

Příloha č. 4 k protokolu z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče

Návrh VZP ČR

DŘ na rok 2026

úhrada hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, u poskytovatelů vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona

- a) Paušální sazba za 1 den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona s výjimkou léčivých přípravků podle písmene l), výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00037, 00090, 00091, 00098 a 00099, se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2026} = (1,00 + KN) * PS_{OD,2025}$$

kde:

$PS_{OD,2025}$ je paušální sazba za 1 den hospitalizace v roce 2025 bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a z plnění kritérií odpovídajících v roce 2025 kritériím podle písmen c), d), e) podbodů ii. až iv. a písmene g), pokud byla stanovena.

KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií definovaných v písmenech c) až g).

- c) KN se navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje, zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kritérií po skončení hodnoceného období:

i. Personální zabezpečení (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti):

- (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
- (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028, 00030 a 00037,
- (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037,
- (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
- (5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030 a 00037.

ii. Technické vybavení:

- (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
- (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037.

- d) U poskytovatele, kterému byl Ministerstvem zdravotnictví schválen transformační plán v rámci reformy psychiatrické péče, se KN pro OD 00021 a OD 00026 dále navýší o následující výraz:

$$0,35 * K_{TransNLP} + BON_{Akreditace}$$

kde:

$BON_{Akreditace}$ je bonifikace za plnění kvalitativních standardů, která se stanoví ve výši 0,015, pokud poskytovatel nejpozději do 60 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovně doloží osvědčení, že po celé

hodnocené období plnil požadavky na minimální hodnotící standardy kvality a bezpečí v souladu se zákonem o zdravotních službách, a ve výši 0 v ostatních případech.

$K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu podle části A bodu 5.2.

- e) KN se navýší o
- 0,02 pro OD 00030,
 - 0,04 pro OD 00030, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína na 120 lůžek pro OD 00030,
 - 0,04 pro OD 00005, 00024 a 00037, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatric na 120 lůžek pro OD 00005 a 00024,
 - 0,25 pro OD 00005 a 00037 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 12 let, 0,75 pro OD 00024 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 6 let.
- f) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s diagnózami G35 až G37 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 65 %, KN se pro OD 00005 a 00037 navýší o 0,15.
- g) V případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných OD 00026 v referenčním období vykázaných na pojištěnce hospitalizované s hlavními diagnózami F41, F71 a F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných OD 00026 v referenčním období překročí 10 % za každou z uvedených diagnóz, KN se pro OD 00026 navýší v hodnoceném období o 0,15.
- h) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2025. Věta první se nepoužije pro OD 00099, pokud posledním OD vykázaným bezprostředně před prvním z jednoho nebo více souvisle vykázaných OD 00099 je OD 00021 nebo 00026, v takovém případě se výše paušální sazby za 1 den hospitalizace stanoví ve výši 50 % paušální sazby OD 00021, resp. 00026.
- i) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00090 a 00091 se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,90,91,2026} = 1,00 * PS_{OD,21,2025} + N_{OL}$$

kde:

$PS_{OD,21,2025}$ je paušální sazba za 1 den hospitalizace OD 00021 v roce 2025 bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a z plnění kritérií odpovídajících v roce 2025 kritériím podle písmene d).

N_{OL} je paušální částka navýšení úhrady za ochranné léčení, která se stanoví ve výši 400 Kč pro OD 00090 a ve výši 500 Kč pro OD 00091.

- j) Výše paušální sazby za jeden hospitalizace OD 00037 se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,37,2026} = ZPS_{OD,37,KP} * (1 + KN)$$

kde:

$ZPS_{OD,37,KP}$ je základní paušální sazba za 1 den hospitalizace OD 00037 v roce 2026, která se stanoví podle následující tabulky:

	Kategorie pacienta 1	Kategorie pacienta 2	Kategorie pacienta 3	Kategorie pacienta 4	Kategorie pacienta 5
$ZPS_{OD,37,KP}$	není stanovena	není stanovena	1 979 Kč	2 203 Kč	doplnit

KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií stanovených v písmenech c), e) a f).

- k) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen c) až g).
- l) Hrazené služby podle části A bodu 7.12 písm. c), pokud jsou poskytnuty během hospitalizace pojištěnce, jsou vyjmuty z úhrady podle písmen a) až k) a hradí se podle bodu 3 písm. a) této části; z úhrady podle písmen a) až k) jsou vyjmuty též zvlášť účtované léčivé přípravky ATC skupiny J07BB02, přičemž tyto léčivé přípravky uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny.

2. Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče

- a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,60 Kč pro OD 00015, 1,56 Kč pro OD 00017 a 1,54 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazuje příjmové nebo propouštěcí vyšetření, jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,43 Kč.
- b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
- d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.
- e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,31 Kč.

3. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
- b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,20 Kč.
- c) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
- d) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1...m} PUM_{ho,j} \right) * 1,03 * KN$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci j zdravotní služby v hodnoceném období.

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

j nabývá hodnot 1 až m , kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.

$PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1...n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref} je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.

$PUM_{ref,i}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci i zdravotní služby v referenčním období.

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období.

- e) U poskytovatele, u kterého nelze výši hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období

srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.

- f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 15 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.
- g) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se sjednají ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
- h) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 104 % úhrady referenčního období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.