

věc: Návrh UNIFY ČR k DŘ na rok 2026 - úhrada zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli ambulantních služeb v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2026 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 31. března 2027 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2027.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2024 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony podle seznamu výkonů neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši **0,74** Kč.

Odůvodnění: viz níže

3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 %, navýšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 o 0,07 Kč.

4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,09 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,09 + KN) \times [\max PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

kde:

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu

výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázaný v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, M75, M511, M500, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 2 a 3 včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,02 - v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21113, 21115 a 21315 podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než 50 %,

b) 0,02 - v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21221 a 21415 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší

než 14 %,

c) 0,10 - v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 %,

d) 0,02 - v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2026 doloží, že nejméně 50 % pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání Unie fyzioterapeutů České republiky, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období.

PUR_{Oo} je přepočtená průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUR_{Oo} nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, M75, M511, M500, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, a úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období, vypočtená takto:

$$PUR_{Oo} = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{(PB_{ref} * HB_{min} + KP_{ref})}{POP_{ref}} \right\}$$

UHR_{ref} je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za hrazené služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

POP_{ref} je počet unikátních pojištěnců poskytovatele v referenčním období ošetřených v rámci hrazených služeb, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

PB_{ref} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

HB_{min} minimální hodnota bodu určená pro výpočet PUR_{Oo} ve výši **0,60 Kč**.

KP_{ref} je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní

pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období u nových poskytovatelů bude použit medián v rámci ČR pro každou odbornost

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1, 2 a 3, přičemž podmínka navýšení hodnoty bodu dle bodu 3 se považuje za splněnou. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 4 a 5 nepoužijí.

7. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů.

8. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců dané zdravotní pojišťovny.

Odůvodnění:

Je navrhován stejný princip, který platí v segmentu ambulantních specialistů, ambulantních gynekologů nebo domácí zdravotní péče. Uplatnění regulačního limitu v případě ošetření malého počtu pojištěnců může vést k nespravedlivé limitaci úhrady. Z tohoto důvodu byl v jiných segmentech zaveden při ošetření malého počtu pojištěnců výkonový způsob úhrady. UNIFY navrhuje stejný systém i pro odbornost 902.

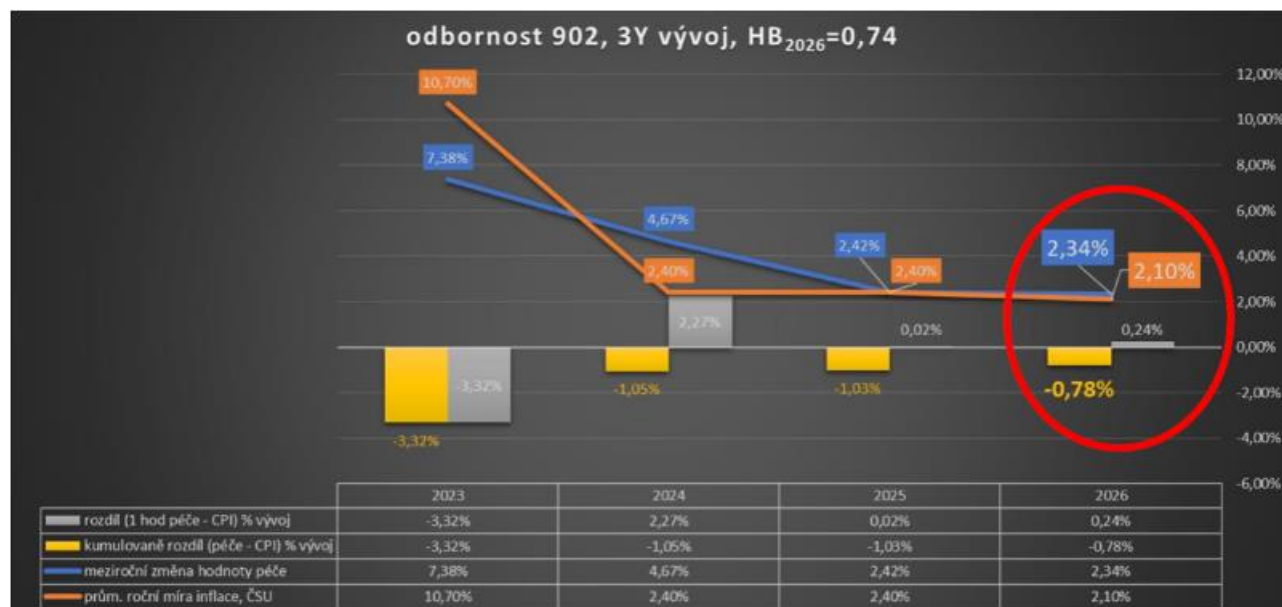
9. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 až 3. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 116% úhrady ze referenčního období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání.

Odůvodnění:

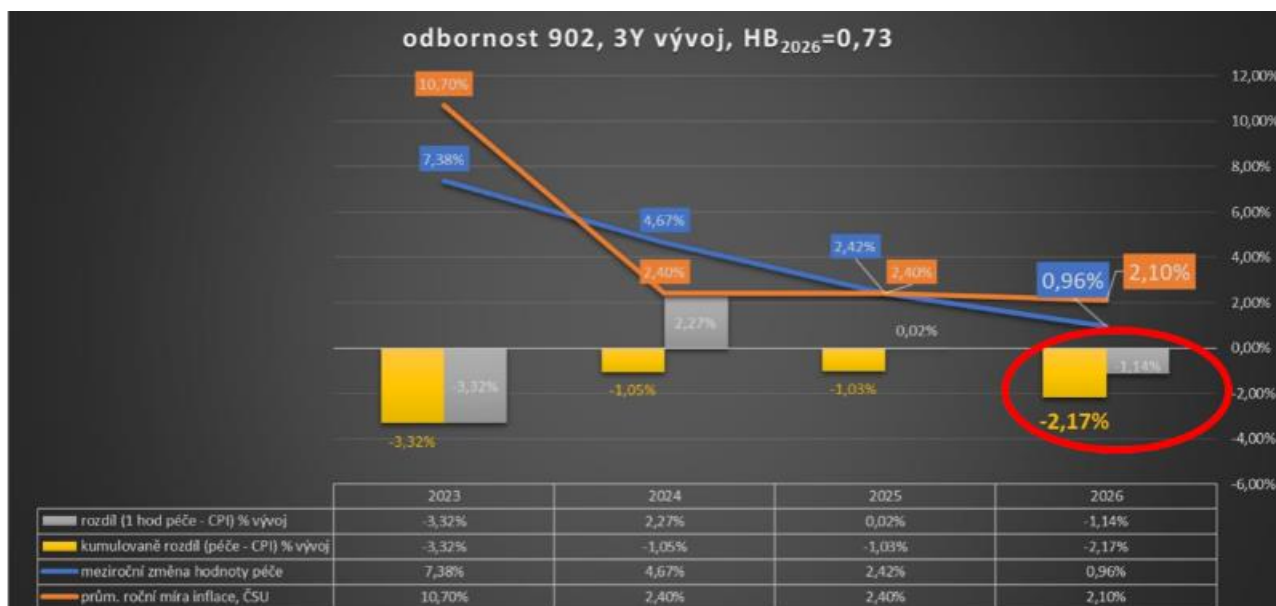
1. Bylo by možné akceptovat snížení HB s ohledem na valorizaci bodové hodnoty výkonů v SZV, pokud toto ponížení HB bude zachovávat narovnání ve vývoji inflace a hodnoty péče a nebude snižovat reálné výnosy s porovnáním minulých let.

HB 2026 = 0,74; 3 letý interval analýza; 2023-2026



Pokud by se hodnota bodu zachovala na 0,74, bylo by alespoň z části férové narovnání vývoje hodnoty péče vs. inflace, i když stále z dlouhodobého i krátkodobého vývoje bude hodnota péče zaostávat oproti inflaci v kumulativní výši 0,78%.

Příklad, jak zásadní výkyv způsobí snížení HB o 1 haléř na 0,73 Kč.



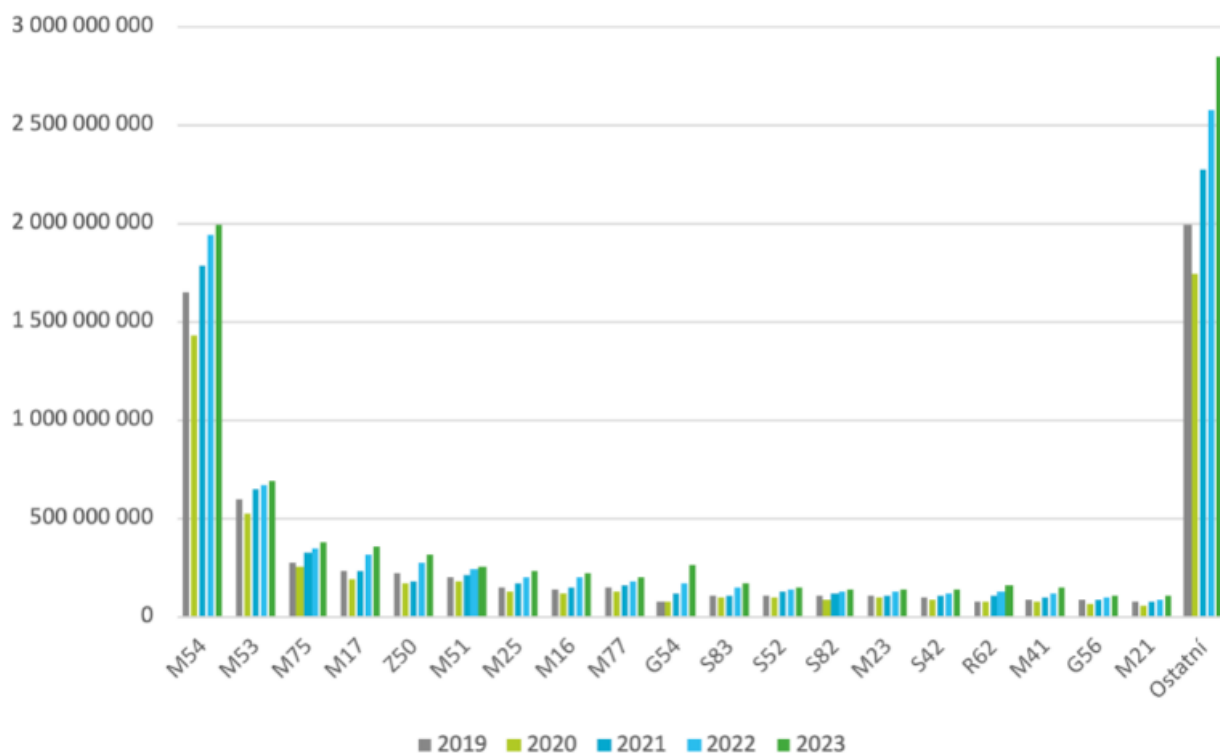
Rozdíl ve vývoji inflace a hodnoty péče se dále zvětší na rozdíl -2,17%, pokud průměrujeme za 3 roky. Takže jakékoli snižování HB už bude oddalovat vývoj hodnoty péče od vývoje cen v České republice, proto úvaha s HB pod 0,74 nám snižuje reálné výnosy oproti roku 2025.

Zásadním problémem, se kterým se poskytovatelé v odbornosti 902 dlouhodobě potýkají, je významná regulace úhrady.

Reálná úhrada, kterou zdravotní pojišťovny poskytovatelům v našem oboru hradí, je výrazně pod předpokládanou úhradou dohodnutou v úhradové vyhlášce a argument ZP, že v segmentu fyzioterapie dochází k navyšování produkce / počtu výkonů / považujeme za neférový směr k poskytovateli, pokud vynaložené náklady přechází na náklady poskytovatele. Chtěli bychom připomenout, že odbornost 902 je indikovaná péče a počet pacientů a výkonů doposud udával odesílající lékař.

2. Náklady na diagnózy M54 a M53 tvoří 30% veškeré péče a náklady na tyto diagnózy rostou. Rádi bychom diskutovali a participovali na možnostech, jak tuto péči omezit od nadbytečných výdajů z veřejného zdravotního pojištění s ohledem na zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Nejnákladnější diagnózy odb. 902 v letech



Název diagnózy	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Dorzalgie	1 643 851 187	1 434 739 431	1 786 313 494	1 942 020 845	1 996 638 779	25,4%	25,4%	25,0%	23,7%	22,3%
Jiné dorzopatie, N1	598 509 752	517 681 914	643 961 761	670 239 220	684 186 108	9,2%	9,2%	9,0%	8,2%	7,6%
Poškození ramene	269 396 690	249 001 823	321 943 507	347 964 301	377 318 805	4,2%	4,4%	4,5%	4,3%	4,2%
Artróza kolenního kloubu	231 148 727	191 733 027	229 580 491	309 526 853	351 573 942	3,6%	3,4%	3,2%	3,8%	3,9%
Péče s použitím rehabilitačních výkonů	214 606 911	172 118 805	178 551 174	272 310 131	312 473 713	3,3%	3,0%	2,5%	3,3%	3,5%
On.j. meziobratlových plotének	203 029 335	176 956 546	211 167 393	238 135 399	252 561 223	3,1%	3,1%	3,0%	2,9%	2,8%
Jiné poruchy kloubů, N1	142 180 780	125 558 555	169 620 764	201 011 345	225 206 484	2,2%	2,2%	2,4%	2,5%	2,5%
Artróza kyčelního kloubu	141 476 015	118 569 842	150 357 150	194 999 822	214 534 032	2,2%	2,1%	2,1%	2,4%	2,4%
Jiné entéropatie	141 675 589	129 032 399	158 316 801	179 468 217	198 045 400	2,2%	2,3%	2,2%	2,2%	2,2%
Nemoci nerv. kořenů a pletení	69 804 781	74 594 901	112 703 287	166 487 097	258 090 417	1,1%	1,3%	1,6%	2,0%	2,9%
Vým.,podvr.,nat.kl.,vaz.kolena	109 525 971	90 631 194	102 551 354	146 384 340	163 754 277	1,7%	1,6%	1,4%	1,8%	1,8%
Zlomenina lokte a předloktí	107 138 249	91 102 604	123 909 060	131 449 028	142 511 408	1,7%	1,6%	1,7%	1,6%	1,6%
Zlomenina bérce, vč. kotníku	100 628 581	87 910 191	117 283 480	130 914 244	140 663 227	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%
Vnitř.poruchy kolenního kloubu	104 838 168	89 727 741	102 762 517	124 807 415	138 139 999	1,6%	1,6%	1,4%	1,5%	1,5%
Zlomenina ramene a paže	92 741 344	83 421 079	101 460 101	120 393 480	140 142 563	1,4%	1,5%	1,4%	1,5%	1,6%
Ned.předp. norm. fyziol.vývoje	76 941 860	70 917 772	102 567 372	126 137 277	155 494 884	1,2%	1,3%	1,4%	1,5%	1,7%
Skolióza	84 878 914	71 469 776	93 710 971	113 173 350	142 176 768	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%	1,6%
Mononeuropatie horní končetiny	79 027 231	67 725 672	86 140 080	95 643 946	107 625 743	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
J. získané deformity končetin	68 729 729	55 474 793	73 674 708	88 236 288	99 990 546	1,1%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%
Ostatní diagnózy	1 993 920 962	1 746 194 886	2 269 371 120	2 580 507 528	2 844 108 193	30,8%	30,9%	31,8%	31,5%	31,8%
účet	6 474 050 726	5 644 567 951	7 135 946 585	8 179 810 176	8 945 236 511	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cílem UNIFY je zachování kvalitní hrazené služby pro pojištěnce, kteří péči skutečně potřebují, a udržení kvalitních fyzioterapeutů v systému hrazené zdravotní péče. Věříme, že stejný cíl mají i zdravotní pojišťovny jako plátcí služby a Ministerstvo zdravotnictví jako cenový regulátor. Je zřejmé, že bez úpravy úhradových podmínek není možné tohoto cíle dosáhnout.

Mgr. Vladan Toufar
prezident UNIFY ČR, z.s.



V Praze dne 23.5. 2025