vůči předpokládaným příjmům s přihlédnutím k makroekonomické predikci Ministerstva financí.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2024. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2024 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2024 a aby předpokládané výdaje systému nepřevýšily předpokládané příjmy o vyšší částku, než činí zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven.

Kromě zákona a vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro příslušný kalendářní rok je oblast úhrad, hodnot bodu a regulačních omezení ovlivněna seznamem výkonů, který definuje jednotlivé odbornosti, jejich výkony a bodové hodnoty těchto výkonů. Pro rok 2024 je zásadní inflační valorizace kalkulace osobních a nepřímých (režijních) nákladů o 10,7 %, která v závislosti na podílu přímých nákladů, které jediné nejsou v kalkulačním modelu valorizovány, na bodových hodnotách výkonů navyšuje očekávanou bodovou produkci jednotlivých odborností až o 10,7 % u odborností s nulovým podílem přímých nákladů.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

Vyhláškou dotčenými subjekty jsou účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb. Zprostředkovaně jsou vyhláškou dotčeni i pojištěnci všech zdravotních pojišťoven, kterým jsou služby poskytovány.

1.5 Popis cílového stavu

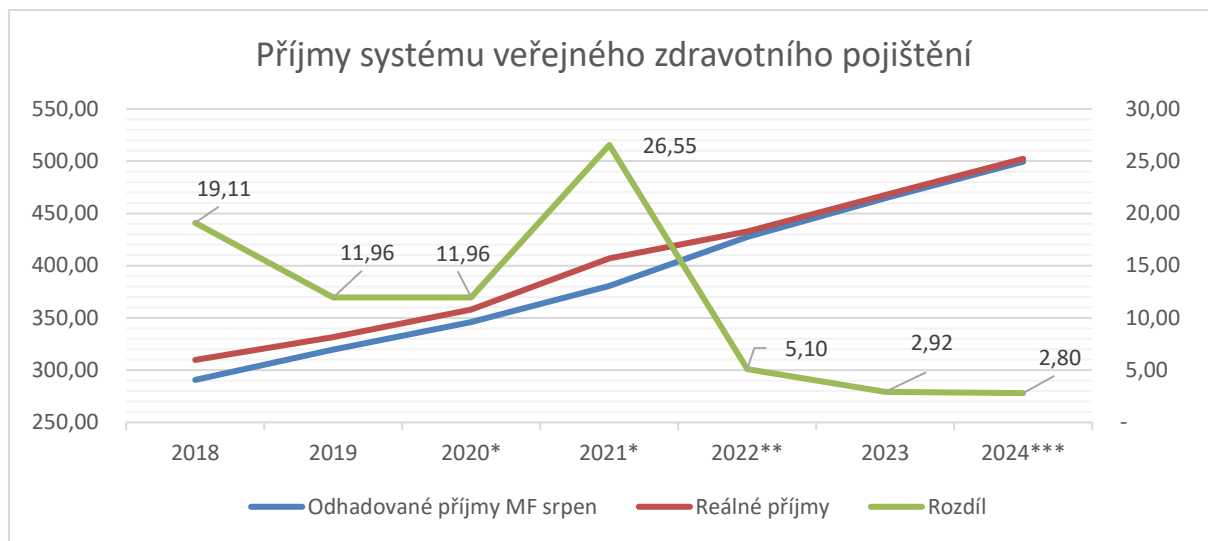
Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2025, které respektuje dohody uzavřené v dohodovacím řízení a zákonný požadavek dostupnosti, kvality a finanční stability zdravotnictví. Prioritami při tvorbě úhradové vyhlášky pro rok 2025 bylo:

- Zajistit vyrovnané hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění roce 2025.
- Zajistit poskytovatelům zdravotních služeb úhrady odpovídající finančním možnostem systému veřejného zdravotního pojištění.
- Podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů zdravotní péče, zejména primární péči, následnou péči a jednodenní péči.
- Prosazovat takové úhradové mechanismy, které motivují poskytovatele zdravotních služeb ke zvyšování efektivity v poskytování hrazených zdravotních služeb.

Zdravotní pojišťovny měly k 31.12.2023 zůstatky ve výši 55,2 mld. Kč a k 31.12.2024 se očekávají zůstatky ve výši 44,7 mld. Kč a závazky po lhůtě splatnosti ve výši 1,4 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) a z dalších příjmů zdravotních pojišťoven pro rok 2025 se odhadují na 529,7 mld. Kč. Predikce příjmů Ministerstva financí ze srpna 2024 predikuje příjmy ve výši 526,7 mld. Kč, které zahrnují valorizaci platby za státní pojištěnce z 2 085 Kč na 2 127 Kč od 1.1.2025 podle zákonem č. 592/1992 Sb. stanoveného mechanismu. Predikční model Ministerstva financí je však nastaven konzervativně a reálné příjmy systému zdravotního pojištění byly historicky vždy vyšší než srpnová predikce, a to alespoň o cca 3 mld. Kč. Ministerstvo zdravotnictví proto

navýšilo odhad příjmů pro rok 2025 o 3 mld. Kč nad úroveň predikce Ministerstva financí. Porovnání reálných příjmů systému a srpnové predikce Ministerstva financí za posledních 7 let znázorňuje následující graf:



* Pandemie COVID a opatření s ní spojená; ** Válka na Ukrajině, příliv uprchlíků, snížení platby za státní pojištěnce během roku; *** Odhad dle srpnové predikce MF 2024

Oproti roku 2024 se tak očekává zvýšení příjmů systému o cca 27,4 mld. Kč (5,4 %).

1.6 Zhodnocení rizika

Nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti ministerstva, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Nevydáním vyhlášky by reálně vzniklo riziko žalob (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010) vyplývajících ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit, podle jakých parametrů stanovit výše úhrady v případech, kdy nebyl uzavřen individuální úhradový dodatek mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb.

2 Implementace opatření a vynuocování

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny jako subjekty provádějící v ČR veřejné zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními pojišťovnami již prováděny. Přezkum účinnosti navržených legislativních opatření provádí ministerstvo v rámci své kontrolní činnosti, v součinnosti s Ministerstvem financí, popřípadě prostřednictvím zástupců státu v orgánech zdravotních pojišťoven.

3 Přezkum účinnosti regulace

Během roku 2025 se budou vyhodnocovat dopady vyhlášky na poskytování zdravotních služeb a na základě analýzy dopadů bude formulován návrh příští vyhlášky.

Konzultace a zdroje dat

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení mezi zástupci VZP a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vplynuly

dohody jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a dohody byly následně převzaty do finální podoby vyhlášky. Dále z těchto jednání vzešly návrhy na úhradu od poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v ostatních segmentech, které ministerstvo zanalyzovalo a ve vhodných případech využilo při tvorbě vyhlášky.

Ministerstvo si průběžně vytváří modelace příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění na základě údajů Ministerstva financí, dále získává čtvrtletně informace o hospodaření zdravotních pojišťoven.

V některých oblastech vyhlášky dále Ministerstvo zdravotnictví čerpalo informace a analýzy od Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

B. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy se zákonem, k jehož provedení je vyhláška navržena, včetně souladu se zákonným zmocněním k jejímu vydání

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem, k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17 odst. 5).

C. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s předpisy Evropské unie, judikaturou soudních orgánů Evropské unie a obecnými právními zásadami práva Evropské unie

Návrhem vyhlášky není do právního řádu ČR implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

D. Předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhované právní úpravy na státní rozpočet, ostatní veřejné rozpočty, na podnikatelské prostředí ČR, dále sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny, a dopady na životní prostředí

Dopad na státní rozpočet z tohoto návrhu přímo nevyplývá. Reálný celkový dopad na veřejné zdravotní pojištění není možné exaktně vyčíslit, především z toho důvodu, že vyhláška je pro poskytovatele a zdravotní pojišťovny závazná jen tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh a regulačních omezení jinak.

S odhlédnutím od možných individuálních dohod zdravotních pojišťoven a poskytovatelů je úhradová vyhláška na rok 2025 koncipována jako finančně vyrovnaná pro systém veřejného zdravotního pojištění, v souladu s usnesením vlády č. 267/24 ze dne 24. dubna 2024. Očekávané náklady systému v roce 2025 se odhadují shodně jako příjmy na 529,7 mld. Kč, z toho 515 mld. Kč tvoří náklady na zdravotní služby a 14,7 mld. Kč ostatní náklady včetně nákladů na provoz zdravotních pojišťoven a fond prevence. U nákladů na zdravotní služby se jedná o meziroční růst o 3,3 % (16,5 mld. Kč) a u ostatních nákladů Ministerstvo zdravotnictví očekává stagnaci nákladů.

Hlavním důvodem, proč příjmy rostou o 27,4 mld. Kč, ale náklady jen o 16,5 mld. Kč, je nutnost pokrytí deficitu financování z roku 2024, který činí cca 11 mld. Kč (včetně 3 mld. Kč od VZP na platy zdravotníků). Z růstu nákladů pak tvoří významnou část růst tzv. mandatorních nákladů, mezi které patří v užším významu náklady na centrové léky, léky na recept a zdravotnické prostředky (dohromady růst o 7,7 mld. Kč) a v širším významu pak i růsty objemu péče a změny v Seznamu výkonů (dalších 3,4 mld. Kč – dohromady pak 11,1 mld. Kč). Na navyšování jednotkových úhrad pro jednotlivé segmenty pak zbývá pouze cca 5,4 mld. Kč, což představuje průměrný růst o cca 1,2 % napříč segmenty. Úhradová vyhláška na rok 2025 je tak po mnoha letech koncipována úhradově velmi restriktivně.

Růst nákladů na jednotlivé segmenty zdravotní péče je odhadnut v následující tabulce kopírující strukturu zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven:

ř.	Ukazatel	Rok 2024	Rok 2025	Rok 2025	Rok 2025	2025/2024
		Náklady (tis. Kč)	Přirozený růst (%)	Cenový růst (%)	Náklady (tis. Kč)	Celkový růst (%)
I.	Náklady na zdravotní služby celkem	498 390 687	2,11	1,19	514 964 138	3,33
1	ambulantní péče celkem	135 242 984	2,23	1,77	140 704 228	4,04
1.1	stomatologie	19 137 351	0,00	2,90	19 692 335	2,90
1.2	praktické lékařství	29 762 345	0,22	3,95	31 005 923	4,18
1.3	gynekologie	6 533 211	1,65	1,00	6 707 419	2,67
1.4	fyzioterapie	5 077 930	3,09	2,26	5 353 145	5,42
1.5	laboratoře a radiodiagnostika	18 022 423	4,36	-0,06	18 795 833	4,29
1.5.1	laboratoře	13 752 282	5,00	-0,10	14 425 456	4,90
1.5.2	radiodiagnostika	3 251 883	3,00	0,08	3 352 119	3,08
1.6	domácí péče	5 101 191	4,00	0,55	5 334 418	4,57
1.7	ambulantní specializovaná péče	41 899 937	3,45	1,13	43 837 324	4,62
1.7.1	centrové léky	3 991 862	10,50	0,00	4 411 008	10,50
1.8	hemodialýza	3 403 101	0,00	0,50	3 420 117	0,50
1.9	pobytová zařízení sociálních služeb	6 305 493	4,00	0,00	6 557 713	4,00
2	lůžková péče celkem	284 430 663	1,41	1,14	291 717 559	2,56
2.1	poskyvatel akutní lůžkové péče	250 609 297	0,65	0,77	254 189 711	1,43
2.1.1-3	s výjimkou centrových léků	214 586 543	-1,00	0,90	214 352 644	-0,11
2.1.4	centrové léky	36 022 754	10,50	0,00	39 805 143	10,50
2.2	poskyvatel následné lůžkové péče	33 821 365	7,00	3,70	37 527 848	10,96
3	lázne	5 002 013	-4,00	3,00	4 945 990	-1,12
4	dopravní služba	2 554 218	0,00	2,10	2 607 857	2,10
5	zdravotnická záchraná služba	5 986 978	2,00	2,29	6 246 561	4,34
6	léky na recept	48 634 521	5,80	0,00	51 455 323	5,80
7	zdravotnické prostředky na poukaz	12 337 073	5,50	0,00	13 015 612	5,50
8	léčení v zahraničí	1 332 370	2,00	0,00	1 359 017	2,00
9	vratky	1 129 300	0,00	0,00	1 129 300	0,00
10	očkovací látky	1 684 868	2,50	0,00	1 726 990	2,50
11	ostatní náklady	55 700	0,00	0,00	55 700	0,00

Růst nákladů je rozdělen do dvou složek – přirozeného růstu, který zohledňuje růst objemu péče, počtu ošetřených pacientů a nové technologie a výkony, a dále do cenového růstu, který odpovídá růstu jednotkových úhrad za péči, který stanovuje tato vyhláška. Výsledný celkový růst je kombinací obou růstů. Komentáře k jednotlivým segmentům a jejich růstům jsou uvedeny ve zvláštní části odůvodnění.

Náklady na rok 2024 vychází ze zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven navýšených o 3 mld. Kč plynoucích z dohody o navýšení odměňování u poskytovatelů lůžkové péče.

Růst jednotkových úhrad je u jednotlivých segmentů stanoven typicky v rozpětí od 0 % do 4 % a reflektuje především dostupnost dané zdravotní služby a systémové změny v jednotlivých segmentech.

Změna jednotkových úhrad může být odlišná u jednotlivých poskytovatelů nebo zdravotních pojišťoven v závislosti na struktuře poskytované péče a historické výši úhrad a pro konkrétní poskytovatele může představovat i meziroční pokles úhrad a pro jednotlivé pojišťovny pak deficitní hospodaření. Ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že nadále bude existovat rozdíl v hospodaření mezi VZP a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami, který bude ovlivněn i rozpočtením 3 mld. Kč z bonifikace VZP pro lůžkovou péči v roce 2024 (bonifikace na pokrytí dohody o navýšení platů) mezi všechny zdravotní pojišťovny v roce 2025. Tento rozdíl mezi VZP a ostatními pojišťovnami by se nicméně oproti roku 2024 neměl zvětšovat, a to z důvodu vyčerpání vlivů vedoucích k jeho vzniku (konvergence nákladů na ukrajinské pojištěnce, již významně sblížené základní sazby, minimální hodnoty bodu a další).

Dopad navrhované vyhlášky na podnikatelské prostředí, pokud jde o poskytovatele zdravotních služeb, je neutrální až mírně negativní z důvodu nižšího průměrného růstu úhrad, než je očekávaná inflace pro daný rok. Navrhovaná vyhláška nepředpokládá žádné sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny. Rovněž se nepředpokládá žádný dopad na životní prostředí.

E. Zhodnocení současného stavu a dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen

Navrhovaná právní úprava nezasahuje do zásad zákazu diskriminace a nebude mít dopady na rovnost mužů a žen.

F. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů

Návrh neupravuje oblast ochrany soukromí a nakládání s osobními údaji. Navrhované změny se nijak nedotknou ochrany osobních údajů dotčených subjektů.

G. Zhodnocení korupčních rizik

Bylo provedeno zhodnocení korupčních rizik v souladu s čl. 16 odst. 4 ve spojení s čl. 14 odst. 1 písm. i) Legislativních pravidel vlády, a to za přiměřeného použití Metodiky hodnocení korupčních rizik (Corruption Impact Assessment), zpracovanou Odborem hodnocení dopadů regulace Úřadu vlády České republiky.

V rámci zhodnocení korupčních rizik podle předmětné metodiky lze konstatovat, že navrhovaná vyhláška splňuje kritéria přiměřenosti, jednoznačnosti, efektivity, transparentnosti, kontrolovatelnosti a jednoznačné odpovědnosti. Návrh nové právní úpravy jako celek se shoduje se známou dobrou praxí a navrhované postupy v ní obsažené se jeví přiměřené.

Na základě výše uvedeného zhodnocení lze konstatovat, že návrh vyhlášky nemá dopad ve vztahu ke korupčním rizikům.

H. Zhodnocení dopadů na výkon státní statistické služby

Nepředpokládá se dopad návrhu na výkon státní statistické služby. Nedojde k narušení objektivitě statistických informací či k omezení a zkreslení zveřejňovaných údajů.

I. Zhodnocení dopadů na bezpečnost nebo obranu státu

Navrhovaná vyhláška nebude mít dopad na bezpečnost nebo obranu státu.

J. Zhodnocení územních dopadů, včetně dopadů na územní samosprávné celky

Navrhovaná vyhláška nemá územní dopady ani přímé dopady na územní samosprávné celky.

K. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy se zásadami digitálně přívětivé legislativy

Dané oblasti se návrh nedotýká, a tedy návrh nemá na tuto oblast vliv.

II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

Předkládaný návrh vyhlášky stanoví hodnotu bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení pro jednotlivé segmenty.

Ve vyhlášce se objevuje několik principů, které se uplatňují ve všech relevantních částech vyhlášky. Pro přehlednost je uvádíme zvlášť, abychom předešli nutnosti je opakovat pro každý segment znovu. Současně připojujeme přehled změn, které se týkají více různých oblastí vyhlášky.

Seznam zkratk a použitých pojmů je uveden v příloze.

Regulační omezení

Pro většinu segmentů je dán limit na úhradu preskripce léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, na úhradu vyžádané péče a na úhradu zvlášť účtovaných položek. Tento limit je dán průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období.

Při překročení definovaného limitu uplatní zdravotní pojišťovna regulační omezení až do určité maximální výše (obvykle do výše 40 % z tohoto překročení). Výše regulačního omezení je přesně dána, a to progresivně ve vztahu k míře překročení. Za každé započaté 0,5% překročení sníží zdravotní pojišťovna poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období. Regulační omezení na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů nepoužijí, zejména z důvodů podpory podávání depotních léků (léčivé přípravky s pomalým vstřebáváním) pacientům s psychickými nemocemi, ze stejného důvodu jsou vyňaty i odbornosti všech typů center duševního zdraví, tzn. 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů. Depotní léky snižují pravděpodobnost návratu onemocnění a opakovaných hospitalizací pacienta, tedy i snižují náklady na případnou lůžkovou péči.

Limit preskripčního omezení na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech je snížen o 5 % napříč ambulantními segmenty bez dohody, a to z důvodu významného růstu objemu této péče v posledních letech. Z tohoto důvodu je pro udržitelnost systému na místě objem péče více regulovat a předcházet tak zbytným vyšetřením. Regulační limit na preskripci byl rovněž u většiny segmentů zpřísněn o 5 % a nastaven identicky se segmentem gynekologů, který dosáhl dohody. Důvodem zpřísnění je jednak omezení dynamicky rostoucího objemu léků na recept a dále rozvolnění preskripčních kompetencí u praktických lékařů, díky čemuž by mělo dojít k převodu části preskripce na tento segment (u praktických lékařů tudíž ke zpřísnění regulace nedošlo).

Vypuštění odbornosti 819

Odbornost 819 představuje mezioborové výkony komplementu, nicméně tyto výkony nikdy nejsou vykazovány pod smluvní odborností 819, která samostatně neexistuje, ale vždy pod jinou smluvní odborností komplementu. Aby tento postup úhrady byl ze znění vyhlášky zjevný, byla odbornost 819 vypuštěna z výčtu vyjmenovaných odborností a z dalších ustanovení vyhlášky (s výjimkou ustanovení, kde je uvedena jako „kapitola 819 seznamu výkonů“), stejně

jako není ve vyhlášce samostatně uvedena mezioborová kapitola 999 jako odbornost, a přesto jsou výkony v této kapitole seznamu zdravotních výkonů hrazeny.

Úhrada za klinické vyšetření (ambulantní péče) a bonifikace péče o děti

V ambulantní specializované péči a nemocničních ambulancích se stále uplatní navýšení úhrady za klinická vyšetření. Tento výkon byl nicméně od roku 2024 upraven v souvislosti s novými výkony bonifikujícími péči o děti, a v souvislosti s tím se změnil jeho obsah i způsob jeho úhrady. Bonifikace za klinické vyšetření nyní má tuto podobu:

09543: Základní výkon navýšení úhrady za klinické vyšetření používaný pro péči o dospělé pojištěnce ve všech odbornostech mimo primární péči. Výkon má stanovenou bodovou hodnotu ve výši 50 bodů a je ohodnocen hodnotou bodu. Úhrada za tento výkon je pro rok 2025 stanovena ve výši 53 Kč (hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč), tzn. meziroční růst o 2 %, s výjimkou lázeňské péče, která má samostatnou úpravu a růst 2,7 %.

09557: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 12 do 18 let s bodovou hodnotou 100 bodů, stanovenou hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč a úhradou pro rok 2025 ve výši 106 Kč.

09556: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 6 do 12 let s bodovou hodnotou 150 bodů, stanovenou hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč a úhradou pro rok 2025 ve výši 159 Kč.

09555: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku do 6 let s bodovou hodnotou 200 bodů, stanovenou hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč a úhradou pro rok 2024 ve výši 212 Kč. Tento výkon byl od roku 2024 upraven oproti svému předchozímu obsahu za účelem systematizace bonifikací za klinická vyšetření.

Výkony bonifikující péči o děti je možné vykazovat k některým dalším vyšetřením vedle klinických vyšetření, podrobněji viz vyhlášku č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Registrující odbornosti vykazují místo výkonu č. 09543 výkon epizody péče o dospělého pojištěnce, který má z důvodu historického vývoje úhrad v těchto odbornostech úhradu navýšenou oproti ostatním odbornostem.

Pro stomatology představují obdobu těchto výkonů kódy 00944 (53 Kč), 00826 (106 Kč), 00907 (159 Kč) a 00906 (212 Kč) v příloze č. 11.

Převzetí praxe

Bližší se specifikuje případ, kdy v souladu s § 17 odst. 8 zákona došlo k převodu majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb na jiného poskytovatele (dále jen „převzetí praxe“) a určení referenční úhrady. V případě, že poskytovatel převzal praxi, použijí se pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. V praxi se stává, že lékař po převzetí praxe od staršího kolegy převezme i jeho referenční hodnoty, které v mnohých případech nezohledňují strukturu a rozsah péče nového poskytovatele. Proto je v takových případech žádoucí nastavit referenční hodnoty podle srovnatelných poskytovatelů.

Bonifikace za elektronický recept

Vzhledem k tomu, že systém elektronické preskripce se v posledních letech podařilo efektivně implementovat a v současnosti jsou poskytovatelé až na výjimky povinni léčivé přípravky předepisovat v elektronické podobě, byla po vzoru dohody v segmentu gynekologie bonifikace za vystavování elektronických receptů z vyhlášky ve všech segmentech vypuštěna.

Výkony přepravy zdravotnického pracovníka

Za účelem podpory lékařské pohotovostní služby a zejména péče ve vlastním sociálním prostředí, tzn. domácí péče a návštěvní služby, je pro rok 2025 meziročně o 5 % navýšena úhrada za výkony přepravy zdravotnického pracovníka (výkony č. 10 a 12 podle seznamu výkonů) zvýšením hodnoty bodu z 1,20 Kč v roce 2024 na 1,26 Kč pro rok 2025.

Změny screeningových výkonů

Sledování tyreopatií v těhotenství nebude do budoucna mít povahu screeningu, ale bude součástí standardní péče o těhotné pojištěnky. V návaznosti na to jsou výkony tohoto screeningu zrušeny v novelizaci seznamu zdravotních výkonů a vypuštěny z úhradové vyhlášky na rok 2025. Naopak byl do vyhlášky doplněn nový screening časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty.

K § 1

Definuje se okruh poskytovatelů, pro něž se vyhláškou stanoví hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení.

K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2023.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025.

K § 3

Definuje pojmy unikátní a globální unikátní pojištěnec a dále pojem srovnatelný poskytovatel. Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to zvláště v každé odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu unikátních pojištěnců zahrne dvakrát).

Globálním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to v libovolné odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu globálních unikátních pojištěnců zahrne jednou).

Pro přehlednost je zde zařazeno i vysvětlení postupu při aplikaci pojmu srovnatelný poskytovatel a je uveden odkaz na mezinárodní klasifikaci nemocí, která je v rámci vyhlášky hojně využívána. Dále je zde uvedena též definice ordinačních hodin.

K § 4

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům je úhrada stanovena ve stejné výši, jako pro české pojištěnce ve smyslu § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Toto ustanovení vychází z Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění, podle něhož musí být při poskytování hrazených služeb zahraničním pojištěncům stanoveny stejné podmínky jako tuzemským pojištěncům.

K § 5 a příloze č. 1

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli akutní lůžkové péče, následně lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové

péče, sociálně zdravotní lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče. V těchto segmentech nebyla uzavřena dohoda. Znění vyhlášky primárně vychází z vyhlášky na rok 2024 s několika podstatnými změnami popsány v jednotlivých bodech níže. Celkový cenový růst úhrad pro segment poskytovatelů akutní lůžkové péče (s výjimkou centrové léčby) je odhadován na 0,9 % a u segmentu následné péče se jedná o 3 % s výjimkou hospicové a další vybrané péče, u kterých je růst vyšší.

Přirozený růst objemu péče se u poskytovatelů akutní péče odhaduje na -1 %, a to z následujících důvodů:

- Vysoký produkční cíl paušální úhrady s přirozeným trendem poklesu objemu péče.
- Snižování počtu přesčasových hodin zdravotnických pracovníků, přechod na směnný režim a s tím spojené omezení výkonnosti nemocnic.
- Deregulace překladů na následnou péči a přesun péče do tohoto segmentu.
- Podpora jednodenní péče, včetně nového začlenění intervenčních kardiologických výkonů.
- Podpora ambulantní péče včetně částečné deregulace radiodiagnostiky, ambulantní nadprodukce a podpory paliativní péče.
- Vyčerpaná dynamika růstů objemu elektivní péče, kapacitní důvody.

Přirozený růst objemu následné péče se odhaduje na 7 %, což je dáno jednak vysokou dynamikou růstu posledních let a dále deregulací překladů z akutní na následnou péči.

K příloze č. 1, bodu 2

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady sestává z individuálně nasmlouvané úhrady péče za hospitalizace, které jsou standardně hrazeny dle bodů 3 až 6. Tato složka úhrady zahrnuje např. různé úhradové balíčky, které si poskytovatel a pojišťovna individuálně sjednávají. Dále tento bod zahrnuje úhradu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, jejichž úhrada je na základě rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv podmíněna použitím při poskytování zdravotních služeb na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 10 zákona, tzn. léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „centrové léky“) a úhradu léčivých přípravků vyjmutých z metodiky výpočtu relativních vah podle Klasifikace CZ-DRG.

K bodu 2.1

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady v roce 2024 může zahrnovat jakákoliv smluvní ujednání dopadající na péči jinak hrazenou podle ustanovení přílohy č. 1 bodů 3 až 6, zpravidla se jedná o různé balíčkové úhrady nabízené zdravotními pojišťovnami jako dobrovolné. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou na úhradě odchylně od vyhlášky, bude tato péče uhrazena podle přílohy č. 1 a zahrnuta v příslušném typu úhrady podle bodů 3 až 6.

K bodu 2.2 – centrové léky

Maximální úhrada centrových léků se pro rok 2025 stanoví pro všechny skupiny léčivých přípravků dohromady se zohledněním růstu úhrad v jednotlivých skupinách centrových léků, aby byla možnost nevyčerpané finanční prostředky v jedné skupině přesunout do přečerpaného limitu v jiné skupině centrových léků. Celková maximální úhrada je nastavena jako součet maximálních úhrad pro jednotlivé skupiny centrových léků.

Oproti roku 2024 byla rozšířena skupina centrových léků pro oběhový systém, a to o přípravky určené k léčbě symptomatické hypertrofické obstrukční kardiomyopatie, z důvodu očekávaného rozšíření spektra hrazených léčiv s touto indikací (ATC skupina C01EB24).

Nově jsou do této regulace začleněny i hrazené léčivé přípravky, které systém CZ-DRG vylučuje z výpočtu relativních vah. Jedná se vesměs o velmi nákladné léčivé přípravky, které by významným způsobem ovlivňovaly relativní váhy skupin, do nichž se zařazují hospitalizace pojištěnců, kterým jsou podány, aniž by šlo o predikovatelný náklad každé nebo alespoň většiny hospitalizací v dané skupině. Vzhledem k jejich nákladnosti je racionální jejich celkovou spotřebu podřídít stejnému mechanismu, jakým jsou regulovány centrové léky. Mezi tyto přípravky se řadí především genové terapie, u kterých je riziko významného navyšování objemu podaných přípravků. Novým zastropováním těchto skupin léčivých přípravků se zpomalí růst nákladných léčivých přípravků.

Z objemového omezení úhrady jsou pak novou strukturou bodu 2.2.1 vyjmuty léčivé přípravky za první obdobně, jako v roce 2024 (definovaná onemocnění), za druhé pak nově další léčiva určená k léčbě spinální svalové atrofie (ATC skupina M09AX09), a nákladná léčiva u pojištěnců mladších 18 let, kde jsou vyjmuty léčivé přípravky, u nichž zdravotní pojišťovna rozhodla o tzv. mimořádné úhradě podle § 16 zákona, a všechny léčivé přípravky podle bodu 2.2.2 podané dětským pojištěncům, což navazuje na obecnou deregulaci úhrad péče o děti, která je prosazována napříč úhradovou vyhláškou.

U léčivých přípravků vyjmutých z objemové regulace je také nově výslovně uvedeno, že úhrada stanovená podle jiných právních předpisů má vždy před uvedeným ustanovením úhradové vyhlášky přednost. Tato skutečnost je podle předkladatele dovoditelná výkladem, nicméně z hlediska právní jistoty adresátů je vhodnější ji uvést výslovně. Pokud jde o dohodu zdravotní pojišťovny s poskytovatelem, ta má vždy přednost před ustanovením úhradové vyhlášky již podle textu zákonného zmocnění k jejímu vydání podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Výkladem je pak také nutné podle předkladatele dovodit, že jakákoliv případná limitace musí být vždy přepočtena změnou DPH v případě, že k takové změně mezi referenčním a hodnocením obdobím došlo, tzn. v případě zvýšení DPH je nutné limit úhrady odpovídajícím způsobem navýšit, v případě snížení naopak snížit. To se týká limitace podle bodů 2.2.1 i 2.2.2. U regulovaných skupin léčivých přípravků byly koeficienty růstu stanoveny na základě predikce ÚZIS a VZP. U obou těchto predikcí byl disagregován přirozený růst (epidemiologický a incidenční růst počtu pacientů), cenová změna (revize cen, dohody se zdravotní pojišťovnou, cenové slevy) a horizon scanning nových léčivých přípravků a indikací. Ministerstvo zdravotnictví následně porovnávalo tyto tři složky růstu u jednotlivých predikcí. U cenových změn bylo více přihlédnuto k predikci VZP a u přirozeného růstu a horizon scanningu bylo více přihlédnuto k predikci ÚZIS s přihlédnutím k outlierům, historickým růstům a revizím v datech. Výsledná predikce byla u vybraných diagnostických skupin následně ponížena o dodatečná 2 % za účelem racionalizace využití centrové léčby a pro podporu generifikace. Celkový výsledný růst mezi lety 2025 a 2023 vychází na 23 %, což vzhledem k růstu 2024/2023 o 11,8 % představuje růst 2025/2024 o 10 %. Předkladatel si je nicméně vědom potřeby zdravotních pojišťoven v odůvodněných případech zmírňovat tvrdost této regulace u jednotlivých poskytovatelů, a proto odhaduje růst nákladů na centrové léky mezi

roky 2025 a 2024 na 10,5 %. I tak je regulace těchto nákladných léků nastavena přísněji než v minulých letech za účelem zpomalení dynamiky jejich růstu.

K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 3, 4 a 5 a příloze č. 9, 10, 12 a 13

V roce 2025 pokračuje proces implementace úhradového a klasifikačního systému CZ-DRG do akutní lůžkové péče. Veškerá akutní péče poskytnutá v roce 2023 bude pomocí retrospektivních algoritmů a pomocných pravidel překlasifikována do CZ-DRG verze 7.0.

Z hlediska úhrad je veškerá akutní lůžková péče členěna do 4 základních skupin:

1. nákladově a klinicky heterogenní báze, které jsou hrazeny paušální úhradou,
2. homogenní báze, které jsou vyčleněny z paušální úhrady,
3. specializované a vysoce homogenní báze, které jsou hrazeny případovým paušálem s jednotnou základní sazbou,
4. akutní psychiatrická péče, která je hrazena případovým paušálem s jednotnou základní sazbou a s regulací casemixu prostřednictvím délky hospitalizace.

Oproti předchozímu období dochází k minimálnímu vyčlenění další péče z paušální úhrady (viz podporu očkování proti chřipce za hospitalizace níže), ale dochází k přesunu významného objemu péče ze skupiny vyčleněné z paušální úhrady směrem do skupiny hrazené případovým paušálem.

Relativní váhy CZ-DRG vychází stejně jako v minulém roce z nákladových dat roku 2022, ovšem doplněných o data dodatečných poskytovatelů referenční sítě DRG, čímž dochází (společně s jejich indexací) k meziročním změnám v jejich výši pro jednotlivé skupiny. Nově jsou z relativních vah a úhrad skrze systém CZ-DRG vyčleněny do přílohy č. 12 i některé zdravotnické prostředky (ZUMy), které jsou mimořádně a atypicky nákladné pro systém CZ-DRG a v případě jejich výskytu daný hospitalizační případ vždy spadl do materiálového outlieru. Přímá výkonová úhrada a vyčlenění z úhrad CZ-DRG je pro tyto ZUMy vhodnější, analogicky k podobným příkladům léčivých přípravků, které jsou již řadu let vyčleněny z DRG úhrady. Naopak jsou z přílohy č. 12 vyjmuty léčivé přípravky používané v souvislosti s onemocněním COVID-19, což souvisí s posunem vnímání tohoto onemocnění jako standardní respirační infekce.

V rámci zvýšení proočkovanosti se z paušální úhrady nově vyčleňuje úhrada za očkování proti chřipce (ATC skupina J07BB02), aby bylo toto očkování hrazeno i v případě jeho provedení za hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních, a to jak v případě akutní lůžkové péče (včetně ambulantní složky úhrady), tak následné, dlouhodobé a sociálně-zdravotní lůžkové péče. Hrazena bude výkonová složka (s hodnotou bodu totožnou jako v případě provedení očkování v ordinaci praktického lékaře) i očkovací látka jakožto zvlášť účtovaný léčivý přípravek, který je nově též vyčleněn do přílohy č. 12.

Česká vakcinologická společnost ČLS JEP a další odborné společnosti se ve svém stanovisku ze dne 5. září 2024 jednohlasně vyslovují pro umožnění poskytování hrazeného očkování také v lůžkové péči. Nemocnice poskytují péči rizikovým a chronicky nemocným pacientům, u nichž je riziko komplikací preventabilních infekčních onemocnění výrazně vyšší než u zdravých osob. Na základě poznatků ze zahraničí očkování za hospitalizace zvyšuje proočkovanost a dostupnost očkovacích látek pro pacienty. Motivace pacienta pro očkování je v době hospitalizace nebo těsně před propuštěním daleko vyšší než později, kdy vakcinace vyžaduje návštěvu u praktického lékaře.

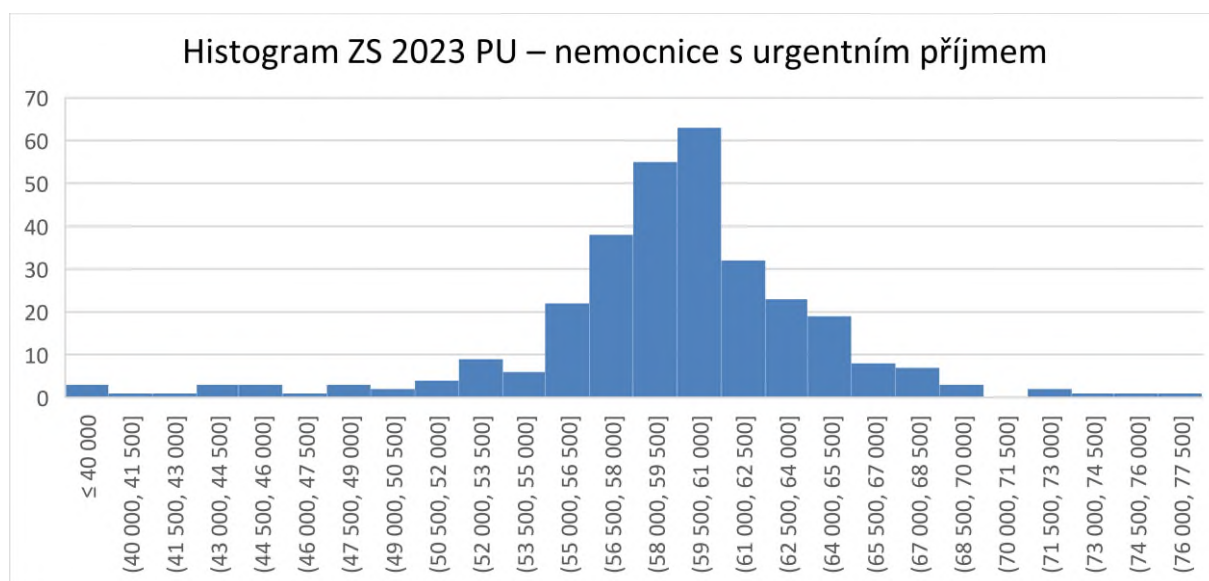
Očkování proti chřipce bude hrazeno v souladu se zákonem, podle něhož jsou u pojištěnců nad 65 let věku plně hrazeny očkovací látky vymezené ve sdělení Ministerstva zdravotnictví č. 273/2024 Sb. a u ostatních vybraných skupin pojištěnců (např. pojištěnci se stanovenými zdravotními indikacemi či pojištěnci hospitalizováni v zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, pobývající v domovech pro seniory apod.) jsou vakcíny proti chřipce hrazeny plně či částečně, v závislosti na zvolené očkovací látce.

Paušální úhrada

První skupina bází (bod 3, část A, příloha č. 1) bude hrazena nadále paušální úhradou s produkčním cílem, úhradou nadprodukce a regulačními mechanismy.

Významnou změnou oproti minulým obdobím je deregulace překladů na následná lůžka, kde regulace vzhledem k rozvoji tohoto segmentu a podpoře doléčování pacientů na následných lůžcích ztrácí svůj význam.

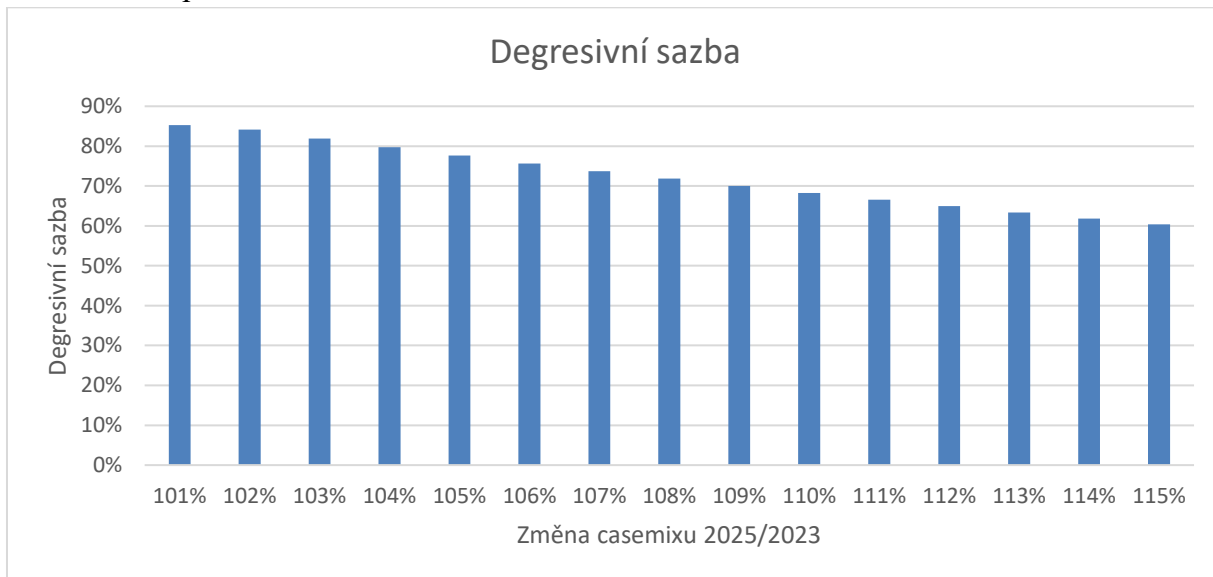
Systém minimálních základních sazeb opravujících referenční úhradu zůstal zachován. Jednotlivé minimální sazby byly navýšeny jednak za účelem sblížení základních sazeb, dále za účelem eliminace příliš nízkých historických hodnot u některých poskytovatelů a konečně pro udržení adekvátního poměru mezi základní sazbou v paušální úhradě a centrální základní sazbou CZ-DRG. Konkrétní hodnoty tak vychází z referenčních histogramů základních sazeb, např. zde pro nemocnice s urgentním příjmem, kde jsou vidět odlehle hodnoty do výše 55 000 Kč a medián základní sazby ve výši 60 000 Kč:



Růst úhrad je stanoven na 9,5 % oproti referenčnímu období, což v sobě zahrnuje 1) růst mezi roky 2024 a 2023 o 6 %; 2) poměrnou část ze 3 mld. Kč plynoucích z dohody o navýšení platů a mezd zdravotníků pro rok 2024 (pro akutní lůžkovou péči náleží 2,6 mld. Kč, což představuje cca 2 % úhrad); 3) růst úhrad mezi roky 2025 a 2024 o cca 1 %.

Paušální úhrada je jako v minulých letech podmíněna produkcí měřenou přes CZ-DRG (referenční produkce bude přepočítána skrze pomocná pravidla pro reklasifikaci na nejnovější verzi CZ-DRG 7.0). Produkční cíl je stanoven na 98 %, jelikož referenční rok 2023 již nebyl ovlivněn pandemií COVID-19 a je možné se vrátit k ambicióznějšímu produkčnímu cíli. V případě nedosažení produkčního cíle je paušální úhrada krácena.

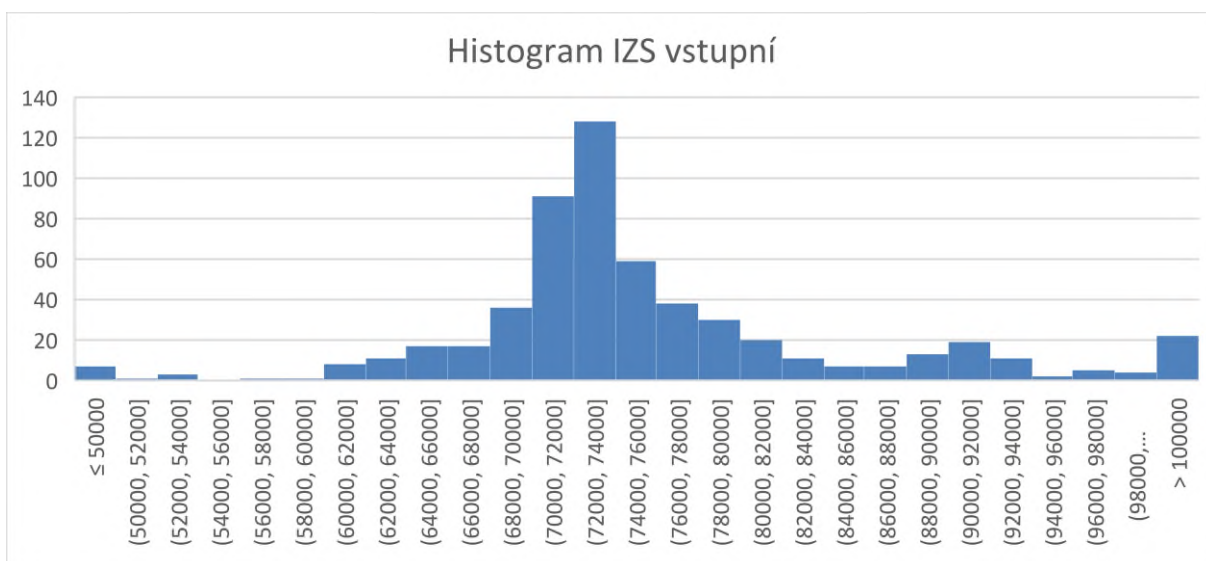
Naopak dosáhne-li poskytovatel vyšší produkce než 100 % referenčního období, uplatní se na něj degresivní funkce nadprodukce, která hradí nadprodukcí ve snížené sazbě s tím, že čím vyšší nadprodukce, tím nižší sazba, kterou se produkce hradí. Důvodem degrese je, že při vyšším překročení produkčního cíle už má nemocnice fixní náklady uhrazeny a jednotková úhrada tak může být nižší, a dále demotivace účelového chování poskytovatelů a umělého navyšování objemu produkce. Následující graf znázorňuje funkci degresivní sazby v závislosti na úrovni nadprodukce:



Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

Druhá skupina bází (bod 4, část A, příloha č. 1) představuje případy vyčleněné z paušální úhrady a hrazené bez limitací a dalších regulačních opatření za individuální základní sazbu.

Výpočet individuální základní sazby závisí na porovnání tzv. vstupní individuální základní sazby se základní sazbou CZ-DRG. Vstupní základní sazba představuje přepočtení referenční úhrady za péči zahrnutou v hodnoceném období do vyčleněných bází se zohledněním výše relativních vah případů. Průměrná produkčně-vážená vstupní individuální základní sazba pro rok 2025 činí 82 304 Kč s následujícím neváženým statistickým rozdělením:



Jak je patrné, produkcí nevážený medián vstupní individuální sazby ve výši 73 281 Kč je významně pod váženým průměrem, který je tažen velkými nemocnicemi s vysokou základní sazbou. S přihlédnutím k této skutečnosti stanovilo Ministerstvo zdravotnictví centrální základní sazbu CZ-DRG ve výši 81 000 Kč, což představuje růst o 10 % pro nemocnice s mediánovou individuální základní sazbou, ale pokles o 1,5 % a více pro průměrnou větší nemocnici (před zohledněním risk-koridorů a tempa sblížování sazeb).

Poměr centrální základní sazby vůči nákladové základní sazbě (používané pro normování relativních vah CZ-DRG, která činí 85 027 Kč pro rok 2025) pro rok 2025 bude činit 95,3 %, což je nárůst proti poměru 91,9 % v roce 2024. Z toho plyne, že již 95 % veškerých nákladů na akutní lůžkovou péči bude v roce 2025 hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a celková finanční situace nemocnic by se meziročně neměla zhoršovat.

Za účelem dalšího sblížování základních sazeb v této kategorii úhrad dochází ke zúžení risk-koridorů o 5 % shora a zrychlení tempa sblížování sazeb na 50 % z obou stran. Jak je patrné na histogramu výše, díky sblížování základních sazeb z posledních let se většina poskytovatelů nachází již v pásmu risk-koridorů a další sblížování sazeb by bez jeho změny neprobíhalo. Z tohoto důvodu je risk-koridor zúžen a dojde tak k dalšímu sblížení základních sazeb.

Mezi další významné změny oproti roku 2024 patří jednak vyčlenění dalšího významného podílu péče z této kategorie péče do případového paušálu (viz níže) a dále rozšíření koeficientů centralizace pro nové typy center a jeho diverzifikace dle maturity daného centra (vztahuje se i na úhradu případovým paušálem). Od roku 2025 vzniknou nová centra pro chirurgii v oblastech jícnu, rekta a v hepato-pankreato-biliární oblasti. Na tato nová centra jsou navázány nové skupiny péče, která by se měla koncentrovat, a tyto skupiny tudíž nově podléhají koeficientům centralizace. Zároveň ale tato oblast je z hlediska centralizace nová a centralizační proces bude probíhat postupně, a proto je koeficient centralizace pro tuto oblast stanoven pouze na 0,9. Naopak u typů center, kde dochází k reakreditaci a centralizace by již měla být významně pokročilá, je koeficient centralizace snížen na 0,5. U ostatních druhů center je zachován ve výši 0,75. Pozitivní koeficient je zachován ve výši 1,05 pro všechny typy center.

Dále pro podporu jednodenní péče je úhrada za hospitalizační případ indikovaný pro jednodenní péči stanovena vždy alespoň ve výši úhrady jednodenní péče, zde se oproti roku 2024 nic nemění, s výjimkou výčtu skupin jednodenní péče, který se rozšiřuje.

Nadále dochází k použití nákladových modifikátorů, nicméně jediným použitým nákladovým modifikátorem pro rok 2025 je stále casemix index poskytovatele, kalkulovaný nad celou nemocniční produkcí, který zohledňuje zvýšenou nákladovost poskytovatelů poskytujících nejkomplicovanější a nejvíce specializovanou péči. Zvýšená nákladovost těchto poskytovatelů (která není postižena v relativní váze a způsobuje na úrovni DRG skupin nákladovou heterogenitu) byla empiricky ověřena na nákladových datech referenčních nemocnic. Vzhledem k dalšímu sblížování základních sazeb byly nákladové modifikátory dočasně navýšeny a rozšířeny na větší spektrum poskytovatelů, aby byl poskytnut časový prostor poskytovatelům k přizpůsobení na sblížené základní sazby. V příštích letech lze očekávat, že výše modifikátorů bude snížena. Do budoucna se zároveň spektrum nákladových modifikátorů bude rozšiřovat, čímž dojde k redukci risk-koridorů a dalšímu sblížení základních sazeb.

Úhrada případovým paušálem

Do třetí skupiny bází (bod 5, část A, příloha č. 1) je zařazena péče hrazená jednotnou základní sazbou (s modifikátory) a oproti roku 2024 do této skupiny byla přeřazena celá oblast intervenční kardiologie a kardiochirurgie. Tato péče je dostatečně homogenní a je prováděna typicky podobnými poskytovateli (velké nemocnice), aby u ní bylo možné sjednotit základní sazbu. Zároveň u této skupiny péče dochází nově k podpoře jejího jednodenního provedení, která je hrazena jednotně, a proto je vhodné hradit jednotně i péči v rámci akutní lůžkové péče. Výjimkou jsou specializované ústavy, ve kterých je prováděná kardiologická a kardiochirurgická péče mírně heterogenní oproti ostatním poskytovatelům a dosud byla hrazena vyšší základní sazbou. Pro tyto poskytovatele tak byl navýšen nákladový modifikátor pro zmírnění úhradového dopadu sjednocení základních sazeb.

Úhrada akutní lůžkové psychiatrie

U poslední skupiny bází, tj. u akutní psychiatrické péče, nedochází meziročně k významným změnám. Tato péče je dále hrazena sjednocenou základní sazbou a aplikuje se redukce casemixu přes regulaci růstu mediánové délky hospitalizace. Psychiatrie v CZ-DRG je navázána na délku hospitalizace a hrozí u ní umělé navyšování délky pobytu. Redukce casemixu tuto negativní motivaci limituje.

Drobné změny se dočkal koeficient transformace, který je celkově ponížěn z důvodu dostatečné ziskovosti akutní psychiatrické péče.

Shrnutí změn v kategorizaci CZ-DRG

Struktura jednotlivých úhradových skupin v příloze č. 10 k vyhlášce se oproti roku 2024 částečně mění a dochází k dodatečnému přesunu péče do kategorie případového paušálu. Následující tabulka znázorňuje změny mezi lety 2022 a 2025. V roce 2025 už téměř jedna čtvrtina péče bude hrazena jednotnou základní sazbou.

Podíly péče dle typů úhrady					
Způsob úhrady	Část přílohy č. 10	% 2022	% 2023	% 2024	% 2025
Paušální úhrada	A	53,9 %	50,7 %	46,2 %	45,3 %
Vyčleněné z paušálu	C+E	42,8 %	38,3 %	35,8 %	29,9 %
Případový paušál	B+F+G	1,2 %	8,9 %	15,4 %	22 %
Psychiatrie	D+H	2,2 %	2,2 %	2,6 %	2,7 %

K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 6

V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizace příslušné zdravotní pojišťovny nebo pro hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům, hradí se tyto hrazené služby stejnou formou jako případy hrazené případovým paušálem, tj. základní sazbou CZ-DRG. Rozdílná je pouze výše nákladových modifikátorů, která je vyšší oproti péči vyjmuté z paušální úhrady a úhradě případovým paušálem, a to z důvodu, že pro tuto péči se neuplatňují risk-koridory a paušální úhrada, tudíž nákladové modifikátory musí pokrýt nákladovou heterogenitu kompletně, nikoliv pouze částečně. Opět jsou uplatňovány penalizační a bonifikační koeficienty centralizace pro podporu centralizace péče.

U akutní psychiatrické péče se úhrada modifikuje plněním transformačního plánu.

K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 7

Ambulantní nemocniční péče zahrnuje regulovanou a neregulovanou část. Podíl neregulované složky, obsahující screeniny a jiné prioritní výkony, je pro rok 2025 pouze mírně rozšířen oproti roku 2024, zejména o některé nové odbornosti a výkony (centra duševního zdraví, hygiena a epidemiologie, screening časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty) a o odbornost 407, která byla vyňata z regulované složky úhrady i v rámci segmentu ambulantních specialistů v příloze č. 3.

Vzhledem k nepřehlednosti a nesystematičnosti dosavadního znění bodu 7 v důsledku postupných meziročních úprav v navazujících zněních úhradových vyhlášek, předkladatel dosavadní strukturu upravil (bez záměru věcných změn) podle následujících principů:

1. jako první, tzn. v bodech 7.1 až 7.13, je uvedena neregulovaná péče,
2. neregulovaná péče je řazena od ustanovení, která se týkají celých segmentů nebo odborností, a to v řazení, jak se vyskytují v textu vyhlášky, po ustanovení, která se týkají konkrétních výkonů, přičemž ta jsou rozlišena na výkony, u nichž se neuplatní bonifikace podle bodu 7.21, a výkony, u nichž se bonifikace uplatní; u všech ustanovení je nyní zavedeno členění na písmena (namísto dosavadního členění na věty), pokud zahrnují několik různých oblastí,
3. po neregulované péči následují v bodě 7.14 urgentní příjmy, které mají vlastní specifickou regulaci úhrady,
4. po urgentních příjmech následují v bodech 7.15 až 7.20 ustanovení upravující péči, která spadá do regulačního mechanismu pro nemocniční ambulance, přičemž jsou opět řazena podle výskytu této péče v textu vyhlášky,
5. v bodě 7.21 je stanoven regulační mechanismus,
6. v bodě 7.22 je stanovena úhrada pro zahraniční pojištěnce a pro nízké počty pojištěnců.

Mechanismus regulace úhrady ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) zavedený v roce 2024, přesunutý nově do bodu 7.21, je zachován i pro rok 2025, s tou změnou, že radiodiagnostika je přesunuta z přísněji regulované složky komplementu do méně přísně regulované složky ostatních ambulantních služeb poskytovaných u poskytovatelů lůžkové péče s možností částečné úhrady nadprodukce.

Mechanismus tedy nadále obsahuje dva dílčí submechanismy – 1) rozdělenou úhradu na laboratoře a ostatní ambulantní péči; 2) sdruženou úhradu veškeré ambulantní péče. Oba mechanismy dále fungují formou paušální úhrady s produkčním cílem a nadprodukcí v případě nelaboratorní péče bez mechanismu „stropu úhrad“ z referenčního období. Nadprodukce je regulována počtem globálních unikátně-ošetřených pojištěnců.

Definice referenční úhrady zohledňuje následující principy:

- Vyčlenění části péče z regulované složky ambulantní úhrady mezi referenčním a hodnoceným obdobím.
- Zastropování referenční úhrady výší referenční produkce – někteří poskytovatelé souběhem vlivů v referenčním období měli vyšší úhradu než produkci, což je třeba korigovat.
- Úhrada poloviny neuhrazené historické nadprodukce – navýšení referenční úhrady se zohledněním historické nadprodukce.

Referenční úhrada je navýšena za prvé koeficientem ve výši 0 % (radiodiagnostika), 0,5 % (laboratoře, kde je zohledněn i růst objemu péče), resp. 1 % (ostatní) oproti roku 2024, za druhé bonifikačními kritérii, kde dochází k následujícím úpravám pro rok 2025:

- U laboratoří dochází k úpravě bonifikace za prodloužený provoz, kde je zachován režim 12/7, 16/7, 24/7 z roku 2024, ale jsou sníženy bonifikační koeficienty, jelikož u mimonemocničních laboratoří tato bonifikace vůbec není stanovena. Dále je stanovena bonifikace za akreditaci, analogicky s mimonemocničními laboratořemi, která byla navýšena oproti roku 2024 za účelem částečné kompenzace snížení ostatních bonifikací laboratoří.
- Aby bylo možné zachovat specifické bonifikační mechanismy pro radiodiagnostiku, nově přesunutou z komplementu do ostatní ambulantní péče, je ostatní ambulantní péče rozdělena na dva subsegmenty, kdy je radiodiagnostika postavena samostatně a je u ní zachována jak bonifikace za prodloužený provozní režim v podobě roku 2024, včetně výše koeficientů, tak bonifikace za sdílení obrazových dat.
- V ostatních ambulancích je zachována a zpřesněna bonifikace za elektronický objednávkový systém. Nově bonifikace vyžaduje možnost elektronického objednávání na veškerá screeningová vyšetření a dále pak alokaci jedné pětiny celkové ordinační doby specializovaných ambulancí pro elektronické objednávání, přičemž za každé pracoviště za zahrnuje maximálně doba 35 hodin. Poskytovatel se tak bude sám moci rozhodnout, u kterých pracovišť elektronické objednávání dává smysl, a u kterých nikoliv. Vyhláška nespécifikuje požadavky na objednávkový systém jako takový, který může dle uvážení poskytovatele vyžadovat dodatečnou komunikaci mezi poskytovatelem a pojištěncem (např. nahrávání a verifikace žádánek, potvrzování termínů, prioritizace neodkladných pacientů apod.). Zároveň byl doplněn termín, od kterého musí být objednávkový systém funkční pro získání bonifikace.
- Je rozlišena statická bonifikace (ovlivňující objem péče) a dynamická bonifikace ovlivňující koeficient růstu.

Hodnoty bodu u ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče se stanoví ve stejné výši jako u mimonemocničních ambulancí. U zdravotních služeb poskytovaných 50 a méně pojištěncům je zachováno snížení hodnoty bodu, aby odpovídala průměrné hodnotě bodu uplatňované v nemocničních ambulancích.

Speciálně je třeba zmínit, že v případě odbornosti 407 se má i v nemocničních ambulancích při postupu podle bodu 7.5 písm. b) použít přepočítání podle počtu výkonů č. 47355 za hodnocené období na jedno přístrojové vybavení podle přílohy č. 3. Podobně pak v případě úhrady praktických lékařů se i v nemocničních ambulancích aplikuje úhrada za týmovou praxi, která není ze způsobu stanovení úhrady podle bodu 7.15 vyloučena.

Urgentní příjmy budou nadále hrazeny kombinovanou tříslůžkovou úhradou:

- Paušální složka, která je diferencována dle typu urgentního příjmu. Do paušální složky patří rovněž bonifikace za urgentní psychiatrii. Paušální složka je nadále podmíněna zřízením místa pro poskytování LPS.
- Nelimitovaná úhrada za péči spojenou s příjezdem zdravotnické záchranné služby – tuto složku úhrady obdrží i poskytovatelé bez urgentního příjmu.
- Limitovaná výkonová úhrada za péči na urgentním příjmu – objem této péče je jednak ponížen, aby tvořil pouze část úhrady urgentních příjmů, a dále jsou zde stanoveny stropy úhrad pro jednotlivé typy urgentních příjmů. Podíl úhrady produkce a úhradové stropy byly oproti roku 2024 navýšeny.

Celkově byla tudíž podpořena výkonová složka urgentních příjmů. Nově je pak ve výpočtu upraveno použití koeficientu poměru pojištěnců a to tak, že pro poskytovatele urgentního příjmu, kteří mají statut traumatologického centra pro děti a/nebo dospělé je nadále použit regionální koeficient, naopak pro ostatní menší urgentní příjmy se použije okresní poměrový koeficient, který lépe zohlední spádovost pojištěnců v případě urgentních příjmu nižšího typu.

K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 8

V bodu 8 jsou explicitně vyjmenovány residuální složky úhrady, které nelze zahrnout do ostatních částí úhrady nemocnic. Jedná se o fixní a bonifikační složky úhrad bez přímé vazby na akutní nebo ambulantní péči.

Do této složky úhrad patří bonifikace za indikaci odběru orgánu od zemřelého dárce pro transplantaci, za výkony nemocničních lékáren, úhrada konziliárních týmů paliativní péče, navýšení úhrady pro poskytovatele referenční sítě CZ-DRG a úhrada evropských referenčních sítí pro vzácná onemocnění.

Úhrada konziliárních týmů paliativní péče navazuje na tento typ úhrady v roce 2024 s tím, že došlo k mírnému navýšení paušální i výkonové složky této úhrady. Výkonová část péče bude vykazována signálními kódy zasmluvněnými ze strany zdravotních pojišťoven.

Úhrada referenční sítě CZ-DRG je vázána na vykazování nákladových dat za rok 2022, ze kterého byly kalkulovány relativní váhy pro rok 2025.

Zachována je úhrada evropských referenčních sítí pro vzácná onemocnění (ERN), které mají zvýšené náklady s péčí a diagnostikou pacientů se vzácným onemocněním, zavedená v roce 2024. Úhrada je stanovena jako kombinovaná paušálně-výkonová s výkonovou složkou navázanou na unikátního pacienta s vykázaným ORPHA kódem.

Nově je zde zařazena bonifikace za integrovanou poporodní péči, kdy nemocnice obdrží fixní částku za každý komplikovaný porod, u kterého po ukončení hospitalizace je poskytnuta péče porodní asistentkou. Toto opatření cílí na podporu indikací a poskytování této péče, která je v současné době nedostupná.

K § 5 a příloze č. 1, části B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka, hospice) bude v roce 2025 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Výše paušální sazby se odvíjí od výše v roce 2024 (bez smluvních a bez vyhláskových kvalitativně podmíněných bonifikací, tzn. s výjimkou kvalitativně nepodmíněné bonifikace KN u OD 00030 ve výši 0,02, kterou je nutné do paušální sazby 2024 zahrnout) a od bonifikačních koeficientů.

Úprava následné lůžkové péče doznala několika formálních úprav, za účelem zvýšení jednoznačnosti. Předně byla přepracována definice bonifikací, které se pro stanovení paušální sazby 2024 nemají uplatnit. Rovněž byly vyloučeny všechny smluvní bonifikace, a dále všechny kvalitativně podmíněné bonifikace, které byly stanoveny v roce 2024 a svým obsahem odpovídaly odkazem vyjmenovaným bonifikacím z vyhlášky pro rok 2025, a to z legislativně technického důvodu, kdy ve vyhlášce č. 319/2023 Sb. byly v jednom společném ustanovení upraveny bonifikace pro OD 00030, z nichž kvalitativně nepodmíněná bonifikace KN ve výši 0,02 se má pro výpočet paušální sazby roku 2024 uplatnit, zatímco kvalitativně podmíněná bonifikace KN ve výši 0,04 se uplatnit nemá.

Základní růst úhrady je stanoven na 4 %, což stejně jako v roce 2024 reflektuje nákladovou strukturu těchto poskytovatelů, navýšení nutné pro dodržení platové dohody z roku 2023 (které není promítnuto ve výši paušální sazby v roce 2024) a zároveň zahrnuje obecnou potřebu rozvoje tohoto segmentu, ke kterému se ministerstvo zavázalo.

Zmíněný růst bude navýšen o další 0,003 za každé poskytovatelem splněné kvalitativní kritérium uvedené v písmenu c) v bodech i) a ii). Jedná se o zvyšování kvality nad rámec základních povinných požadavků na personální zabezpečení a technické vybavení konkrétních typů ošetrovacích dní, vyplývajících z vyhlášek č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Stejně jako v roce 2024 jsou použita bonifikační kritéria s vyšší váhou pro kamenné hospice, jednak plošně a jednak za přítomnost paliatra v kamenném hospicu podle písmene e), a pro specializovaná pracoviště ošetřující pacienty s roztroušenou sklerózou podle písmene f). Nově jsou od roku 2025 zavedeny bonifikace za přítomnost geriatra v rámci OD 00005 a 00024, a za poskytování následné a dlouhodobé lůžkové péče dětem nižšího věku, kde je zvýšená nákladnost této péče (vzhledem k předpokladu vzniku nových zdravotnických zařízení center komplexní péče o děti).

Z paušální úhrady následné, dlouhodobé a sociálně-zdravotní lůžkové péče je nově vyčleněno očkování proti chřipce provedené za hospitalizace, a to obdobně jako u akutní lůžkové péče (viz odůvodnění k části A). Nutnost podpory vakcinace proti chřipce také u tohoto typu lůžkové péče vyplývá nejen z výše citovaného stanoviska odborných společností, akcentujícího potřebu proočkovanosti ve zdravotnických zařízeních, nýbrž přímo z indikací zakotvených v zákoně (které zahrnují mj. pojištěnce hospitalizované v zařízeních dlouhodobé lůžkové péče či pobývajících ve vymezených zařízeních sociálních služeb).

Ministerstvo i nadále podporuje rozvoj a transformaci psychiatrické péče, a proto je růst úhrady pro OD 00021 a OD 00026 podle seznamu výkonů navýšen oproti ostatním OD a navázán na nově definované transformační koeficienty (viz výše). Nově je pak stanovena úhrada za OD 00090 a 00091 – ochranné léčení, a to navýšením úhrady paušální částkou oproti OD 00021.

Rovněž nově je v návaznosti na novelizaci zákonů na tzv. sociálně zdravotním pomezí navržena úhrada za ošetrovací den sociálně zdravotní lůžkové péče nově zavedený do seznamu zdravotních výkonů jako OD 00037. Tato úhrada je odvozena z průměru reálných úhrad za OD 00005 v referenčním období, valorizovaných o meziroční nárůsty paušálních sazeb za ošetrovací den pro roky 2024 a 2025, přičemž odečteny jsou náklady na ubytování, stravu a rozdíl ve stanoveném personálním zabezpečení zdravotní složky této péče. Úhrada není stanovena pro kategorii pacienta 5, jelikož definice této kategorie pacienta vylučuje, aby se jednalo o pojištěnce směřujícího do sociálně zdravotní lůžkové péče (pacienti v bezvědomí, deliriózní pacienti, psychiatrickí pacienti a pacienti v ochranném léčení).

U výkonů následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a následné ventilační péče dochází k navýšení jednotkové úhrady o 1 %. Tato péče má v současné době dostatečné kapacity, je z posledních let úhradově saturována a současně dochází k deregulaci domácí umělé plicní ventilace, není tak nutné pro roky 2025 úhradu navyšovat v takové míře. Dále dochází ke snížení HB pro příjmové a propouštěcí výkony, a to z důvodu růstu počtu bodů v seznamu výkonů.

Stanovení maximálního počtu hrazených výkonů NIP (90 výkonů NIP u dospělých, 365 výkonů NIP u dětí), DIOP (190 výkonů DIOP), s možností zvýšení tohoto počtu se souhlasem zdravotní pojišťovny i nadále zůstává. Hodnota bodu pro OD 00033 a 00035 je navýšena o 3 %.

U poskytovatelů zvláštní ambulantní péče je stanovena regulace skrze průměrnou úhradu za pacienta na měsíc. Hodnota bodu byla stanovena na 1,22 Kč, což pro segment znamená zachování úhrad na úrovni roku 2024. Index navýšení je pro rok 2024 nastaven na hodnotu 1,18 oproti roku 2023, což zaručuje poskytovatelům růst úhrad v souladu se stanovenou hodnotou bodu.

K § 6 a příloze č. 2

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. V segmentu nedošlo k dohodě v rámci dohodovacího řízení a úhrady tak stanovilo ministerstvo samo. Průměrný růst úhrad podle návrhu vyhlášky činí u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost 3,95 %, což představuje jedno z nejvyšších navýšení mezi segmenty pro rok 2025. Navyšují všechny tři složky úhrady – kapitační platba, výkonová složka i úhrada za epizodu péče (včetně hodnoty bodu tzv. bonifikačních výkonů za péči o děti a mladistvé zakotvených v § 18 odst. 2).

Navýšení kapitační složky má dvě části – jednak navýšení základní kapitační sazby, a dále pak cílené navýšení věkových indexů, kterými se základní kapitační sazba násobí. Byly navýšeny ty věkové indexy, kde v posledních letech dochází k nárůstu nákladů a potřeby poskytované péče, konkrétně se jedná o indexy dětských pacientů a dále pak indexy pacientů nad 50 let, jejichž léčba je čím dál komplexnější a s navyšováním kompetencí praktických lékařů v péči o chronické pacienty se tito pacienti stávají relativně nákladnější oproti mladším pacientům.

Stejně jako v předchozích letech bude kapitační platba dále navýšena o 1,00 Kč u poskytovatele, který předloží rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost.

Pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání, bude základní kapitační platba navýšena rovněž o 1,00 Kč. Za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2025.

Další navýšení kapitační platby o 2,00 Kč je navrženo u poskytovatelů, kteří v odbornosti všeobecné praktické lékařství provedou preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let, a kteří v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost provedou preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u 40 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let.

Hodnota bodu za výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě, je upravena ve vazbě na růst počtu bodů v seznamu výkonů, a to tak, že výkonová složka úhrady roste u všeobecných praktických lékařů o 2 % a u praktických lékařů pro děti a dorost o 3,3 %. Hodnota bodu se dále může navýšit při plnění obdobných kritérií jako u bonifikací kapitační sazby.

Úhrada za epizodu péče se také navyšuje, a to u dospělých pojištěnců z 83 Kč na 85 Kč a současně u dětí a mladistvých prostřednictvím úpravy hodnoty bodu příslušných bonifikačních výkonů v § 18 odst. 2 z 1,04 Kč na 1,06 Kč, což představuje u všeobecných praktických lékařů růst o 2,4 % a u praktických lékařů pro děti a dorost růst o 1,9 %.

Nově byla do úhradové vyhlášky zakotvena úhrada za týmové praxe všeobecných praktických lékařů či praktických lékařů pro děti a dorost, na které byla shoda v rámci dohodovacího řízení mezi zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. Cílem uvedeného úhradového mechanismu je především podpořit tento typ praxí, které dle názoru praktických lékařů zajišťují vyšší efektivitu a dostupnost péče, podporu zkrácených úvazků, zastupitelnost lékařů prodloužením ordinačních dob a sdílení přístrojové techniky.

Textová úprava týmových praxí v úhradové vyhlášce obsahově vychází z návrhů předložených poskytovateli a zdravotními pojišťovnami v dohodovacím řízení, jež byly v této části totožné. Nicméně, ve vyhlášce nelze rozlišovat „podmínky pro žádost o úhradu“ a „podmínky pro úhradu“ samotnou. Vyhláška může v tomto směru v mezích svého zákonného zmocnění stanovit pouze podmínky a výši úhrady za týmovou praxi, resp. měsíční předběžné úhrady; nikoliv upravovat procesní postup vymezením podmínek pro podání žádosti. Z tohoto důvodu muselo být navržené znění vzešlé z dohodovacího řízení do určité míry upraveno, zejména bylo nutné sloučit podmínky pro žádost a podmínky pro úhradu. Poskytnutí měsíční předběžné úhrady je navázáno na to, že poskytovatel doloží splnění podmínek pro její poskytnutí, a tak je mechanismus „žádosti“ zachován způsobem, který je s materií vyhlášky v souladu.

Nicméně, z hlediska podmínek pro úhradu jako takových se vyhláška obsahově neodchyluje od úpravy předložené v dohodovacím řízení, s výjimkou podmínky akreditace, která byla oproti návrhům rozvolněna (viz níže). Zároveň došlo k vypuštění některých deklaratorních pasáží bez konkrétní parametrizace a měřitelnosti – navrhovaná podmínka elektronické komunikace se zdravotní pojišťovnou a aktualizace ordinačních hodin není pro účely zakotvení do právního předpisu dostatečně konkrétní a její úprava se nabízí spíše na smluvní bázi; a zajištění komplexní péče (včasný záchyt chronických onemocnění, pravidelná očkování, preventivní prohlídky apod.) vyžaduje nastavení konkrétních parametrů (např. podobně jako u bonifikací poskytování preventivních prohlídek), které však účastníci dohodovacího řízení nenavrhli a jejichž formulaci předkladatel do budoucna doporučuje. V neposlední řadě byla textace uvedena do souladu s legislativními pravidly a ostatními částmi vyhlášky.

Týmovou praxí se rozumí samostatně organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (smluvně IČP) jednoho poskytovatele (smluvně IČZ). Vyhláška vymezuje požadavky na personální zabezpečení, technické a věcné vybavení, počet registrovaných pojištěnců a další parametry, jimiž je nárok poskytovatele na úhradu za týmovou praxi podmíněn.

Podmínka, aby poskytovatel byl držitelem akreditace k uskutečňování příslušného vzdělávacího programu, se oproti návrhům poskytovatelů a zdravotních pojišťoven vztahuje pouze na poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství; naopak v případě poskytovatelů v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost úhrada za týmovou praxi není podmíněna doložením akreditace. Ačkoliv předkladatel v obecné rovině považuje uvedenou podmínku akreditace pracoviště týmové praxe za přínosnou, poznatky z praxe ukázaly, že v případě praktických lékařů pro děti a dorost by mohla zásadním způsobem ohrozit implementaci týmových praxí. V současnosti je obdržení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru pediatrie pro praktické lékaře pro děti a dorost značně

komplikované, často až nedosažitelné, ačkoliv podmínky pro akreditaci prakticky splňují, což vyvěrá zejména z nedostatečné koordinace tohoto vzdělávání mezi lůžkovou a ambulantní péčí. S ohledem na popsanou změnu byl z příslušného ustanovení oproti návrhům rovněž vypuštěn obor pediatrie.

Minimální technické a věcné vybavení pracoviště týmové praxe zahrnuje zejména point of care testing (POCT) analyzátory, což je ve vyhlášce vyjádřeno odkazem na odpovídající zdravotní výkony.

V neposlední řadě je úhrada za týmovou praxi podmíněna také registrací nových pojištěnců, stanovenou minimální ordinační dobou a provozem elektronického objednávkového systému, přičemž účastníci dohodovacího řízení se ve svých návrzích shodli, že poskytovatel může zdravotní pojišťovně tuto skutečnost doložit kupříkladu čestným prohlášením, elektronickým odkazem na webové stránky či odkazem na mobilní aplikaci.

Úhrada za týmovou praxi bude poskytovateli v souladu s návrhem vyplácena formou měsíční předběžné úhrady, a to od prvního dne kalendářního měsíce, za nějž poskytovatel splnění podmínek doloží. Jak bylo popsáno výše, předmětná vyhláška nemůže upravovat procesní postup doložení splnění těchto podmínek, avšak poskytnutí bonifikace je v souladu s návrhem závislé na prvotní iniciativě ze strany poskytovatele.

Výše úhrady za týmovou praxi odpovídá částce 10 000 Kč vynásobené koeficientem počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese za každé zajištění 0,1 úvazku lékařů nad úvazek 1,0. Vzhledem k maximální stanovené velikosti týmové praxe ve výši 3 úvazků lékařů tudíž maximální výše měsíční úhrady za jedno pracoviště týmové praxe činí 200 000 Kč. Celkové roční náklady na úhradu za týmové praxe jsou odhadovány na 300 mil. Kč.

Týmové praxe, tak jak byly navrženy účastníky dohodovacího řízení a adoptovány do vyhlášky jako podpora totožných návrhů vzešlých z tohoto řízení, jsou odlišné od konceptu sdružených praxí a multidisciplinárních center primární péče, které existují ve státech s vyspělým systémem primární péče. Zda jsou týmové praxe krokem správným směrem, nebo slepou vývojovou větví primární péče v českém zdravotním systému, bude posuzováno v následujících letech.

Do návrhu vyhlášky dále nebyla převzata úhrada tzv. „žurnální služby“, nad kterou v rámci dohodovacího řízení byla vedena diskuze. Důvodem nepřevzetí je nejasnost přínosů a nákladů této služby, především co se týče předpokládaného reálného využití ze strany pojištěnců. Ministerstvo zdravotnictví doporučuje zdravotním pojišťovnám a poskytovatelům, aby tento koncept byl nejprve otestován v rámci pilotního projektu, kde se ověří jeho přínosy a náklady. Nově je snížen limit preskripčního omezení na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech o 5 % napříč ambulantními segmenty bez dohody, a to z důvodu významného růstu objemu této péče v posledních letech. Z tohoto důvodu je pro udržitelnost systému na místě objem péče více regulovat a předcházet tak zbytným vyšetřením. Ostatní preskripční omezení zůstávají neměnná.

K § 7 a příloze č. 3

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče a poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů.

Ani segment poskytovatelů ambulantních specializovaných služeb nedospěl v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. Úhrady proto stanovilo Ministerstvo

zdravotnictví, přičemž vzhledem k možnostem systému a potřebám jednotlivých segmentů stanovené úhrady znamenají pro segment ambulantních specialistů průměrný růst cca 1 % za předpokladu plnění bonifikačních kritérií. Alokované prostředky jsou přitom směřovány do výkonů a odborností s vyšším podílem práce oproti výkonům s materiálovou nebo přístrojovou složkou, což implikuje mírný pokles pro odbornosti s vysokým podílem materiálových a přístrojových nákladů.

V části A bodu 1 písm. a) a b) vyhláška i pro rok 2025 pokračuje v podpoře duševního zdraví na základě obecné nedostupnosti této péče v posledních letech. Písmeno a) nově stanoví úhradu pro centra duševního zdraví s meziročním růstem jednotkové úhrady o 2 %. V písmenu b) dochází ke sloučení ostatních odborností duševního zdraví do jednoho ustanovení a zjednodušení způsobu stanovení úhrad. V důsledku sloučení a stanovených hodnot bodu dochází u odborností 305, 308 a 309 podle seznamu výkonů k růstu 3,6 %, odbornosti 306 podle seznamu výkonů k růstu 2,1 %, odbornosti 901 podle seznamu výkonů k růstu 2,6 %, odbornosti 931 podle seznamu výkonů k růstu 5,6 %, odbornosti 910 podle seznamu výkonů 5,3 % a odbornosti 919 podle seznamu výkonů 4,8 %. Uvedená procenta růstu mohou být dále navýšena splněním bonifikačních kritérií. Dále byla v bodu 1 stanovena hodnota bodu pro novou odbornost 008 podle seznamu výkonů.

Nově byla odbornost 407 podle seznamu výkonů vyjmuta z regulací přeřazením do bodu 1 a v roce 2025 bude tedy hrazena výkonově. Deregulace odbornosti 407 je podporou rozvoje péče, jejíž potřebnost bude podle předpokladů předkladatele v budoucnu stoupat.

Dále byla zakotvena diferenciací úhrady výkonu č. 47355 podle seznamu výkonů, která slouží jako motivace k navyšování efektivity využití přístrojové techniky a zvýšení dostupnosti hybridní výpočetní a pozitronové emisní tomografie (PET/CT) jakožto moderní medicínské technologie.

Pro výkon č. 47355 podle seznamu výkonů bude úhrada přepočítána koeficientem v závislosti na celkovém počtu těchto výkonů vykázaných za celý rok v průměru na jeden soubor přístrojového vybavení nezbytný pro provedení výkonu č. 47355. Do výpočtu koeficientu se zahrnují pouze přístroje, které poskytovatel nasmlouval před začátkem hodnoceného období, jelikož započtení přístrojů pořízených v průběhu hodnoceného období by koeficient výrazně zkreslovalo a neodráželo by skutečnou efektivitu využití přístrojové techniky, vzhledem k praktické nemožnosti využít nové přístroje po tu část hodnoceného období, která předcházela jejich pořízení.

Soubor přístrojového vybavení znamená jakýkoliv set přístrojů, který ve svém souhrnu umožňuje provedení výkonu č. 47355 (tj. např. zdroj záření transmisní, injektor CT kontrastní látky a hybridní PET/CT kamera ve svém souhrnu představují jeden soubor přístrojového vybavení). Přístrojové vybavení zahrnuje také veškeré inovativní přístroje umožňující provedení PET/CT, nezávisle na tom, zda jejich označení již bylo promítnuto do registračního listu příslušného výkonu, či nikoliv.

Při celkovém průměrném počtu výkonů na jeden soubor přístrojového vybavení menším než 1825 ročně je úhrada za výkon násobena koeficientem 0,75; při celkovém průměrném počtu výkonů na soubor přístrojového vybavení v rozmezí 1825 až 3650 ročně je uplatněn koeficient 1,00 a úhrada zůstává beze změny; a při celkovém průměrném počtu výkonů na soubor přístrojového vybavení větším než 3650 ročně je úhrada násobena koeficientem 1,02. V případě

splnění podmínek bonifikace hodnoty bodu podle písm. j) se přepočte stanovenými koeficienty úhrada v bonifikované výši.

Celková hodnota počtu vykázaných výkonů bude po skončení hodnoceného období dodána ÚZIS nebo zveřejněna v rámci resortní referenční statistiky.

Předkladatel v souvislosti s popsanou diferenciací úhrady výkonu č. 47355 podle seznamu výkonů vyzdvihuje možnost individuální dohody zdravotní pojišťovny a poskytovatele, nezávisle na textu vyhlášky, zejména stran kompenzace případných dočasných poklesů či výpadků počtu provedených a vykázaných výkonů, zapříčiněných vyšší mocí (např. povodně, epidemie apod.). Tyto mimořádné události zpravidla vyžadují dočasnou redukci péče, což může vést ke snížení koeficientu podle bodu 2 písm. i), a to bez zavinění poskytovatele a navzdory dlouhodobé efektivitě využití přístrojové techniky. Vzhledem k rozmanitému charakteru rozsahu a dopadů těchto událostí předkladatel za nejefektivnější řešení považuje úpravu těchto situací na individuální smluvní bázi.

U poskytovatelů v odbornostech upravených v bodech 2 a 3 se v roce 2025 tak jako v celém segmentu počítá s další významnou valorizací bodového ohodnocení, jejíž průměrná hodnota je v závislosti na podílu nákladových složek výkonů pro každou odbornost odlišná, ale může činit až 10,7 % u odborností bez přímých (materiálových a přístrojových) nákladů. V návaznosti na valorizaci bodového ohodnocení v rámci dohodovacího řízení byly předkládány rozmanité návrhy, kde část návrhů plně sjednocovala hodnotu bodu, čímž maximálně diferencovala růst úhrad mezi odbornostmi, a naopak část návrhů plně diferencovala hodnotu bodu, čímž sjednocovala růst úhrad mezi odbornostmi.

Ministerstvo zdravotnictví zvolilo kompromisní návrh řešení, kdy zachovává stávající rozestupy mezi hodnotami bodu u jednotlivých odborností, čímž dochází k částečné diferenciaci růstu úhrad mezi odbornostmi. Dodatečná navýšení úhrad pro odbornosti (a regiony) s omezenou nebo ohroženou dostupností péče pak mohou realizovat zdravotní pojišťovny v individuálních dohodách s poskytovateli.

Nově také dochází k významným strukturálním a současně parametrickým úpravám bonifikační koeficientu navýšení ve výpočtu limitu celkové výše úhrady v bodu 3. Plná výše bonifikačních koeficientů se nově uplatní pouze tehdy, pokud v referenčním období poskytovatel definované podmínky nesplňoval. Pokud poskytovatel podmínky pro bonifikaci limitu úhrady splňoval již v referenčním období, je bonifikace pouze částečná, jelikož kumulování plné výše bonifikace by mělo exponenciální efekt na celkový limit úhrady, a poskytovatel již má limit navýšený aplikací bonifikace v referenčním období, což se v případě, že naplnil tento limit produkcí, promítne i do období hodnoceného. V případě, že poskytovatel kritérium pro bonifikaci splňoval v referenčním období, ale v hodnoceném již ji nesplňuje, lze předpokládat, že mu výrazně pomaleji poroste úhrada, a koeficient je v takovém případě stanoven jako záporný, nicméně v částečné výši oproti plné výši kladného koeficientu a oproti koeficientu aplikovanému v referenčním období. I přes zpřísnění bonifikačních koeficientů předpokládá předkladatel, že v segmentu ambulantních specialistů bude pokračovat přirozený růst objemu péče a ošetřených pacientů.

Zároveň dochází k navýšení růstových koeficientů PURO v písmenu f) u odborností, které významně kultivovaly své stěžejní výkony. Bez tohoto navýšení by kultivace výkonů nebyla promítnuta do úhrady právě z důvodu regulace skrze PURO. Jedná se ale pouze o zohlednění kultivace výkonů v seznamu výkonů, která bude pro dotčené odbornosti platit pouze do té doby,

než se kultivace v budoucnu plně promítne do referenční úhrady. Dále pak v návaznosti na zohlednění různých temp růstu počtu bodů dochází k úpravě růstu jednotlivých odborností modifikací koeficientu navýšení kladným nebo záporným koeficientem, za účelem částečného promítnutí růstu počtu bodů do růstu úhrad, přičemž u odborností s kultivací výkonů je tento koeficient již započten v písmenu f).

Bonifikační kritéria byla v závislosti na podnětech z dohodovacího řízení na rok 2025 upravena u bonifikace na základě rozsahu ordinačních hodin – zde dochází k dodatečné diferenciaci navýšení u poskytovatelů, kteří splňují podmínky uvedené v textu bonifikace ve větě první a těch poskytovatelů, kteří zároveň poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně. Rovněž dochází k rozdělení bonifikace s kritérii pro nové pojištěnce a objednávkový systém. Mimo tyto změny zůstala bonifikační kritéria identická s nastavením v roce 2024.

Vzhledem k velké různorodosti růstu jednotlivých odborností v důsledku zvoleného kompromisního řešení promítnutí změn seznamu zdravotních výkonů, není vhodné stanovit celému segmentu jednotně vyšší předběžných měsíčních úhrad. Předkladatel se inspiroval úpravou u akutní lůžkové péče, kde vyšší zálohy stanoví zdravotní pojišťovna podle očekávané celoroční úhrady konkrétního poskytovatele jemu na míru. U nemocnic se toto řešení záloh osvědčilo a ze strany poskytovatelů na něj nejsou žádné stížnosti, lze proto předpokládat, že bude stejně dobře fungovat i v případě ambulantních specialistů.

Nově je limit preskripčního omezení na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech snížen o 5 % napříč ambulantními segmenty bez dohody, a to z důvodu významného růstu objemu této péče v posledních letech. Z tohoto důvodu je pro udržitelnost systému na místě objem péče více regulovat a předcházet tak zbytným vyšetřením. Ostatní preskripční omezení zůstávají neměnná.

Dále byla v návaznosti na navýšení kompetencí v oblasti preskripce v primární péči zpřísněna i regulace preskripce ambulantních specialistů o 5 %. Předkladatel předpokládá, že navýšením kompetencí postupně dojde k přesunu části preskripce do primární péče a pro zachování účinnosti regulace v segmentu ambulantních specialistů je tudíž třeba zpřísnit tuto regulaci. U odborností a léčivých přípravků, kde k navýšení příslušných kompetencí v primární péči nedochází, mohou zdravotní pojišťovny v individuálních dohodách preskripční omezení navýšit.

Obě regulační omezení tak nyní odpovídají regulačním omezením v segmentu gynekologie a nemocnic a jsou nastaveny rovné regulační podmínky.

K § 8 a příloze č. 4

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů. Segment poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb dospěl v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. Znění vyhlášky tak vychází z dohody, která představuje růst úhrad přibližně o 1 %.

Hodnota bodu je v souladu s dohodou stanovena na 1,01 Kč, což reflektuje změny v důsledku inflační valorizace kalkulace v seznamu výkonů. Maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce je omezena průměrnou úhradou v referenčním období a zároveň je poskytovateli umožněn růst úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 5 % průměrné úhrady na

unikátního pojištěnce v referenčním období. Na stejné úrovni jako v roce 2024 je pak zachována bonifikace pro poskytovatele, jejichž lékaři jsou držiteli dokladu celoživotního vzdělávání, disponují rozšířenou dostupností ordinálních hodin, dále pokud je poskytovateli udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a rovněž pokud poskytovatel doloží, že dané zařízení splňuje stanovená kritéria kvality certifikátu ISO 9001.

Za účelem rovnosti mezi segmenty primární péče byla navýšena úhrada za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnců ode dne dovršení 18 let totožně jako v segmentu poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, tj. z 83 Kč na 85 Kč, což zejména pro odbornost 603 představuje meziroční růst této složky úhrady oproti roku 2024 o 2,4 %.

Rovněž nad rámec dohody má na poskytovatele zejména v odbornosti 604 dopad zvýšení hodnoty bodu pro bonifikační výkony za péči o děti a mladistvé (výkony č. 09555, 09556 a 09557 podle seznamu výkonů) z 1,04 Kč na 1,06 Kč (srov. § 18 odst. 2), což představuje meziroční růst této složky úhrady oproti roku 2024 o 1,9 %.

V rámci bonifikace cílené na podporu preventivních prohlídek zaměřených na včasný záchyt závažných onemocnění je pro výkony č. 63021 navýšena úhrada o 50 % a pro výkony č. 63050 o 25 %, přičemž se tyto hodnoty uplatní u poskytovatelů, kteří preventivní prohlídku vykonali u alespoň 45 % svých registrovaných pojištěnek, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku. Věková hranice 70 let byla do návrhu vyhlášky doplněna na základě dohody v segmentu a jejím cílem je zejména podpořit poskytovatele, kteří v péči registrují větší podíl pojištěnek starších 70 let. Předkladatel zdůrazňuje, že preventivní gynekologické prohlídky jsou důležité v každém věku. Nicméně, předkladatel nemohl pominout, že dosavadní právní úprava podle poskytovatelů i zdravotních pojišťoven vedla k nedůvodnému znevýhodnění poskytovatelů, kteří pečují o pojištěnky vyššího věku, s ohledem na nižší motivaci této demografické skupiny k účasti na preventivních prohlídkách, navzdory adresnému zvaní. Praktické zkušenosti ukázaly, že stávající právní úprava mohla poskytovatele spíše motivovat k tomu, aby upřednostňovali registraci mladších pojištěnek, za účelem snadnějšího splnění podmínek pro uvedenou bonifikaci, což představovalo nežádoucí incentivu. Lze očekávat, že i tato změna povede k mírnému růstu úhrad, jelikož podmínky pro předmětnou bonifikaci díky ní splní vyšší podíl poskytovatelů.

Úhrady za péči o registrované těhotné pojištěnky jsou i nadále stanoveny třemi balíčkovými úhradami podle fáze probíhajícího těhotenství (trimestrů). Pro úhradu musí zároveň poskytovatel splnit předem dohodnutá kritéria. Oproti dohodě byla totožně jako v předchozích letech upravena textace jednotlivých dohodnutých balíčkových úhrad, avšak význam zůstává stejný, jak je vyjádřen v dohodě. Úhradová vyhláška totiž nemůže odkazovat na výkony, které nejsou zařazeny do seznamu výkonů, proto je pouze stanovena hodnota těchto balíčků v korunách a dohodnuté podmínky (například nutnost vykázaní signálního kódu) budou muset být stanoveny v úhradových dodatcích mezi zdravotní pojišťovnou a daným poskytovatelem.

Z definice průměrné úhrady za hrazené služby v referenčním období byly na základě dohody segmentu vypuštěny individuálně smluvně sjednané úhrady, jelikož praktické zkušenosti poukázaly na komplikace spojené s rozmanitou interpretací tohoto pojmu; ve zbytku zůstává vymezení obsahově totožné jako v předchozích letech, pouze byla upravena textace ustanovení. Hrazené služby jsou definovány primárně odkazem na body 1 až 4, tudíž se do průměrné úhrady

ani nadále nezapočítává úhrada vykázané epizody péče v souvislosti s klinickým vyšetřením (výkon č. 09543), neboť tyto jsou hrazeny podle bodu 11. V rámci proměnné průměrné úhrady za zdravotní služby je i nadále omezeno zahrnutí ZULP používaných k anti-D imunizaci Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a očkovacích látek proti infekcím HPV hrazených podle sdělení Ministerstva zdravotnictví č. 474/2021 Sb. (zpravidla u osob ve věku 11 až 15 let), což bylo nově upřesněno v bodě 6 a vypuštěno z bodu 5. Celkovou výši maximální úhrady dále ovlivňuje několik proměnných. První z nich je index genetických vyšetření, který zohledňuje poměr těhotných pojištěnek, na které byla vykázána genetická vyšetření v odbornostech 208 nebo 816 podle seznamu výkonů. Druhý z nich je pak index ultrazvukových vyšetření. Oba indexy zůstávají v souladu s dohodou v nezměněné podobě.

V souladu s dohodou byla z textu vyhlášky vypuštěna bonifikace za elektronickou preskripci (původně zakotvena v části A, bodě 14 přílohy č. 4), jejíž výše v roce 2024 činila 1,70 Kč za každou uznanou položku na elektronickém receptu.

Úhrada služeb asistované reprodukce (IVF) probíhá i nadále přes domluvené balíčky ve stávající skladbě balíčkových úhrad vybraných hrazených služeb IVF.

K § 9 a příloze č. 11

Stanoví se výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství. V příloze č. 11 je seznam výkonů poskytovatelů v oboru zubního lékařství s cenami těchto výkonů a stanovení agregované úhrady za registrovaného pojištěnce.

Znění vyhlášky odpovídá uzavřené dohodě zástupců poskytovatelů a zdravotních pojišťoven z dohodovacího řízení. Podle modelace Ministerstva zdravotnictví se meziroční růst jednotkových úhrad vyplývající z této pohybuje kolem 3 %. Vzhledem k tomu, že dohoda vycházela z předpokladu klesajícího trendu v celkové produkci hrazené stomatologie, lze předpokládat, že účastníci dohodovacího řízení očekávali nižší růst celkové úhrady. Ministerstvo zdravotnictví se naproti tomu domnívá, že pozitivními změnami v oblasti stomatologie včetně připravované nové zákonné úpravy bude zastaven pokles objemu péče, a proto pro rok 2025 očekává stagnaci objemu péče oproti roku 2024.

Významné změny obsažené v dohodě představuje navýšení úhrady za každoroční preventivní prohlídky, za fotokompozitní výplň u dětí, za endodontická ošetření, zavedení signálních kódů počtu plošek výplně vykazovaných k plastickým výplním na stálých zubech, zavedení kódu profylaxe před stomatologickým ošetřením a navýšení úhrady za některé další dětské výkony, např. extrakci dočasného zubu nebo sedaci nezletilého pojištěnce.

Oproti dohodě ministerstvo navýšilo úhrady za dětské bonifikační stomatologické výkony ekvivalentní k výkonům č. 09555 až 09557 podle seznamu výkonů v souladu s navýšením hodnoty bodu podle § 18 odst. 2 vyhlášky pro ostatní odbornosti u těchto výkonů, tzn. na 106 Kč, 159 Kč a 212 Kč v závislosti na věkové skupině, a úhradu za kód 00944 z 83 Kč na 85 Kč, aby odpovídala výši úhrady za epizodu péče u praktických lékařů a gynekologů.

Jedinou významnější změnou proti dohodě pak je ve veřejném zájmu provedená změna v pravidlech vykazování kódu 00968, kde byla vypuštěna věta zakazující vykazování tohoto kódu poskytovatelům lůžkové péče. Poskytovatelé lůžkové péče poskytují ambulantní stomatologickou péči pojištěncům registrovaným jinými poskytovateli, pokud se jedná o výrazně komplikované případy, které čistě ambulantní poskytovatelé z odborných důvodů

odmítnou ošetřit. Za takové situace podle předkladatele nelze nemocniční ambulance znevýhodňovat tím, že za danou péči budou mít o kód 00968 sníženou úhradu oproti ambulantním poskytovatelům, přestože jde o péči stejně náročnou. Uvedená změna nicméně nijak nepoškozuje ambulantní poskytovatele, u kterých je zachována výše úhrad podle dohody, pouze se odstraňuje nedůvodné znevýhodnění lůžkových poskytovatelů.

Současně předkladatel zdůrazňuje, že cílem této změny není směřovat běžnou stomatochirurgickou péči do nemocnic, ale pouze srovnat úhradové podmínky pro její poskytování. Proto předkladatel doporučuje, aby Česká stomatologická komora metodicky aktivněji vedla registrující stomatology k tomu, aby své pojištěnce nasměřovali v případě potřeby relativně běžných výkonů na ambulantní stomatochirurgická pracoviště, a nikoliv do nemocnic, kam nyní podle zpětné vazby od nemocničních stomatologů stále směřuje relativně velký objem pojištěnců s potřebou stomatochirurgických výkonů, které by bylo možné provést i u ambulantního poskytovatele. Ministerstvo zdravotnictví je připraveno v této věci podpořit odborný metodický postup, který běžnou péči nasměruje mimo nemocniční pracoviště.

K § 10 a příloze č. 5

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech (tj. v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů). Odbornost 819 představuje mezioborové výkony komplementu, nicméně tyto výkony nikdy nejsou vykazovány pod smluvní odborností 819, ale vždy pod jinou smluvní odborností komplementu. Aby tento postup úhrady byl ze znění vyhlášky zjevný, byla odbornost 819 vypuštěna z výčtu vyjmenovaných odborností a z dalších ustanovení vyhlášky, stejně jako není ve vyhlášce samostatně uvedena mezioborová kapitola 999 jako odbornost, a přesto jsou výkony v této kapitole seznamu zdravotních výkonů hrazeny.

Znění vyhlášky pro poskytovatele ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech vychází z mechanismů z roku 2024, s drobnými změnami v textové struktuře zejména v části A věnované radiodiagnostice, kde byla předřazena po vzoru jiných segmentů neregulovaná složka péče do bodu 2 před regulovanou péčí, která je nově upravena v bodu 3. Všechny hodnoty bodu již reflektují změny v seznamu výkonů v roce 2025 a jednotkové úhrady jsou stanoveny na úrovni roku 2024.

V subsegmentu radiodiagnostických služeb vyhláška navazuje na úhradový mechanismus, který byl uplatňován i v minulých letech, kdy výsledná úhrada je stanovena úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu, která je součtem variabilní a fixní složky úhrady, přičemž variabilní složka úhrady je závislá na poměru průměrného počtu bodů na unikátního ošetřeného pojištěnce v referenčním a hodnoceném období. Výkony související se screeningovými vyšetřeními a výkony klasické skiografie zůstanou zachovány výkonově s upravenou hodnotou bodu.

Základní hodnota bodu v subsegmentu radiodiagnostických služeb může být zvýšena o 0,02 Kč, pokud poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně (resp. 70 hodin v případě CT a MR).

V subsegmentu laboratorních služeb vyhláška navazuje na úhradový mechanismus z minulých let, tj. výkonový způsob úhrad se stanovením maximální úhrady se změnou ve struktuře bodově

hodnocených výkonů. Mechanismus výpočtu PURO determinující maximální celkovou výši úhrady pro rok 2025 je upraven z důvodu výrazného snížení počtu bodů výkonu č. 81681 podle seznamu výkonů, což je třeba zohlednit i ve výpočtu úhrad. Nově je referenční hodnota PURO očištěna o úhradový dopad změny počtu bodů tohoto výkonu (kalkulovaný jako rozdíl počtu bodů se zohledněním změn v hodnotě bodu a dále se zohledněním reálné hodnoty bodu poskytovatele v referenčním období). Zároveň je koeficient růstu stanoven relativně restriktivně a reaguje na významný přirozený růst objemu péče segmentu v posledních letech, na který bylo reagováno zpřísněním regulačních omezení na vyžádanou péči u indikujících ambulantních segmentů. I přes zpřísnění regulace Ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že přirozený růst segmentu bude kolem 3,5 % meziročně. Tomu je přizpůsobena výše měsíční předběžné úhrady, která je vůči úhradě referenčního období navýšena o 9 %, což zohledňuje zejména právě nárůst objemu péče.

Dále dochází ke sjednocení hodnoty bodu pro nové, novelizované a vyjmenované výkony v bodě 2 písm. a) na 1 Kč. Výkony, které se nezahrnou do vzorce maximální výše úhrady, zůstávají jednotně v bodu 1. Hodnoty bodu podle bodu 1 byly upraveny podle stanoveného růstu. V případě bodu 2 písmene b) pak pokračuje diferenciací hodnoty bodu dle různých odborností, aby byl zohledněn dopad seznamu zdravotních výkonů. Zachován je úhradový vzorec pro poskytovatele, u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu pod hodnotu minimální hodnoty bodu tak, aby bylo zajištěno, že poskytnutá péče bude uhrazena alespoň tak, aby byly pokryty náklady na ni vynaložené a zároveň přiměřený zisk.

V případě ošetření zahraničních pojištěnců laboratorními odbornostmi se hodnota bodu stanoví identicky jako u českých pojištěnců.

K § 11 a příloze č. 6

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní a domácí péče v odbornostech 914, 916, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů. V tomto segmentu nebylo dosaženo dohody v rámci dohodovacího řízení. Segmentu jako celku se navrhuje jednotkové úhrady cca o 0,5 % vyšší než v roce 2024, ovšem s tím, že tento růst směřuje zejména do přepravy zdravotnických pracovníků, kde je meziroční růst 5 %, do domácí paliativní péče v odbornosti 926 s růstem cca 3 % a péče porodních asistentek s meziročním růstem 5 %. Současně předkladatel očekává přirozený růst segmentu v souladu s dlouhodobým trendem růstu objemu péče ve vlastním sociálním prostředí, v celkovém objemu tedy je očekáván růst úhrady segmentu o cca 3 procenta.

V části A je pro výkony přepravy hodnota bodu navýšena na 1,26 Kč. Pro poskytovatele ambulantní péče je hodnota bodu stanovena pro odbornost 914 na 0,98 Kč, pro odbornost 916 na 0,90 Kč. Pro domácí péči v odbornosti 925 je hodnota bodu stanovena na 0,98 Kč, což představuje úhradu na úrovni roku 2024, a pro odbornost 921 byla hodnota bodu vzhledem k podobnosti této péče zcela srovnána s hodnotou bodu odbornosti 925, což v této odbornosti představuje růst 5 %. Je zachována bonifikace za náročnou péči u odbornosti 925, a pokud podíl unikátních ošetřených pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z vyjmenovaných diagnóz podle mezinárodní klasifikace nemocí překročí 35 %, navýší se hodnota bodu odbornosti 925 podle seznamu výkonů o 0,07 Kč.

Regulační omezení je opět stanoveno maximální úhradou, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce

v referenčním období a dále násobeno indexem navýšení 1,05, který spolu s bonifikacemi umožní meziroční růst segmentu o stanovené procento. Výpočet celkové výše úhrady bude i nadále zahrnovat zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců. Výpočet celkové výše úhrady se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců.

Stále je ponecháno zohlednění úhrady za péči o pacienty v terminálním stavu u odbornosti 925 podle seznamu výkonů nad rámec maximální úhrady, tak aby byla podpořena možnost péče o pojištěnce v terminálním stavu v domácí péči. Nově je zároveň deregulováno poskytování péče pojištěncům na domácí umělé plicní ventilaci.

Limit celkové výše úhrady je navýšen, stejně jako v ostatních segmentech, částečně plošně a částečně ve vazbě na splnění kvalitativních kritérií. Při plnění kvalitativních kritérií dochází ke zvýšení limitu celkové výše úhrady v případě, že podíl pojištěnců s vykázanými výkony v době mezi 22 a 6 hodinou a v den pracovního klidu nebo pracovního volna je alespoň 25 %, dále v případě, že podíl vybraných materiálových výkonů je alespoň 35 % a dále v případě, že podíl počtu ošetřených s vybranými diagnózami překročí 25 %. Plná výše těchto koeficientů se nicméně nově uplatní pouze tehdy, pokud v referenčním období poskytovatel podmínky nespĺňoval. Pokud poskytovatel podmínky pro bonifikaci limitu úhrady splňoval již v referenčním období, je bonifikace pouze částečná, jelikož kumulování plné výše bonifikace by mělo exponenciální efekt na celkový limit úhrady, a poskytovatel již má limit navýšený aplikací bonifikace v referenčním období, což se v případě, že naplnil tento limit produkcí, promítne i do období hodnoceného. V případě, že poskytovatel kritérium pro bonifikaci splňoval v referenčním období, ale v hodnoceném již ji nespĺňuje, lze předpokládat, že mu výrazně pomaleji poroste úhrada a zároveň přijde o bonifikaci na hodnotě bodu, a koeficient je v takovém případě stanoven jako záporný, nicméně v částečné výši oproti plné výši kladného koeficientu a oproti koeficientu aplikovanému v referenčním období.

V rámci úhrad zdravotních služeb v odbornosti 926 podle seznamu výkonů podle části B budou výkony č. 80088, 80089, 80090 a 80091 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu 1,18 Kč, přičemž maximální celková výše úhrady za tyto výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů i nadále vychází z toho, že průměrně by měla být tato péče poskytována nejvýše 30 dnů u dospělých a 180 dnů u dětských pacientů. Nově se nicméně tento limit neuplatní, pokud poskytovatel v hodnoceném období ošetřil 5 nebo méně pojištěnců dané zdravotní pojišťovny. Obdobně jiným odbornostem platí, že při nízkých počtech pojištěnců může limit úhrady velmi negativně ovlivnit jeden pojištěnec, který se velmi vymyká standardním úhradovým průměrům, a při velmi nízkých počtech pojištěnců je tedy vhodné regulaci neuplatňovat.

Nově je do bodu 4 písm. a) vložena minimální hranice 1 pojištěnce pro neuplatnění srážky za péči mimo odbornost 926 pro ty případy, kdy poskytovatel ošetřil za hodnocené období méně než 10 unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny, a tedy by 10 % bylo méně než 1 pojištěnec. Protože domácí paliativní péče po odborné stránce má podle Standardů mobilní specializované paliativní péče z roku 2019 zahrnovat i další profese, které nicméně nejsou kalkulovány ve stávajících výkonech podle seznamu výkonů, je část navýšení úhrad odbornosti 926 podle seznamu výkonů z důvodu podpory kvality této péče i v roce 2025 navázána na přítomnost dvou nejdůležitějších z těchto povolání, a to klinického psychologa či psychoterapeuta a zdravotně sociálního pracovníka.

Celkem představuje jednotkový růst úhrad odbornosti 926 cca 3 %, přičemž se předpokládá rovněž další růst počtu ošetřených pojištěnců, a tedy i objemu péče.

K § 12 a příloze č. 7

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů. V segmentu nebyla uzavřena dohoda a znění vyhlášky stanovuje jednotkový růst úhrad na 2 %. Dále Ministerstvo zdravotnictví odhaduje přirozený růst segmentu cca ve výši 3 %, v návaznosti na zvyšující se poptávku po rehabilitační péči.

V odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů bude pokračováno v užívání úhradového mechanismu používaného i v minulých letech. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, které nejsou dotčeny valorizací počtu bodů, se hodnota bodu navyšuje na 1,26 Kč, u ostatních výkonů dochází k úpravě hodnoty bodu na 0,74 Kč v návaznosti na růst počtu bodů v seznamu výkonů. Index navýšení byl upraven na 1,08. V roce 2025 budou opět zohledněni mimořádně nákladní pacienti. Jedná se o snahu podpořit péči o komplikované pacienty, kteří vyžadují opakované a finančně náročné ošetření, které významně překračuje průměrnou finanční náročnost péče o pacienty.

Celková výše úhrady bude nadále navýšena částečně plošně a částečně koeficientem navýšení, který zohledňuje dohodnutá kvalitativní kritéria: 1) podíl počtu výkonů fyzikální terapie bez nutnosti aktivní přítomnosti fyzioterapeuta po celou dobu trvání výkonu bude menší než 50 %; 2) počet vykázaných výkonů č. 21221 nebo 21415 podle seznamu výkonů na celkovém počtu výkonů bude nejméně 14 %; 3) podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vybranými diagnózami na celkovém počtu ošetřených pacientů překročí 5 % a 4) pokud alespoň 50 % pracovníků poskytovatele je držiteli dokladu o celoživotním vzdělávání. Celkové navýšení za bonifikační kritéria může dosáhnout až 16 %.

Plná výše těchto koeficientů se nicméně nově uplatní pouze tehdy, pokud v referenčním období poskytovatel podmínky nesplňoval. Pokud poskytovatel podmínky pro bonifikaci limitu úhrady splňoval již v referenčním období, je bonifikace pouze částečná, jelikož kumulování plné výše bonifikace by mělo exponenciální efekt na celkový limit úhrady, a poskytovatel již má limit navýšený aplikací bonifikace v referenčním období, což se v případě, že naplnil tento limit produkcí, promítne i do období hodnoceného. V případě, že poskytovatel kritérium pro bonifikaci splňoval v referenčním období, ale v hodnoceném již ji nesplňuje, lze předpokládat, že mu výrazně pomaleji poroste úhrada, a koeficient je v takovém případě stanoven jako záporný, nicméně v částečné výši oproti plné výši kladného koeficientu a oproti koeficientu aplikovanému v referenčním období.

Pro rok 2025 je zachován seznam hlavních diagnóz, které jsou hrazeny výkonově bez regulace. Cílem je pokračovat v motivaci poskytovatele k poskytování komplikovanějších služeb bez hrozby finančních regulací a současně zlepšit dostupnost těchto služeb. Dále zůstává z limitace úhrady vyčleněna přeprava v rámci návštěvní služby.

K § 13 a příloze č. 8

U poskytovatelů dialyzační péče nebylo dosaženo dohody v dohodovacím řízení. Znění vyhlášky pro tuto část je téměř identické s předchozím rokem, upraveny jsou pouze základní hodnoty bodu v souladu s bodovým růstem. Bonifikační kritéria včetně hodnot však zůstala beze změny, v segmentu dialyzační péče bude pokračováno v zavedeném hodnocení kvality,

kteří je založeno na reportování a vyhodnocení dat dialyzovaných pacientů. Data o kvalitě budou nadále reportována podle individuální dohody zdravotní pojišťovny a poskytovatele v rámci úhradových dodatků. Zároveň je ze strany zdravotní pojišťovny vyhodnocováno, zda daný poskytovatel plní stanovená kvalitativní kritéria.

K § 14

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče.

U segmentu zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče byl stanoven základní růst úhrady za zdravotní a dopravní výkony ve výši 2 %. Výše hodnoty bodu reflektuje změny v seznamu výkonů u části výkonů. Zároveň dochází k navýšení úhrady za výjezd zdravotnické záchranné služby ve výši 1 550 Kč za účelem zachování poměru financování mezi kraji a zdravotními pojišťovnami na vzájemně vyrovnané úrovni.

K § 15

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby.

V segmentu zdravotnické dopravní služby je růst stanoven ve výši 2 %.

K § 16

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby ve výši 1,14 Kč, což představuje meziroční růst výše úhrady o 2,2 %.

Od roku 2025 se také počítá s novou koncepcí výkonů vykazovaných při poskytování hrazených služeb tzv. mimo běžnou ordinační dobu. Výkon lékařské pohotovostní služby u poskytovatele lůžkové péče (č. 09563) bude možné vykazovat pouze na pracovištích lékařské pohotovostní služby ve smluvní odbornosti 003. V případě poskytování péče na urgentním příjmu bude poskytovatel vykazovat výkony urgentního příjmu, přičemž s výjimkou výkonu triáže (č. 06720) nelze výkony urgentního příjmu vykazovat společně s výkonem č. 09563, jelikož v rámci triáže má být rozhodnuto, zda pojištěnec bude směřován na lékařskou pohotovostní službu, nebo mu bude poskytnuta péče přímo na urgentním příjmu, nebo bude směřovat na jiné specializované pracoviště nemocnice. Při ošetření na specializovaném pracovišti mimo urgentní příjem a lékařskou pohotovostní službu bude poskytovatel v době od 16 do 7 hodin, o víkendech a ve svátek oprávněn vykazovat nový výkon č. 09581. V rámci urgentního příjmu, lékařské pohotovostní služby i specializovaného pracoviště bude možné vykazovat výkon č. 09580 v noci od 22 do 7 hodin a o svátcích a víkendech.

Pro stanovení výše úhrady hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se použije § 9.

K § 17

Stanoví se výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče a péče v ozdravovnách.

Výše úhrady je stanovena na růst o 3 %, analogicky s poskytovateli následné lůžkové péče. U tohoto segmentu je očekáván pokles objemu péče z důvodu kompetenčních sporů mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty při indikaci této péče.

K § 18

Odstavec 1: V ambulantní specializované péči a nemocničních ambulancích se stále uplatní navýšení úhrady za klinická vyšetření.

09543: Jde o základní výkon navýšení úhrady za klinické vyšetření používaný pro péči o dospělé pojištěnce mimo odbornosti primární péče. Základní úhrada za tento výkon je pro rok 2025 stanovena na výši 53 Kč (hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč), tzn. meziroční růst o 2 %. Odchylně je úhrada stanovena pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči s růstem 2,7 % oproti úhradě roku 2024.

Odbornosti primární péče, tzn. všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie, dětská gynekologie a zubní lékaři, postupují podle vlastních ustanovení.

Odstavec 2: Ustanovení obsahuje výkony bonifikující klinická a některá další vyšetření a ošetření dětí. Jedná se o tyto výkony:

09557: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 12 do 18 let s bodovou hodnotou 100 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,06 Kč a úhradou pro rok 2025 ve výši 106 Kč.

09556: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 12 do 18 let s bodovou hodnotou 150 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,06 Kč a úhradou pro rok 2025 ve výši 159 Kč.

09555: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku do 6 let s bodovou hodnotou 200 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,06 Kč a úhradou pro rok 2025 ve výši 212 Kč.

Podrobněji viz vyhlášku č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Odstavec 3: Ustanovení stanoví úhradu za výkon č. 09580 bonifikující péči na urgentním příjmu, v rámci lékařské pohotovostní služby a v rámci jiného pracoviště nemocnice, a to v případě práce v noci, v době pracovního klidu nebo pracovního volna. Výkonu je úhrada navýšena o 2 % na hodnotu bodu 1,02 Kč v roce 2025. Nově je do ustanovení zahrnutý i nový výkon č. 09581, který bonifikuje práci v nemocnici mimo urgentní příjem a pohotovostní službu, a to ve večerních a nočních hodinách, v sobotu, neděli a ve svátek, a to se shodnou hodnotou bodu jako výkon č. 09580.

Odstavec 4: Ustanovení stanoví úhradu pro výkon č. 09990, bonifikující péči o některé osoby zbavené osobní svobody podle trestněprávních předpisů. Jelikož jde o signální výkon bez bodové hodnoty, je výkon ohodnocen pevnou částkou 36 Kč, jde o navýšení cca 2,9 %.

Odstavec 5: Stejně jako výkon č. 09543, všechny zahrnuté bonifikační výkony se uplatní (s jednou definovanou výjimkou podle odstavce 1) pouze mimo lůžkovou a jednodenní péči, a současně se nezapočítávají do limitací celkové výše úhrady.

K § 19

V segmentu lékárenské a klinicko-farmaceutické péče byla uzavřena dohoda, v souladu s níž vyhláška za signální výkon č. 09552 (výdej léčivého přípravku) stanoví úhradu ve výši 32 Kč, což v kombinaci s přirozeným růstem objemu léků na recept a marží z nich plynoucích představuje meziroční nárůst úhrad poskytovatelů lékárenské péče o více než 5 %. Lékárenství je tak dle dohody z dohodovacího řízení segmentem s vůbec nejvyšším nárůstem úhrad pro rok 2025 a pro zdravotní pojišťovny zjevnou prioritou hodnou podpory. Dále po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli lékárenské péče 16 Kč za každé převedení listinného receptu (včetně receptu s modrým pruhem) do elektronické podoby, stejně jako tomu bylo v roce 2024.

K § 20 a příloze č. 13

Úhrada jednodenní péče v roce 2025 dozná řady změn. Jednak vzhledem k aktualizaci relativních vah CZ-DRG a centrální základní sazby, ze kterých je úhrada jednodenní péče odvozena, dochází k přepočtu výše úhrady jednotlivých jednodenních výkonů. Tento výpočet je zároveň plně sjednocen a vždy zahrnuje náklady na ZUM, ZULP, vyžádanou péči, operační sály a 1 standardní ošetrovací den (v roce 2024 to u některých výkonů bylo 1,5 dne).

Dále u některých skupin jednodenní péče (především ortopedie, ale také chirurgie), které v roce 2024 obsahovaly agregaci různorodých výkonů, dochází v roce 2025 k disagregaci a separátnímu stanovení úhrady dle konkrétního výkonu, který se bude používat pro úhrady v rámci jednodenní péče (u těchto disagregovaných výkonů je pak pro upřesnění uvedeno, že nemohou být vztaženy na úhradu akutní lůžkové péče).

Zároveň je vždy stanovena i průměrná úhrada za celou skupinu výkonů, která se použije jako minimální úhrada přepisující dolní outlier v rámci systému CZ-DRG pro úhradu akutní lůžkové péče (což je opět výslovně vyjádřeno). U této agregované skupiny pak není uvedeno číslo výkonu (jelikož nebude vykazována v rámci jednodenní péče), ale je uvedena pouze DRG skupina. V některých případech tato úhrada pro celou DRG skupinu může být nižší nebo vyšší než všechny příslušné disagregované výkony, a to z důvodu, že do dané DRG skupiny spadá i řada dalších výkonů, které nejsou primárně určeny pro jednodenní péči, ale ovlivňují relativní váhu skupiny.

V odbornosti chirurgie dochází kromě rozdělení jedné jednodenní skupiny (Vysoká ligatura venae saphenae magna) dále ke kultivaci výkonů spojených s kýlou, kde stávající kategorizace jednodenních výkonů mohla odkazovat na několik variant DRG skupin. Z tohoto důvodu byla kategorizace výkonů upravena, aby primárně odrážela klasifikaci CZ-DRG a zařazení jednodenního případu do konkrétní jednodenní skupiny by mělo kopírovat pravidla pro tuto klasifikaci.

Dle nepsané dohody v rámci dohodovacího řízení v segmentu gynekologie je oblast gynekologických jednodenních výkonů totožná s rokem 2024, pouze byla rekalkulována výše úhrady výkonů.

V roce 2025 dále dochází k zařazení nových výkonů a odborností do jednodenní péče, konkrétně se jedná o oblast intervenční kardiologie, na které byla shoda v rámci dohodovacího řízení, a dále pak dochází k rozšíření v oblastech ORL nebo proktologické chirurgie. U kardiologie podobně jako u oblasti chirurgie kýly stávající kategorizace jednodenních výkonů neodpovídá klasifikaci CZ-DRG, ze které jsou kalkulovány náklady, tudíž pro účely vyhlášky byla kategorizace jednodenních výkonů upravena, aby primárně vycházela z klasifikace CZ-DRG.

Pro úhradu jednodenní péče je stále určena pouze péče pro pojištěnce s ASA 1 a 2 – pojištěnci s vyšším ASA nejsou hrazeni tímto úhradovým mechanismem a jejich úhrada je na dohodě zdravotní pojišťovny a poskytovatele. Skóre ASA je označeno kódy U54.1 a U54.2 podle MKN-10. U pojištěnců ošetřených v lokální anestezii, kde ASA skóre není zjišťováno, není toto skóre podmínkou vykazání. Nově se úhrada jednodenní péče vztahuje pouze na péči provedenou na operačních sálech (z jejichž nákladů v nemocničním prostředí je kalkulována) a nevztahuje se na péči prováděnou na zákrových sálkách, které mají nižší nákladovost a jiný režim práce než operační sály.

S každým výkonem jednodenní péče je poskytovatel povinen vykazat též výkon OD 00040 (ošetrovací den při jednodenní péči na lůžku), k čemuž poskytovatele zavazuje seznam výkonů.

Podmínkou jednodenní úhrady je zároveň povinnost vykazovat společně s výkonem jednodenní péče též všechny kritické výkony, které danému výkonu jednodenní péče odpovídají podle klasifikace CZ-DRG (na základě vazby na DRG skupinu v bodě 5), a dále veškeré ZUM a ZULP poskytnuté v rámci jednodenní péče. Nicméně, dosavadní praktické zkušenosti ukázaly, že plnění této povinnosti v některých případech bohužel není poskytovatelům umožněno, což by do budoucna omezovalo možnost kultivace systému jednodenní péče. Pro podporu kompletního výkaznictví je nově v příloze č. 13 zakotveno motivační ustanovení pro zdravotní pojišťovny, které však za účelem usnadnění praktické implementace zakotvuje půlroční přechodné období. Ministerstvo zdravotnictví pojišťovnám a poskytovatelům doporučuje změnit použitý doklad pro vykazování jednodenní péče na doklad lůžkové péče, případně definovat nový typ dokladu pro tuto péči.

K § 21

V souladu se zmocněním se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulačních omezení na celý kalendářní rok, a proto se nabytí účinnosti této vyhlášky stanoví k 1. lednu 2025.

Příloha: Seznam zkratk a použitých pojmů

ASA 1	Doplňkový kód podle „American Society of Anesthesiologists“ – pacient bez komplikujícího onemocnění
ASA 2	Doplňkový kód podle „American Society of Anesthesiologists“ – pacient s lehkým onemocněním bez omezení výkonosti
Casemix index poskytovatele	Ukazatel náročnosti hospitalizačních případů daného poskytovatele
CT	Výpočetní tomografie
CZ-DRG	Klasifikační systém pro akutní lůžkovou péči v ČR založený na tzv. Diagnosis Related Groups, volně přeloženo skupinách klinicky příbuzných diagnóz
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
Dolní časový outlier	Případ hospitalizace, u něhož je délka hospitalizace pacienta pod spodní hranicí rozpětí obvyklé délky hospitalizace
ERN	Z angličtiny „European Reference Networks“ – Evropská referenční síť pro vzácná onemocnění
Generifikace	Proces, při kterém se originální lék stává dostupným jako generický typ léku
Horizon scanning	Metoda systematického zkoumání informací včetně budoucích trendů a technologií
IČP	Identifikační číslo pracoviště poskytovatele přidělené VZP
IČZ	Identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb přidělené VZP
IVF	In vitro fertilizace – umělé oplodnění
KP Krit	Koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče
LPS	Lékařská pohotovostní služba

MDC 20	Klasifikační zařazení v rámci CZ-DRG do diagnostické kategorie 20 Nadužívání alkoholu, léků a drog
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů 10. revize
MR	Magnetická rezonance
Nákladový modifikátor	Úhradový mechanismus, který zohledňuje zvýšenou nákladovost poskytovatelů poskytujících nejkomplicovanější a nejvíce specializovanou péči (která není postižena v relativní váze a způsobuje na úrovni DRG skupin nákladovou heterogenitu).
NIP	Následná intenzivní péče
OD	Ošetřovací den podle seznamu výkonů (k úhradě využíván v následné a dlouhodobé lůžkové péči)
ORPHA kód	Kód pro identifikaci vzácných onemocnění podle databáze Orpha.net
PURO	Průměrná úhrada za jednoho pojištěnce v referenčním období
Risk-koridor	Risk-koridor reprezentuje míru nákladové heterogenity (směrem nahoru i dolů), která zatím není vysvětlena pomocí CZ-DRG (např. regionální cenová hladina, vícenáklady za výuku atd.)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZULP	Zvlášť účtovatelný léčivý přípravek
ZUM	Zvlášť účtovaný materiál
ZZS	Zdravotnická záchranná služba