

Důvodová zpráva

I. Obecná část

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2025 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. 289/2025 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 2026 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, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026.

1.2 Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v zákoně vydává ministerstvo vyhlášku pro rok 2026. 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 2026 probíhalo v období od 30. ledna 2025 do 19. června 2025. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě z celkového počtu 15 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,
12. skupina poskytovatelů jednodenní péče.

Z dohodovacího řízení vzešly i v segmentech bez dohody návrhy na úhradu od poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, které ministerstvo zanalyzovalo a ve vhodných případech využilo při tvorbě vyhlášky. Konkrétně ve třech segmentech (radiodiagnostika, lázně, hemodialýza) došlo ke tvorbě společných návrhů na úhrady od zdravotních pojišťoven a poskytovatelů, ačkoliv tyto návrhy následně nebyly schváleny jako dohody.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2025. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok

2025 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2025 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.

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 2026, které respektuje dohody uzavřené v dohodovacím řízení a zákonný požadavek dostupnosti, kvality a finanční stability zdravotnictví. Prioritami při tvorbě úhradové vyhlášky pro rok 2026 bylo:

- Limitace mandatorních nárůstů úhrad.
- Realizace legislativních změn v oblasti úhrad (např. stomatologie, pohotovosti).
- Snížení objemu péče s nízkou přidanou hodnotou.
- Podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů zdravotní péče, zejména primární péči (včetně prevence), následnou péči a jednodenní péči.

Zdravotní pojišťovny měly k 31. 12. 2024 zůstatky ve výši 47,7 mld. Kč a k 31. 12. 2025 se očekávají zůstatky ve výši 41,7 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) a z dalších příjmů zdravotních pojišťoven pro rok 2026 se odhadují na 556,3 mld. Kč. Predikce příjmů Ministerstva financí ze srpna 2025 predikuje příjmy ve výši 553,2 mld. Kč, které zahrnují valorizaci platby za státní pojištěnce z 2 127 Kč na 2 188 Kč od 1. 1. 2026 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 2026 o 3 mld. Kč nad úroveň predikce Ministerstva financí. Podobnou (dokonce ještě vyšší) korekci pro rok 2025 použily i zdravotní pojišťovny při přípravě svých zdravotně plánů (MF predikovalo 526,7 mld. Kč, úhradová vyhláška 529,7 mld. Kč, ZPP 531,3 mld. Kč).

Dodatečné až 4 mld. Kč příjmů z pojistného pro rok 2026 dále vyplývají ze zákona o jednotném měsíčním hlášení zaměstnavatelů, který skrze sjednocení hlášení navýší celkové daňové

a pojistné odvody. Se započtením těchto dodatečných příjmů se celkové příjmy v roce 2026 odhadují na 560,3 mld. Kč, což oproti roku 2025 znamená navýšení o 29 mld. Kč (5,5 %).

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 vynucování

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 2026 se budou vyhodnocovat dopady vyhlášky na poskytování zdravotních služeb a s přihlédnutím k závěrům 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 vyplynuly 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 zapracovány 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), pro rok 2026 například skrze nově zřízenou datovou podporu dohodovacího řízení, kde ÚZIS publikuje desítky otevřených datových sad o veřejném zdravotním pojištění.

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 nevyplyvá. 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 omezeních jinak.

S odhlédnutím od možných individuálních dohod zdravotních pojišťoven a poskytovatelů je úhradová vyhláška na rok 2026 koncipována jako významně deficitní pro systém veřejného zdravotního pojištění.

Očekávané náklady systému v roce 2026 se odhadují na 575,8 mld. Kč, z toho 555,7 mld. Kč tvoří náklady na zdravotní služby (růst o 29,7 mld. Kč) a 20,2 mld. Kč ostatní náklady včetně nákladů na provoz zdravotních pojišťoven a fond prevence (růst o 1,2 mld. Kč). Nově jsou do těchto nákladů zahrnuty i náklady na nový fond veřejně prospěšných činností a zároveň se očekává mírné navýšení fondů prevence. Celkový meziroční růst nákladů tak je odhadován na 30,8 mld. Kč (5,7 %). Deficit příjmů a nákladů pak činí 15,5 mld. Kč.

Z cashflow hlediska se pak očekávají výdaje na zdravotní služby ve výši 552,3 mld. Kč (růst o cca 29,5 mld. Kč) a celkové výdaje ve výši 572,5 mld. Kč (růst o 30,7 mld. Kč). **Deficit příjmů a výdajů pak činí 12,2 mld. Kč.**

Deficit pro rok 2026 bude financován kombinací následujících opatření:

- Snížení zůstatků na účtech pojišťoven – zůstatky pojišťoven jsou stále dostatečné na to, aby jeden poslední rok kryly deficitní financování. Zůstatky na fondech však klesnou na polovinu a nebudou tvořit ani 5 % výdajů běžného období, natož 10 %, které jsou považovány za bezpečnou hranici. Systém je tak extrémně zranitelný vůči ekonomickému příjmovému šoku. U několika pojišťoven lze očekávat zpoždování plateb poskytovatelům.
- Vyšší výběr pojistného – lze očekávat vyšší výběr pojistného, pokud dojde k dodatečnému navýšení odměňování ve veřejném sektoru, se kterým predikce MF počítá pouze částečně.

- **Dodatečné úspory na nákladové stránce** – bilance počítá pouze se skromným dopadem některých úsporných opatření (elektronické žádanky) a zároveň počítá s vysokým růstovým potenciálem některých segmentů (viz dále). Jiný vývoj těchto faktorů může znamenat dodatečné úspory. Stejně tak mohou dodatečné úspory přinést opatření zdravotních pojišťoven – od účinnější revizní činnosti přes restrukturalizaci sítě poskytovatelů až po aktivnější cenovou politiku v oblasti léčivých přípravků.
- **Vyšší dopad investic z minulých let** – cílená podpora prevence, screeningů, jednodenní péče, změn v kompetencích a podpora koordinace péče může začít přinášet významné úspory, se kterými aktuálně není počítáno – především v segmentech lůžkové péče, centrové léčby, léků na recept a ambulantní specializované péče.
- **Mimořádné navýšení platby za státní pojištěnce** – je zřejmé, že pro zabránění finančnímu kolapsu systému veřejného zdravotního pojištění a zpoždování plateb pojišťoven bude nutné v roce 2026 provést mimořádné navýšení platby za státní pojištěnce, které systém finančně stabilizuje.

Na růstu nákladů se pro rok 2026 nejvýznamněji podílejí následující položky:

- **Stomatologie** – vzhledem k novele zákona o veřejném zdravotním pojištění, konci amalgámu a hrazení moderních stomatologických metod se očekává růst nákladů o více než 5 mld. Kč (přes 25 %). Zdravotní pojišťovny odhadují až 7 mld. Kč, ale tato částka významně závisí na jejich smluvní politice a také na dosud neznámém počtu nyní nehrazených výplní používaných u smluvních poskytovatelů.
- **Praktičtí lékaři a ambulantní specialisté** – zde dochází k cílenému navyšování úhrad plynoucím z úpravy vyhlášky o preventivních prohlídkách (u praktických lékařů), zavádění pay-for-performance mechanismu a sjednocení hodnoty bodu u jednotlivých odborností ambulantních specialistů. Zvyšování podílu úhrad na primární a ambulantní péči oproti úhradám nemocnic je žádoucí. Celkově je růst těchto segmentů odhadován na více než 6 mld. Kč.
- **Náklady na následnou, dlouhodobou, domácí a sociálně-zdravotní péči** – u všech těchto nákladů je patrná jednak úhradová podpora z hlediska jednotkových úhrad, ale hlavně je v těchto segmentech významný fiskální prostor pro navyšování objemu péče a kapacit. Celkově je u těchto segmentů odhadován růst na více než 4 mld. Kč, ale je možné, že dojde k vyčerpání růstové dynamiky (např. z důvodu nedostatku sester nebo pomalé transformace lůžek) a růst bude jen poloviční.
- **Léky na recept, zdravotnické prostředky, očkování** – tyto mandatorní položky vykazují velkou růstovou dynamiku v posledních letech, která mimo jiné i souvisí s legislativními změnami (ochranné limity, změny ve zdravotnických prostředcích, monoklonální protilátky proti RS virům). MZ růst těchto segmentů odhaduje v souladu s trendy posledních let na 3,7 mld. Kč.
- **Centrové léky** – Výjimkou oproti minulým letům je nízký růst centrových léků, kde jsou realizovány významné úspory vlivem nového úhradového mechanismu cenových slev. I přes to se odhaduje růst tohoto dynamického segmentu o 4 téměř mld. Kč.

- **Nemocnice** – V segmentu poskytovatelů akutní lůžkové péče (s výjimkou centrových léků) bylo aktivně investováno do sjednocování základních sazeb nemocnic a zároveň byl vytvořen mírný prostor pro navýšení osobních nákladů. Určité náklady pak představuje i přesun financování lékařské pohotovostní služby z krajů na systém veřejného zdravotního pojištění. Celkový růst úhrad nemocnic činí 5,5 mld. Kč.

Naopak na snižování růstu nákladů se podílí stagnace úhrad v segmentu komplementu (**laboratoře, radiodiagnostika**) – v těchto v posledních letech dynamicky rostoucích oblastech dochází jednak k úhradové restrikci (např. pokles úhrad magnetických resonancí), odbourání duplicitních vyšetření vlivem elektronické žádanky (tj. pokles objemu péče) a konečně ke zpřísnění regulací (vyčerpání mechanismu PURO u laboratoří a nahrazení regresivní úhradou). Úhrada segmentu tak i přes očekávaný růst objemu péče meziročně bude stagnovat.

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

ř.	Ukazatel	Rok 2025	Rok 2026	2026/2025
		Náklady (tis. Kč)	Náklady (tis. Kč)	Celkový růst (%)
I.	Náklady na zdravotní služby celkem	525 982 919	555 658 056	5,64
1	ambulantní péče celkem	148 696 371	161 844 317	8,84
1.1	stomatologie	19 830 329	25 039 261	26,27
1.2	praktické lékařství	32 651 391	34 842 920	6,71
1.3	gynekologie	7 009 114	7 349 280	4,85
1.4	fyzioterapie	5 541 998	5 699 684	2,85
1.5	laboratoře a radiodiagnostika	20 465 041	20 370 645	-0,46
1.5.1	laboratoře a jiné	16 771 143	16 700 469	-0,42
1.5.2	radiodiagnostika	3 693 898	3 670 176	-0,64
1.6	domácí péče	5 748 613	6 411 112	11,52
1.7	ambulantní specializovaná péče	46 832 495	50 921 598	8,73
1.7.0	bez centrových léků	42 900 323	46 650 755	8,74
1.7.1	centrové léky	3 932 172	4 270 843	8,61
1.8	hemodialýza	3 464 484	3 509 477	1,30
1.9	pobyťová zařízení sociálních služeb	7 152 906	7 700 339	7,65
2	lůžková péče celkem	294 671 123	306 776 021	4,11
2.1	poskytovatelé akutní lůžkové péče	258 765 868	267 756 309	3,47
2.1.1-3	s výjimkou centrových léků	218 402 448	223 916 455	2,52
2.1.4	centrové léky	40 363 420	43 839 854	8,61
2.2	poskytovatelé následné lůžkové péče	35 905 255	39 019 713	8,67
3	lázňe	4 729 547	4 749 681	0,43
4	dopravní služba	2 413 339	2 523 923	4,58
5	zdravotnická záchranná služba	6 423 274	6 954 749	8,27
6	léky na recept	51 556 526	53 921 785	4,59
7	zdravotnické prostředky na poukaz	14 057 475	15 257 449	8,54
8	léčení v zahraničí	1 597 728	1 615 694	1,12
9	vratky	465 940	474 954	1,93
10	očkovací látky	1 290 296	1 456 151	12,85
11	ostatní náklady	81 300	83 333	2,50

Náklady na rok 2025 vychází ze zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven.

Změna jednotkových úhrad může být odlišná u jednotlivých poskytovatelů nebo zdravotních pojišťoven v závislosti na struktuře poskytované péče a historické výši úhrad. Pro konkrétní

poskytovatele může představovat i meziroční pokles úhrad, pro jednotlivé pojišťovny pak různé deficitní hospodaření.

Dopad navrhované vyhlášky na podnikatelské prostředí, pokud jde o poskytovatele zdravotních služeb, je v rozpětí od významně kladného až po částečně negativní, v závislosti na konkrétním segmentu péče a očekávaném růstu nebo poklesu úhrad. Navrhovaná vyhláška nepředpokládá žádné dopady na práva a povinnosti fyzických a právnických osob, žádné dopady na ochranu práv dětí, 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), zpracované 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.

V rámci přípravy vyhlášky nedocházelo k lobbingu ve smyslu zákona č. 168/2025 Sb. o regulaci lobbování, a z tohoto důvodu důvodová zpráva neobsahuje seznam osob, které lobbovaly v rámci její přípravy. Vyhláškou zároveň není zakládána veřejná podpora.

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 nemá 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.

Limit preskripčního omezení na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a regulační limit na preskripci byly ve většině segmentů zachovány.

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 (výkony 09543, 09555 až 09557) má stanovenou hodnotu bodu 1,12 Kč a růst o 5,7 %.

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 s vysokým podílem kapitační úhrady vykazují místo výkonu č. 09543 výkon epizody péče o dospělého pojištěnce, který má z důvodu jiné role v systému a historického vývoje úhrad v těchto odbornostech úhradu navýšenou oproti ostatním odbornostem.

Pro stomatology představují období těchto výkonů kódy 00944 (85 Kč), 00826 (106 Kč), 00907 (164 Kč) a 00906 (217 Kč) v příloze č. 11, u kterých je úhrada nastavena na základě dohody v segmentu.

Převzetí praxe

Blíže 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.

Změny screeningových výkonů

Do vyhlášky bylo doplněno u odbornosti oftalmologie zohlednění screeningových výkonů cíleného vyšetření zraku u dětí, které pokud jsou vykázány s novými signálními výkony č. 02040 nebo 02041 podle seznamu výkonů, jsou hrazeny výkonově bez započtení do objemové regulace výše úhrady.

K § 1

Definuje se okruh poskytovatelů, pro něž se vyhláškou stanoví hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení. Zpřesňuje se definice specializované ambulantní péče.

K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2024.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2026.

Významnou změnou oproti minulým obdobím je zkrácení lhůt pro zařazování, předávání a uznávání údajů za hodnocené období, které jsou souhrnně zkráceny o 1 měsíc (na 28. února dalšího roku pro vykázání zdravotní pojišťovně a na 30. dubna dalšího roku pro zpracování zdravotní pojišťovnou), aby data byla využitelnější pro dohodovací řízení, předávání na ÚZIS, tvorbu úhradové vyhlášky, přerozdělování pojistného a další procesy řízení zdravotnictví navázané na datové toky. Vzhledem k tomu, že kompletnost dat předávaných poskytovateli v dosavadních termínech je nedostatečná, což způsobuje v daty podmíněných procesech řízení zdravotnictví významné problémy, je nově zaveden koeficient snižující úhradu za hrazené služby za rok 2026 vykázané po termínu 31. března 2027 na 95 %. Lhůta 60 dnů (podle nového termínu) a minimálně 90 dnů stále bez snížení úhrady na zpracování a vykázání dávek zdravotním pojišťovnám je dostatečná a je odůvodněna veřejným zájmem. Bez kvalitních dat o hrazených službách za předchozí kalendářní rok jsou pro zdravotní pojišťovny, ministerstvo a nově i ÚZIS významně složitější všechny procesy, které tato data dále zpracovávají, v systému veřejného zdravotního pojištění jde zejména o již zmíněnou tvorbu úhradových mechanismů na následující kalendářní rok a přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Tyto procesy se v důsledku neúplnosti a pozdního vykazování dávek zdržují a snižuje se jejich kvalita. Podobně vede pozdní vykazování péče k obrovské administrativní zátěži zdravotních pojišťoven, kdy musí v podstatě kontinuálně přepracovávat vyúčtování některým poskytovatelům v jeden moment často i za několik let nazpět současně. Pozdní

vykázání samozřejmě nemůže být důvodem k neúhradě lege artis poskytnuté péče, ale může být důvodem ke snížení úhrady vzhledem k negativním dopadům, které má pozdní vykazování na celý systém veřejného zdravotního pojištění. Poskytovatelé budou mít více než rok, aby se na plnění těchto lhůt vykazování připravili.

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 zvlášť v každé odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu unikátních pojištěnců zahrne dvakrát). Do unikátních pojištěnců se pojištěnci nezahrnují, pokud jim nebyly poskytnuty hrazené služby zahrnuté do daného úhradového mechanismu, nejčastěji výpočtu celkové výše úhrady.

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. V zájmu úplného sjednocení postupu není od roku 2026 stanovena pro zahraniční pojištěnce ani konkrétní hodnota bodu a péče za tyto pojištěnce vstupuje do všech standardních úhradových mechanismů.

K § 5 odst. 1 a příloze č. 1

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli akutní lůžkové péče, následné 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 2025 s několika podstatnými změnami popsány v jednotlivých bodech níže. Celková změna úhrad pro segment poskytovatelů akutní lůžkové péče (s výjimkou tzv. centrové léčby) je odhadována na růst o cca 2,5 % a u segmentu následné péče se jedná o růst o cca 5 % (další růst vyplývá z růstu kapacit a počtu pacientů).

Mezi hlavní změny v segmentu lůžkové péče pro rok 2026 patří:

- Změna způsobu výpočtu úhrad tzv. centrových léků (zavedení mechanismu cenových slev a nadprodukce).
- Sjednocení základních sazeb pro skupiny podobných poskytovatelů.

- Vyčlenění porodů a neonatologie do péče hrazené případovým paušálem.
- Začlenění paušálních úhrad lékařské pohotovostní služby.
- Podpora provádění krátkodobých hospitalizací (pozitivní a nově i negativní motivace), nově je pro tuto oblast péče vyčleněna samostatná příloha č. 14, která umožňuje lepší rozlišení krátkodobých hospitalizací a jednodenní péče.
- Přísnější regulace ambulantní laboratorní péče.

K příloze č. 1, bodu 1.4 a příloze č. 15 – tzv. centrové léky (přípravky označené symbolem „S“)

V oblasti centrových léků dochází pro rok 2026 ke třem významným změnám v úhradě.

První změnou je zavedení mechanismu uplatňování cenových slev u jednotlivých diagnostických skupin. Poskytovatelé typicky pořizují centrové léky za nižší ceny, než za které je vykazují zdravotní pojišťovně (dle legálního mechanismu v zákoně). Objem těchto cenových rozdílů se odhaduje na cca 4 mld. Kč ročně. V rámci finanční konsolidace systému veřejného zdravotního pojištění bude polovina (tj. 2 mld. Kč) této částky v roce 2026 systému veřejného zdravotního pojištění uspořena, a to následujícím mechanismem. Pro každou diagnostickou skupinu centrových léků je vyčíslen rozdíl mezi pořizovací a vykazovací cenou a z tohoto rozdílu je stanoven tzv. index cenové slevy, který se fakticky uplatní na objem vykázaných léčivých přípravků. Tímto způsobem poskytovatel dostane uhrazení nižší částku, než je objem jím vykázané péče. Indexy cenové slevy byly kalkulovány na základě nákladových dat poskytovatelů a jsou navrženy tak, aby poskytovatelé neposkytovali centrové léky pod svými náklady.

Druhou změnou je zavedení regulované a degresivní úhrady nadprodukce centrových léků. V minulosti při překročení budgetu na centrové léky bylo nutné jednání mezi pojišťovnou a poskytovatelem ohledně navýšení budgetu. Nově při mírném překročení bude úhrada navýšena automaticky skrze degresivní funkci podobnou jako u akutní lůžkové a ambulantní péče. Funkce je limitována dodatečným navýšením o 7,5 %, nad které je nutné již jednat se zdravotní pojišťovnou, jelikož se v tomto případě jedná již o významné změny v rozsahu péče.

Poslední změnou je vyčlenění úhrad centrových léků do samostatné přílohy, která je sdílená se segmentem ambulantních specialistů, kteří tuto péči také poskytují. Cílem vyčlenění je sjednocení podmínek úhrad mezi těmito segmenty.

Úhrada centrových léků se pro rok 2026 stále 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. Mezi centrové léky se stále řadí i genové a buněčné terapie, u kterých je riziko významného navyšování objemu podaných přípravků, a proto pokračuje jejich objemové zastropování.

Z objemového omezení úhrady jsou pak stále vyjmuty léčivé přípravky pro léčbu vybraných onemocnění (např. HIV) nebo pacientů (děti). Novinkou je úhrada léčivých přípravků pro profylaxi RSV, která se dosud týkala jen rizikových dětí, ale nově bude dostupná pro všechny dětské pojištěnce během sezóny RSV.

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 porovnálo 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. Celkový výsledný růst mezi lety 2026 a 2024 vychází na 26,7 %, což vzhledem k růstu 2025/2024 o 12,6 % představuje růst 2026/2025 o 12,5 %. K tomu je dále třeba přičíst změny v profylaxi RSV a odečíst nově uplatňované cenové slevy, čímž vznikne finální koeficient ve výši 8,6 %.

K § 5 odst. 1 a příloze č. 1, části A, bodu 3, 4 a 5 a příloze č. 9, 10, 12 a 14

V roce 2026 pokračuje proces implementace úhradového a klasifikačního systému CZ-DRG do akutní lůžkové péče. Veškerá akutní péče poskytnutá v roce 2024 bude pomocí retrospektivních algoritmů a pomocných pravidel překlasifikována do CZ-DRG verze 2026.

Z hlediska úhrad je veškerá akutní lůžková péče členěna do 5 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 několika změnám ohledně zařazování DRG skupin do jednotlivých úhradových modalit zmíněných výše:

1. Dochází k vyčlenění DRG skupin cévní mozkové příhody (CMP) léčené v centrech vysoce specializované péče z paušální úhrady do péče vyčleněné z paušální úhrady. Toto vyčlenění má za cíl motivovat poskytovatele s centry, aby navyšovali kapacity, které jsou dnes jedním z úzkých hrdel péče o pacienty s CMP, obzvláště v některých regionech.
2. Dochází k vyčlenění porodů a péče o novorozence z péče vyčleněné z paušální úhrady do péče hrazené případovým paušálem, a tím i ke sjednocení úhrady této péče napříč poskytovateli a pojišťovnami.

Relativní váhy CZ-DRG vychází z nákladových dat roku 2023. Nově jsou z relativních vah a úhrad skrze systém CZ-DRG vyčleněny do přílohy č. 12 některé dodatečné léčivé přípravky a 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 ně vhodnější, analogicky k podobným příkladům léčivých přípravků, které jsou již řadu let vyčleněny z DRG úhrady. Nově jsou vyčleněny systémy pro moderní léčbu plicní embolie a hluboké žilní trombózy,

kryoablace, protézy kořene aorty a nanoknife (v bodu 1.3) a antibiotické přípravky pro léčbu rezistentních původců (bod 1.4).

Specifická úprava je v bodu 1.6 přílohy č. 1 nově stanovena pro robotické ZUMy, které nově je možné vykazovat s univerzálním robotickým výkonem, ale nebyly identifikovány jako účelné z hlediska nákladové efektivity systému veřejného zdravotního pojištění. Aby tyto ZUMy nevstupovaly do DRG outlieru a neúčelně nezvyšovaly náklady, je stanoveno, že ZUM vykázaný pouze s univerzálním robotickým výkonem (tj. bez specifického robotického výkonu nebo markeru) nemůže vytvořit horní materiálový DRG outlier.

Paušální úhrada

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

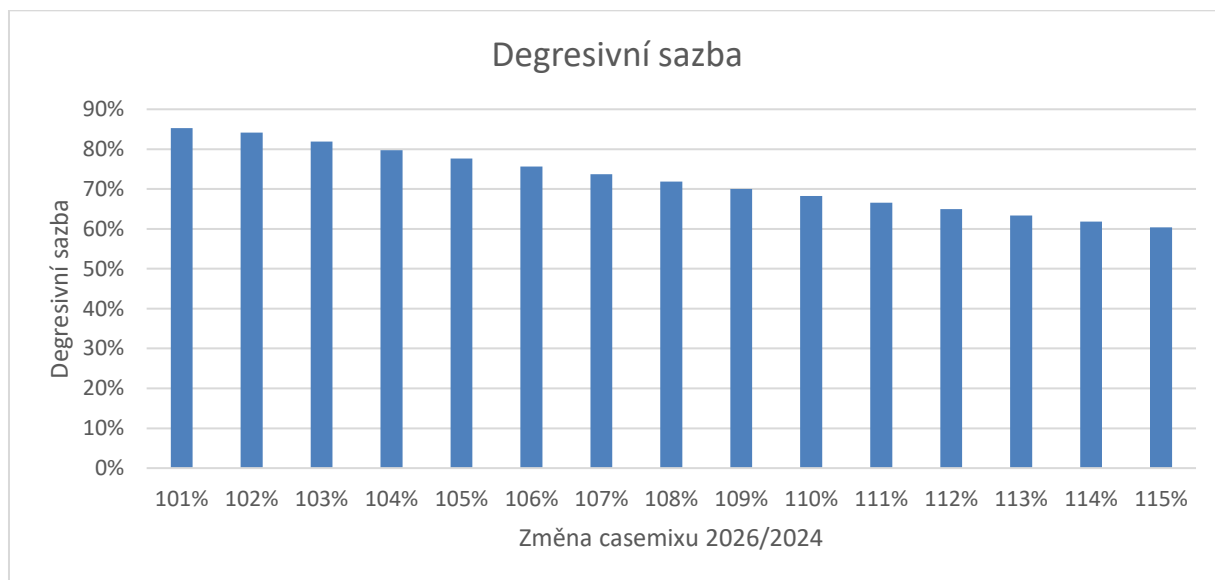
Významnou změnou oproti minulým obdobím je úprava referenční výše úhrady. Nově u některých skupin poskytovatelů dochází k plnému sjednocení základních sazeb, a u dalších skupin poskytovatelů dochází k dalšímu sblížení. Poskytovatelé s podobnými charakteristikami mají typicky podobné náklady a je možné i u jinak heterogenní péče sjednotit základní sazbu. Vzhledem k této heterogenitě je ale nutné odlišit výši základní sazby mezi jednotlivými skupinami poskytovatelů. Sjednocení základních sazeb zvýší tlak na benchmarking poskytovatelů a bude motivovat k významnému zvyšování efektivity. Konkrétní pravidla pro základní sazby v roce 2026 budou následující:

1. U poskytovatelů, kteří jsou součástí referenční sítě CZ-DRG a zajišťují komplexní péči, je referenční základní sazba plně sjednocena na úrovni 90 000 Kč.
2. U poskytovatelů, kteří nejsou v referenční síti CZ-DRG, ale zajišťují v nižší míře komplexní péči, je základní sazba také plně sjednocena na úrovni 85 000 Kč.
3. U ostatních poskytovatelů nedochází ke sjednocení základních sazeb, ale jsou stanoveny pouze minimální základní sazby (celkem 3 sazby podle toho, zda poskytovatel je součástí referenční sítě CZ-DRG a zda má urgentní příjem) a nově je stanovena maximální základní sazba, která zajišťuje, aby nebyl příliš velký rozdíl v úhradě mezi péčí v paušální úhradě a v ostatních typech úhrady. Maximální základní sazba je stanovena jako průměr individuální základní sazby a cílové maximální sazby ve výši 110 000 Kč, ke které by maximum mělo v průběhu let konvergovat.

Růst úhrad je stanoven na 3 % oproti referenčnímu období, což v sobě zahrnuje 1) 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) – zde je třeba zmínit, že bonifikace na navýšení platů a mezd zdravotníků pro rok 2024 nevstupuje do referenční úhrady; 2) růst úhrad mezi roky 2025 a 2024 o 1 %. Z toho vyplývá, že s odhlédnutím od sblížování základních sazeb dochází v paušální úhradě k meziroční stagnaci úhrad.

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 2026). Produkční cíl je stále stanoven na 98 %. 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:



Poslední novinkou v paušální úhradě je podpora zkracování hospitalizací a provádění péče v rámci jednodenních hospitalizací. Nově je i u několika DRG skupin v paušální úhradě tento způsob provádění péče podporován a u těchto skupin je dolní časový DRG outlier nahrazen „jednodenní“ DRG relativní váhou podle nové přílohy č. 14. Pro zohlednění tohoto faktu jsou náležitě upraveny vzorce pro výpočet produkce (casemixu) hodnoceného období.

Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

Druhá skupina bází (bod 4, část A, příloha č. 1) představuje případy vyčleněné z paušální úhrady.

U této úhrady dochází pro rok 2026 k řadě změn:

1. Podobně jako v paušální úhradě dochází k plnému sjednocení úhrad u nemocnic s komplexní péčí. Na rozdíl od paušální úhrady pak dochází i ke sjednocení úhrad u vysoce specializovaných nemocnic. Všechny jednotné sazby jsou realizovány skrze různé výše nákladových modifikátorů násobících centrální základní sazbu.
2. U poskytovatelů, kde nedochází ke sjednocení sazeb, dochází i tak k významnému sblížení sazeb – risk-koridory jsou sníženy na 5 % a tempa sblížování jsou již 100 % shora a 75 % zdola.
3. Pokračuje podpora provádění péče v jednodenním režimu, kde je výše jednodenní úhrady pro akutní lůžkovou péči nově přesunuta do přílohy č. 14. Kromě již zavedeného mechanismu garance jednodenní výše úhrady místo dolního časového DRG outlieru je nově zaveden mechanismus naopak stropující výši úhrady DRG jejím jednodenním

ekvivalentem. U vybraných DRG skupin tak u pacientů vhodných k jednodenní péči bude vždy uhrazena jednodenní úhrada, a to i když poskytoval pacienta hospitalizuje standardním vícedenním pobytem na lůžku. Tento mechanismus cílí na zvýšení motivace zkracovat hospitalizace u vhodných pacientů a péče, a naopak neoptimalizovat úhradu protahováním hospitalizace pacienta, přestože by bylo možné jej propustit.

4. Pokračuje centralizace vysoce specializované péče – pro rok 2026 dochází k reakreditaci mnoha významných typů center a vznikají některá nová centra (např. endometrióza). Koeficienty centralizace tyto změny reflektují.
5. Navyšuje se centrální základní sazba CZ-DRG z 81 000 Kč na 82 000 Kč, což kompenzuje významný propad relativních vah v této části péče (především materiálové části vah).

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 2025 do této skupiny byla přearažena celá oblast porodů a péče o novorozence. Tato péče je dostatečně homogenní a sjednocení úhrad přinese dodatečný tlak na oddělení s nízkou obložeností a nízkými počty porodů, a zároveň povede ke zvyšování kvality péče, jak poskytovatelé budou soupeřit o rodičky.

I v úhradě případovým paušálem fungují mechanismy známé z péče vyčleněné z paušální úhrady – podpora jednodenního provádění péče (včetně limitování úhrady některých skupin jednodenní úhradou) a nákladové modifikátory, které však v případovém paušálu jsou stanoveny pouze pro vysoce specializované poskytovatele (stejně jako v minulých letech).

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 upraven, aby podporoval moderní trendy v péči.

Shrnutí změn v kategorizaci CZ-DRG

Následující tabulka znázorňuje změny mezi lety 2022 a 2026. V roce 2026 už téměř jedna třetina péče bude hrazena jednotnou základní sazbou.

Podíly péče dle typů úhrady						
Způsob úhrady	Část přílohy č. 10	% 2022	% 2023	% 2024	% 2025	% 2026
Paušální úhrada	A	53,9 %	50,7 %	46,2 %	45,3 %	44,5 %
Vyčleněné z paušálu	C+E	42,8 %	38,3 %	35,8 %	29,9 %	25,7 %
Případový paušál	B+F+G	1,2 %	8,9 %	15,4 %	22 %	27,2 %
Psychiatrie	H	2,2 %	2,2 %	2,6 %	2,7 %	2,6 %

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, hradí se tyto hrazené služby stejnou formou jako případy hrazené případovým paušálem, tj. centrální základní sazbou CZ-DRG. Opět jsou uplatňovány penalizační a bonifikační koeficienty centralizace pro podporu centralizace péče a nákladový modifikátor pro specializované poskytovatele.

U akutní psychiatrické péče se úhrada modifikuje plněním transformačního plánu.

K § 5 odst. 1 a příloze č. 1, části A, bodu 7

Ambulantní nemocniční péče zahrnuje regulovanou a neregulovanou část. Podíl neregulované složky, obsahující screeningy a jiné prioritní výkony, je pro rok 2026 mírně rozšířen oproti roku 2025, zejména o některé nové odbornosti a výkony (např. odb. 921 v rámci podpory poporodní péče) a dále je plně deregulována péče o děti do 15 let (s výjimkou segmentu laboratoří).

Mechanismus regulace úhrady ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) zavedený v roce 2024 je zachován i pro rok 2026, s tou změnou, že nově bude úhrada laboratorní a nelaboratorní části péče sledována odděleně a nebude možné přelévat produkci mezi těmito složkami. Nadprodukce je nadále umožněna u nelaboratorní části a 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 oproti ref. období navýšena za prvé koeficientem ve výši 1,5 % (radiodiagnostika – zohledněny změny v HB a objem péče), 3 % (laboratoře, kde je zohledněn především růst objemu péče), resp. 5 % (ostatní) oproti roku 2024, za druhé bonifikačními kritérii, kde dochází k plné symetrizaci efektů mezi referenčním a hodnoceným obdobím.

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

Úhrada urgentních příjmů je zobecněna do úhrady ambulantní neodkladné péče, která zahrnuje tři složky:

- Úhrada urgentního příjmu
- Úhrada péče spojené s příjezdem zdravotnické záchranné služby

- Úhrada lékařské pohotovostní služby

Úhrada urgentních příjmů je nadále členěna na paušální a výkonovou složku a oproti roku 2025 zahrnuje několik změn:

- Nejvyšší kategorie urgentu byla významně navýšena dle aktualizovaných nákladových dat z referenční sítě DRG.
- Nadále podpořena výkonová složka urgentního příjmu – zvláště u menších nemocnic.

Úhrada péče spojené s příjezdem zdravotnické záchranné služby je stanovena shodně jako v roce 2025.

Nově je v tomto mechanismu zahrnuta úhrada lékařské pohotovostní služby v návaznosti na změny v zákoně o zdravotních službách. Tato úhrada má 3 složky:

- Výkonová složka – za péči poskytnutou na pracovištích LPS.
- Paušální složka LPS pro děti – u poskytovatelů s dětským lůžkovým oddělením.
- Paušální složka LPS pro dospělé – u poskytovatelů s urgentním příjmem.

Paušální složka byla kalkulována dvěma způsoby, které oba vedly ke stejné výši bonifikace 2 miliony Kč ročně:

- Průměr krajských dotací na provoz LPS.
- Kalkulace na hodinu péče na LPS v minimálním provozním rozsahu dle vyhlášky o LPS (3 hodiny * pracovní dny (250 dní v roce) + 8 hodin * nepracovní dny (115 dní v roce), násobených sazbou 1 200 Kč, tj. polovina sazby pro pohotovostní službu v oboru zubní lékařství).

Zároveň bylo přihlédnuto k nákladovým datům z referenční sítě DRG, kde však vyšlo, že náklady na LPS jsou plně kryty výkonovou složkou úhrady a paušální složka by tak měla být nulová. K tomuto zjištění může být přihlédnuto v nastavení úhrad pro následující období a zároveň z tohoto zjištění vyplývá, že pokud se poskytovatel rozhodne provozovat LPS ve větším rozsahu než minimálním dle vyhlášky, je tato péče plně uhrazena ze zdravotního pojištění.

K § 5 odst. 1 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 lůžkovou 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 a úhrada evropských referenčních sítí pro vzácná onemocnění.

Úhrada konziliárních týmů paliativní péče navazuje na tento typ úhrady v roce 2025 se zachováním výše paušální i výkonové složky této úhrady. Výkonová část péče i nadále bude vykazována signálními kódy zaslouženými ze strany zdravotních pojišťoven. Výkonová úhrada byla nicméně rozšířena i na pojištěnce hospitalizované v jiné než akutní lůžkové péči,

aby poskytovatel akutní lůžkové péče, který konziliární tým zřizuje, mohl jeho služby poskytovat i pojištěncům, které hospitalizuje v jiné než akutní lůžkové péči. Toto doplnění ale neznamená, že hrazený konziliární tým může zřídit i poskytovatel vůbec neposkytující akutní lůžkovou péči, tomu brání zařazení jejich úpravy v části A přílohy č. 1.

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, s tím, že pro rok 2026 došlo k významnému navýšení paušální složky úhrady.

Nově je zde zařazena bonifikace za práci koordinátora onkologické péče vykazovaná signálním výkonem, a to ve vazbě na národní strategii organizace onkologické péče. Tato úhrada je významná pro lepší tok onkologických pacientů systémem a záchyt onkologických onemocnění v časnějším stádiu, jehož léčba je nákladově méně náročná.

Naopak oproti roku 2025 dochází ke zrušení bonifikace za integrovanou péči porodních asistentek, a to v návaznosti na změny v Seznamu výkonů, kdy péče porodní asistentky bude od roku 2026 automaticky indikována v rámci výkonu porodu, a není tak již nutné indikace finančně podporovat. Odebrána byla také úhrada spojená s účastí v referenční síti CZ-DRG, která bude díky změně zákona podléhat jinému právnímu předpisu.

K § 5 odst. 1 a příloze č. 1, části A, bodu 9

V tomto bodu je nově zmíněna potřeba specifické smluvní úpravy spojené s výstavbou Národního onkologického centra, které významně mění kapacity a rozsah služeb a jehož úhradu je třeba specificky dohodnout mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

K § 5 odst. 2 a příloze č. 1, části B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka, hospice) bude v roce 2026 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Výše paušální sazby se odvíjí od výše v roce 2025 (bez smluvních bonifikací a bonifikací ke koeficientu KN v roce 2025, se dvěma stanovenými výjimkami) 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 2025 nemají uplatnit. Vzhledem ke komplexnosti problematiky byla materie vyřešena přímým odkazem na ustanovení vyhlášky pro rok 2025.

Vedle toho definice v bodě 1 písmenu a) reaguje na změny jiných právních předpisů, zejména zákona o veřejném zdravotním pojištění a vyhlášky, kterou se vydává seznam výkonů.

Základní růst úhrady je stanoven na 4,5 %, což stejně jako v roce 2025 reflektuje nákladovou strukturu těchto poskytovatelů 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 2025 jsou použita bonifikační kritéria s vyšší váhou pro kamenné hospice za přítomnost paliatra podle písmene e), a pro specializovaná pracoviště ošetřující pacienty s roztroušenou sklerózou podle písmene f). Nadále jsou také stanoveny bonifikace za přítomnost geriatra v rámci OD 00005, 00024 a 00037.

Z paušální úhrady následné, dlouhodobé a sociálně-zdravotní lůžkové péče je nadále vyčleněno očkování proti chřipce provedené za hospitalizace. 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 definované transformační koeficienty (viz výše). Úhrada za OD 00090 a 00091 ochranného léčení je pro poskytovatele poskytující tuto péči navázána na paušální sazbu roku 2025 a pro nové poskytovatele bude stanovena ve stejné výši využitím institutu srovnatelných poskytovatelů.

I pro rok 2026 je zachována (a valorizována o 4,5 %) úhrada za ošetrovací den sociálně-zdravotní lůžkové péče OD 00037. Úhrada je nově stanovena i pro kategorii pacienta 5 pro ty případy, kdy pojištěnec již hospitalizovaný na sociálně-zdravotním lůžku přejde v důsledku vývoje svého zdravotního stavu do této kategorie, zejména pokud je odůvodněné očekávání, že je tato situace pouze dočasná, a rozsah sociálně-zdravotní lůžkové péče pojištěnci dostačuje. I nadále nicméně platí, že definice kategorie pacienta 5 vylučuje, aby pojištěnci v této kategorii byli do sociálně-zdravotní lůžkové péče přijímáni (pacienti v bezvědomí, deliriózní pacienti, psychiatrickí pacienti a pacienti v ochranném léčení), protože je u nich diskutabilní přínos sociální složky péče nebo je pro ně určena jiná lůžková péče.

U výkonů následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a následné ventilační péče dochází ke stagnaci úhrady oproti roku 2025. Tato péče má v současné době dostatečné kapacity, je z posledních let úhradově satureována.

Stanovení maximálního počtu hrazených výkonů NIP (90 výkonů NIP u dospělých), DIOP (190 výkonů DIOP), s možností zvýšení tohoto počtu se souhlasem zdravotní pojišťovny i nadále zůstává. Byla vypuštěna úprava OD 00017 pro děti, která se vytvořením nových OD intenzivní péče pro děti stává obsoletní. Hodnota bodu pro OD 00033 a 00035 je navýšena o 2 % oproti roku 2025 a jsou stanoveny hodnoty bodu pro 3 nově zařazené ošetrovací dny.

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 růst úhrad meziročně o cca 2 %. Index navýšení je pro rok 2026 nastaven na hodnotu 1,04 oproti roku 2024, což zaručuje poskytovatelům růst úhrad v souladu se stanovenou hodnotou bodu.

Tento segment se nicméně vyvíjí dynamicky počtem léčených pacientů a objemem péče, proto růst celého segmentu je odhadován jako významně vyšší.

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. Průměrný růst úhrad podle návrhu vyhlášky činí u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost více než 6 % mezi roky 2026 a 2025. Navyšují se 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).

V návaznosti na novelizaci vyhlášky o preventivních prohlídkách byla především navýšena úhrada výkonů prevence a screeningů, v souladu s obecným cílem podpory prevence.

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.

Další navýšení kapitační platby o 5,00 Kč je nově pro rok 2026 navrženo za splnění kvalitativních kritérií očkování a screeningů u určitého procenta registrovaných pojištěnců. Dle dostupných dat by tato kritéria měla splňovat cca třetina poskytovatelů již nyní, a až polovina, pokud bonifikace povede k zamýšlenému cíli zvýšení míry provádění očkování a screeningů. Posouzení splnění podmínek bude provedeno za všechny zdravotní pojišťovny dohromady ze strany ÚZIS, který poskytne potřebná data zdravotním pojišťovnám pro vyúčtování.

Oproti roku 2025 byly upraveny podmínky týmových praxí za účelem podpory tohoto preferovaného a moderního typu péče. Konkrétně byly upraveny následující parametry:

- vzhledem ke snížené porodnosti byl snížen limit počtu přepočtených pojištěnců pro týmové praxe praktických lékařů pro děti a dorost z 1800 na 1700, a to jak pro vstupní podmínku již registrovaných pojištěnců, tak pro cílový stav nových registrací vázaných na rozsah úvazků lékařů,

- byly upraveny podmínky ročního salda registrací ve dvou ohledech, a to za prvé podle návrhu poskytovatelů z dohodovacího řízení tak, že podmínka 20 nově registrovaných přepočtených pojištěnců za hodnocené období na každý úvazek lékaře 0,1 nad první úvazek již platí pouze pro praktické lékaře pro děti a dorost, zatímco pro všeobecné praktické lékaře nově platí podmínka 10 nově registrovaných pojištěnců bez přepočtení, přičemž tyto podmínky již se neposuzují jako čisté saldo, ale jde o počet provedených nových registrací, a za druhé, poskytovatel místo těchto podmínek může dosáhnout kladného salda registrovaných přepočtených pojištěnců mezi počátkem a koncem hodnoceného období, čímž tuto část podmínek týmových praxí také splní,
- byla navýšena bonifikace v souladu s cílovým růstem úhrad segmentu.

Oproti minulým letům je odstraněna úprava dorovnání kapítace, jelikož tento mechanismus je již obsoletní a využívá ho minimální počet poskytovatelů.

Poslední změna je zavedení úhrady za podpůrnou psychoterapii u praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) ve výši 5 000 Kč za měsíc. S ohledem na dlouhodobý nedostatek dětských a dorostových psychiatrů, klinických psychologů a prodlužující se čekací doby na odborné vyšetření, v kombinaci s narůstajícím výskytem psychických obtíží u dětské a dospívající populace, je stále větší podíl této péče realizován v ordinacích PLDD. Jedná se o péči mimořádně časově náročnou, která vyžaduje opakované konzultace a kontinuální sledování pacienta až do doby, než je zajištěno jeho převzetí do péče příslušného odborného pracoviště. Takto rozsáhlý typ péče nebyl v minulosti v rámci primární pediatrické praxe běžně poskytován a není zohledněn ve stávajícím systému financování PLDD kombinovanou kapitačně výkonovou platbou. Pro kontrolu splnění podmínek se navrhuje zavést signální výkon zdravotních pojišťoven pro tento typ péče ve smlouvách mezi ZP a poskytovateli. Jedná se o pilotní projekt pro rok 2026 za účelem zmapování poskytování péče pojištěncům s duševním onemocněním do 19 let, na který v budoucnosti naváže jiný úhradový mechanismus.

K § 7 a příloze č. 3 a 15

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče. V úvodním ustanovení § 1 odst. 2 písm. b) je nově specializovaná ambulantní péče vymezena jako kategorie ambulantní péče neupravené v úhradové vyhlášce jiným ustanovením. Uspokojivá právní definice, co je zahrnuto v úhradě ambulantních specialistů, totiž ve vyhlášce doposud chyběla a zákonné vymezení specializované ambulantní péče podle zákona o zdravotních službách je velmi široké a dotýká se více segmentů podle vyhlášky.

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 4,5 % za předpokladu plnění bonifikačních kritérií (další 4 % pak vyplývají z růstu objemu péče a nových kapacit). Většina tohoto růstu je směřována do narovnání historického rozdílu v hodnotách bodů jednotlivých odborností, kde úhradová vyhláška na rok 2026 tyto hodnoty sjednocuje, a to tím způsobem, aby si žádná odbornost meziročně nepohoršila – z toho vyplývá,

že odbornosti s dosud nejvyšší hodnotou bodu budou meziročně finančně stagnovat, zatímco odbornosti s nejnižší hodnotou bodu porostou i o více než 6 %. Další růst pak vyplývá ze zachování mechanismu minimální hodnoty bodu, který navyšuje úhradu poskytovatelům s historicky nezaplacenou nadprodukcí.

V části A bodu 1 písm. a) a b) vyhláška i pro rok 2026 pokračuje v podpoře duševního zdraví na základě obecné nedostupnosti této péče v posledních letech. Úhrady zde rostou základním tempem 3 až 5 % s podporou především moderních typů péče o duševní zdraví, které jsou oproti roku 2025 dále rozšířeny o nové odbornosti a vztahují se na ně dodatečné bonifikace.

Významnou novinkou je úhrada telemedicínské psychoterapie skrze nový výkon digitální kognitivně behaviorální terapie, který významně zlepší dostupnost této služby a zmenší rozdíly v dostupnosti mezi regiony. Jedná se o průlomovou telemedicínskou službu na platformovém základu (u ambulantních specialistů budou podpořeny i další telemedicínské služby – např. v oblasti srdečního selhání).

Z objemové regulace byla stejně jako u nemocniční ambulantní péče vyňata péče poskytovaná pojištěncům do dosažení 15 let věku. Upraveny byly podmínky bonifikace za ordinační dobu pro poskytovatele, u kterého působí jediný nositel výkonů, kde se ordinační doba bude počítat napříč odbornostmi. Novým mechanismem byly navýšeny úhrady za specializovanou ambulantní péči v denních stacionářích, kterým v uplynulých letech nebyla věnována po úhradové stránce dostatečná pozornost.

Nově také dochází k určitým úpravám bonifikací hodnoty bodu a koeficientu navýšení ve výpočtu limitu celkové výše úhrady v bodu 3:

- Dochází ke snížení negativních koeficientů bonifikace v případě, kdy poskytovatel ztratí bonifikaci mezi hodnoceným a referenčním obdobím. Tyto bonifikace mají psychologicky negativní efekt na poskytovatele, což přes jejich oprávněnost vede k nepochopení úhradového mechanismu. Snížením penalizace se tento psychologický faktor zmenší.
- V souladu s uzavřeným memorandem o dostupnosti péče ambulantních specialistů dochází k navýšení bonifikací za vyšší poměr přijímání nových pacientů.
- Ve shodě s návrhy z dohodovacího řízení dochází k odstranění bonifikace za ordinační dobu 35 hodin týdně.
- Dochází k zachování a úpravě růstových koeficientů PURO u odborností, které významně kultivovaly své stěžejní výkony. Bez tohoto navýšení by kultivace výkonů nebyla promítnuta do úhrady právě z důvodu regulace skrze PURO. Zároveň ale dochází k odstranění bonifikace u odborností, kde se tato kultivace propsala již do referenčního období.
- Dále pak v návaznosti na zohlednění různých temp růstu hodnoty bodu vyplývajících ze sjednocení hodnoty bodu dochází k úpravě růstu jednotlivých odborností modifikací koeficientu navýšení kladným koeficientem – pro odbornosti s nejvyšší změnou hodnoty bodu je stanoven nejvyšší koeficient.

Byl také napraven nesystémový nedostatek, kdy se úhrada za výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě ambulantním specialistům jako jedinému segmentu započítávala do výpočtu celkové výše úhrady, přičemž měla nižší hodnotu bodu ve srovnání s ostatními segmenty.

Z úhrady podle ustanovení přílohy č. 3 byly také vyňaty tzv. centrové léky (označené symbolem „S“), které jsou nově hrazeny podle samostatné přílohy č. 15. Byla tím srovnána pozice nemocnic, u kterých byla úhrada těchto léčivých přípravků objemově regulována přílohou č. 1, s ambulantními specialisty, u kterých podle vyhlášky byla úhrada objemově neregulovaná (byť část zdravotních pojišťoven přesto úhradu podle přílohy č. 1 aplikovala na základě analogie a smluvních ujednání).

V poslední řadě dochází k úpravě mechanismu stanovení zálohových plateb, u kterého je preferována jistota fixního procenta před přesností zacílení růstu dle konkrétní odbornosti a poskytovatele. Výši zálohových plateb mohou však poskytovatelé a pojišťovny upravit dle individuálních dohod.

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 je na základě deklarace v protokolu dohody z dohodovacího řízení dodatečně navýšena ve veřejném zájmu obdobně jako u jiných segmentů primární péče.

Dohoda uzavřená v dohodovacím řízení zavádí pro tento segment zcela nový úhradový mechanismus – měsíční agregovanou úhradu za péči o registrovanou pojištěnku. Agregovaná úhrada zahrnuje většinu péče poskytované pojištěnkám. Nad rámec této agregované úhrady má být podle dohody hrazena péče o těhotné pojištěnky, zdravotní služby v rámci léčby neplodnosti a některé specializované gynekologické výkony, které jsou vázány na certifikaci nebo specializované vzdělávání. Pro rok 2026 byla dále stanovena balíčková úhrada vybraných gynekologických zákroků.

Měsíční agregovaná úhrada zahrnuje veškerou preventivní a léčebnou péči, především se jedná o tyto činnosti: vstupní komplexní vyšetření gynekologem, preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související, ultrasonografická vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, v porodnictví a šestinedělí, cílená a kontrolní vyšetření gynekologem, telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem, minimální kontakt lékaře s pacientem, odběry materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního, dispenzární péče, edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou, injekce I.M, S.C., I.D., vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti, odeslání pojištěnce na navazující vyšetření, předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře, poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

Základní měsíční agregovaná úhrada může být dále navýšena při splnění stanovených podmínek. Jedná se o podmínku vlastnictví platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, podmínku dostupnosti ordinační doby dané ordinace, podmínku udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví, podmínku

vlastnictví platného certifikátu ISO 9001 nebo podmínku provedení preventivní prohlídky u alespoň 45 % registrovaných pojištěnek, které nedosáhly v hodnoceném období věku 70 let.

Měsíční agregovanou úhradu obdrží poskytovatel pouze za pojištěnky, u kterých v posledních 24 kalendářních měsících provedl preventivní prohlídku. Tato podmínka si klade za cíl zvýšení podílu pojištěnek, které u daného poskytovatele absolvují prevenci. Měla by být motivační pro poskytovatele, aby aktivně oslovovali své pojištěnky, které v daném roce prevenci neabsolvovaly. Pro nárok na plnou úhradu měsíční agregované úhrady musí být u poskytovatele splněna podmínka, že jeho ultrazvukový přístroj není starší 15 let a zároveň doloží doklad o pravidelné kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem. Pokud poskytovatel tuto podmínku nesplní, bude mu uhrazena měsíční agregovaná platba ve výši poloviny základní výše bez bonifikací.

Jedním z cílů agregace úhrady bylo podle deklarace účastníků dohodovacího řízení odstranění medicínsky neodůvodnitelných rozdílů v úhradách péče mezi registrujícími gynekology. Předkladatel zde spatřuje riziko omezení péče o pacientky se složitými diagnózami. Je jednoznačně žádoucí po určitém čase vyhodnotit nový mechanismus a zamyslet se například nad vyčleněním některých diagnóz, kde péče o ně by byla dále bonifikována.

Dohoda bude mít významný dopad na jednotlivé poskytovatele, kde rozsah meziroční změny úhrad se pohybuje cca od -50 % do +100 % a pro řadu poskytovatelů bude dopad zcela zdrcující, což je buď záměrem uzavřené dohody, nebo bude třeba s těmito poskytovateli uzavřít individuální úhradové dodatky pro krátkodobé zajištění kontinuity péče.

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. Nad rámec dohody uzavřené v dohodovacím řízení došlo k navýšení všech tří balíčkových úhrad o 10 %, a to jednak v návaznosti na obecné navýšení segmentů primární péče, a dále v reakci na klesající porodnost, která snižuje objem, a tudíž i objem úhrad, této péče. 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 vykazání signálního kódu) budou muset být stanoveny v úhradových dodatcích mezi zdravotní pojišťovnou a daným poskytovatelem. Úhrada za péči o těhotné pojištěnky bude násobena koeficientem, který zohledňuje plnění stanovených podmínek (indexů). První z nich je index genetických vyšetření, který zohledňuje poměr těhotných pojištěnek, na které byla vykazána 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.

Úhrada služeb asistované reprodukce (IVF) probíhá i nadále přes domluvené balíčky ve stávající skladbě balíčkových úhrad vybraných hrazených služeb IVF. Došlo k mírnému navýšení jednotlivých balíčkových úhrad a dohoda zavádí novou agregovanou úhradu léčby neplodnosti včetně kompletního vyšetření partnerského páru, kterou budou moci dvakrát ročně vykazat nad rámec měsíční agregované úhrady poskytovatelé v odbornosti 603. Nově navržený management léčby neplodnosti vychází z doporučených postupů ČGPS ČLS JEP, konkrétně

Diagnostika páru s poruchou neplodnosti. Výše úhrady byla odvozena z objemu úhrady za výkony vykázané s diagnózou N97.

Nad rámec dohody dochází ke zvýšení úhrady za každou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnců ode dne dovršení 18 let věku. Došlo tak ke sjednocení stejné úhrady s praktickými lékaři.

Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb se stanovuje v korunách a je hrazena bez limitace. Pro odbornost 604 dětská gynekologie byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,00 Kč a péče této odbornosti bude hrazena výkonově bez limitace.

Pro vybrané zákroky se stanoví balíčková úhrada zahrnující kompletní péči spojenou s výkonem – jedná se o revizi po spontánním potratu, marsupializaci, exstirpaci nebo incizi absцерu nebo cysty bartolinské žlázy, drenáž, chemickou exstirpaci, konizaci cervixu jakoukoliv technikou s výjimkou užití laseru, hysteroskopii diagnostickou a operační hysteroskopii.

Dohoda byla ze strany předkladatele upravena pouze ve dvou směrech, kdy ani jeden z nich není zásahem do ní.

Za prvé byla promítnuta dodatečná dohoda zdravotních pojišťoven a gynekologů na vynětí některých dalších výkonů z agregované platby (péče o onkologické pojištěnky, screening kolorekta a některé další výkony) a zohlednění některých připomínek z připomínkového řízení týkajících se vynětí dalších specializovaných výkonů.

Ostatní úpravy dohody jsou čistě formulačního charakteru, bez změn věcného významu a mají pouze legislativní smysl pro účely srozumitelnosti, jednoznačnosti interpretace a dodržení zásad tvorby právních předpisů, zejména legislativních pravidel vlády.

Za zmínku stojí formulační úprava daná nejednoznačností uzavřené dohody ohledně okamžiků pro vyhodnocování měsíční agregované úhrady. Po zvážení kontextu předkladatel usoudil, že patrně záměrem dohody bylo, aby se v daném měsíci posuzovalo provedení preventivní prohlídky za 24 kalendářních měsíců předcházejících danému kalendářnímu měsíci, výkony těchto prohlídek byly vykázaný do 10. dne daného kalendářního měsíce, aby zdravotní pojišťovny měly čas dávky zpracovat, a k poslednímu dni daného kalendářního měsíce následně zdravotní pojišťovny vyhodnotí plnění podmínek. V tomto smyslu byl text dohody upraven, zejména tím, že bylo upřesněno, že jde o výkony vykázané do 10. dne kalendářního měsíce, za který se vyhodnocuje nárok na měsíční agregovanou úhradu. Tento mechanismus brání tomu, aby později vykázané výkony prevence zpětně ovlivňovaly výši měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc, což by významně navyšovalo administrativní zátěž pro zdravotní pojišťovny, a současně vylučuje retroaktivitu ustanovení.

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 kódů poskytovatelů v oboru zubního lékařství s úhradami těchto kódů a stanovení agregované úhrady za registrovaného pojištěnce. Nově v návaznosti na novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění provedenou

zákonem č. 289/2025 Sb. navíc příloha č. 11 upravuje od roku 2026 i úhrady stomatologických výrobků.

Znění vyhlášky odpovídá uzavřené dohodě zástupců poskytovatelů a zdravotních pojišťoven z dohodovacího řízení, kterou tito uzavřeli v návaznosti na již uvedenou novelizaci zákona. Podle modelace Ministerstva zdravotnictví se meziroční růst úhrad vyplývajících z této dohody pohybuje kolem 26 %, přibližně 5,2 mld. Kč. Z tohoto modelovaného nárůstu nicméně cca 4,8 mld. Kč je vyvoláno přizpůsobením úhrad výplní nové zákonné úpravě a z toho je převážná část vyvolána odhadem navýšení počtu hrazených výplní na základě zákonné úpravy, a tedy pouze menší část připadá na navýšení jednotkových úhrad a stomatologickou péčí mimo výplní. Beze změn u hrazených výplní, jejichž dopady jsou do značné míry obtížně předvídatelné zejména co se týká dopadu změn jejich počtu, by činil nárůst celkové úhrady pouze necelá 2 %. Ministerstvo posoudilo soulad dohody s právními předpisy a veřejným zájmem a vyhodnotilo, že dohoda je s těmito kritérii v souladu.

Jedinou významnější změnou proti dohodě pak je ve veřejném zájmu provedená změna v pravidlech vykazování výplně z amalgámu. Výplně z amalgámu bude možné bez nových omezení vyplývajících z evropské legislativy provádět do poloviny roku 2026, poté se bude jednat o výjimečnou výplň pouze pro případy, kdy je její použití nezbytné z hlediska zdravotních potřeb pojištěnce. Aby bylo možné sledovat počty amalgámových výplní po přechodu do nového módu jejich výjimečnosti, je žádoucí k jejich vykazování mít samostatný kód. Aby současně byl zachován nový princip dohody, že úhrady výplní jsou odlišeny podle počtu plošek, byly zavedeny kódy pro amalgámové výplně u dospělých pojištěnců 00829 a 00830, a to pro amalgámové výplně do 2 plošek zubu a pro 3 a více plošek zubu. Přestože Česká stomatologická komora se k zavedení kódů pro amalgám stavěla rezervovaně, lze výsledné znění kódů považovat za kompromisní dohodu mezi ČSK, ZP a ministerstvem.

Oproti dohodě také byly provedeny konsenzuální textové změny technické povahy, na kterých se dodatečně shodli zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven a které nemají vliv na celkovou výši úhrad, a drobné jazykové úpravy z iniciativy ministerstva, ČSK i zdravotních pojišťoven.

Vedle změn výplní došlo k dalším změnám vyplývajícím z novelizace zákona. Zejména se jedná o změny v úhradách endodoncie, které jsou ale díky zákonným změnám v rozsahu hrazených endodoncií přibližně finančně neutrální. Mírný nárůst vyplývá také ze změn v úhradách stomatologických výrobků, meziročně lze za tuto kategorii očekávat růst celkových výdajů do 2 %. Změny u kódů nedotčených novelizací jsou minimální, u agregované platby ke změně nedošlo.

K § 10 a příloze č. 5, části A

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče pro odbornosti 806, 809 a 810 (radiodiagnostika).

V tomto subsegmentu 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 tomto segmentu došlo ke tvorbě společného návrhu VZP a poskytovatelů v rámci dohodovacího řízení, který je však v některých ohledech problematický:

- Návrh snižuje hodnotu bodu u magnetických rezonancí o 0,02 Kč, což v kombinaci se změnami v Seznamu výkonů implikuje pokles úhrad o více než 10 %. Pro zachování dostupnosti této péče proto MZ hodnotu bodu navýšilo a pokles úhrad snížilo na -8 % meziročně.
- Pro zachování finanční hodnoty tohoto společného návrhu při úpravách úhrady magnetických rezonancí bylo třeba nalézt dodatečné úspory. Konkrétně byly sníženy hodnoty bodu pro poskytovatele vykazující výkony č. 89111 až 89131, zde dochází k částečné konvergenci hodnot bodu s ostatními poskytovateli v této odbornosti.

Navzdory úsporám generovaným těmito opatřeními je v tomto segmentu stále patrný růst objemu péče a smluvních poskytovatelů, a proto pro rok 2026 úhradový vyhláška očekává stagnaci úhrad.

K § 10 a příloze č. 5, části B

V subsegmentu laboratoří dochází pro rok 2026 k významným změnám:

- Vzhledem k vyčerpání a zastarání úhradového mechanismu PURO, který již dostatečně neplní svoji regulační funkci, je navrhován nový způsob regulace inspirovaný regulací nemocničních ambulancí (kde stále nemocniční laboratoře mají tvrdý strop, tj. významně přísnější regulaci).
- Růst objemu péče a počtu unikátních pojištěnců nově již nenavyšuje úhradu lineárně, ale je použita degresivní funkce nadprodukce (růst počtu unikátních pojištěnců již není podmínka dostačující, ale pouze podmínka nutná).
- Pro redukci objemu neuhrazené péče (rozdílu mezi úhradou a objemem péče) je zachována funkce minimální hodnoty bodu a zároveň je snížena hodnota bodu cca o 4 až 6 %.

Nový mechanismus je na poměry ambulantní péče relativně komplexní, nicméně laboratorní poskytovatelé jsou typicky velké subjekty, u kterých je možné využít složitější regulaci bez dopadu na srozumitelnost úhradového systému.

Změna regulace navazuje na významné změny v předpokládaném objemu péče v segmentu laboratoří, které vyplývají z následujících skutečností:

- Úprava vyhlášky o preventivních prohlídkách očekává navýšení objemu laboratorních služeb ve vztahu k prevencím o cca 400 mil. Kč.
- Zavedení elektronické žádanky na vyšetření od roku 2026 a sdílení laboratorních výsledků povede k významnému poklesu objemu péče za duplicitní vyšetření, který se napříč systémem projeví v řádu miliard Kč a velká část těchto úspor bude realizována právě v laboratorním segmentu.
- Celkově tak MZ očekává pokles objemu péče v laboratořích v roce 2026, a proto se lze domnívat, že změna regulace nebude mít významný dopad.

Výsledkem úprav výše je snížení procenta neuhrazené produkce ze 14 % na 11 % a meziroční stagnace až mírný pokles celkových nákladů na segment. U výkonově hrazených služeb souvisejících s prevencí a screeningy je úhrada zachována na úrovni roku 2025.

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 2 až 3 % vyšší než v roce 2025. 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 přes 10 %.

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 1,04, který spolu s bonifikacemi umožní meziroční růst segmentu o stanovené procento, a to s rezervou. 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, obdobně je deregulováno i 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 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 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.

Odbornost 921 je jako celek vyčleněna z regulace jako další opatření na podporu dostupnosti této péče, která byla vládou deklarována již v programovém prohlášení vlády.

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 1,20 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. Nadále se 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.

Obdobně loňské úpravě bodu 4 písm. a) vložení 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, byl stejný mechanismus přidán i do limitu překladů podle bodu 3.

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 2026 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 4 %, 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 %.

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 stanovuje na 1,26 Kč, u ostatních výkonů dochází k zachování hodnoty bodu na 0,74 Kč v návaznosti na růst počtu bodů v seznamu výkonů. Index navýšení byl upraven na 1,07, což je významně více odpovídá kumulovanému cenovému růstu, a to s cílem omezit množství péče, která přesáhne úhradový limit. Cílem MZ je tento objem péče omezit pod 5 %. V roce 2026 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 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 produkci, 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 2026 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 a vychází z dohody uzavřené mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a zástupci poskytovatelů. Dochází ke komplexnějšímu stanovení bonifikačních kritérií. Nově budou hodnoceny 2 úrovně plnění kvalitativních kritérií. 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 dochází k navýšení úhrad z roku 2025 o 2 %. Meziroční změna hodnoty bodu pouze o 0,01 Kč (z 1,31 Kč na 1,32 Kč) je dána růstem počtu bodů z důvodu valorizace režijní a personální složky kalkulace v rámci seznamu zdravotních výkonů v kombinaci s cílovým navýšením o 2 %.

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 dochází k navýšení výše úhrad z roku 2025 o 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 cca 2 %. Více o úhradách této služby viz výše u části věnované nemocnicím.

Pro stanovení výkonové složky úhrady hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se použije § 9. Nově je zavedena paušální složka ve výši 9600 Kč za den poskytování této služby v souladu s vyhláškou o pohotovostních službách, která vychází z kalkulace podle nákladů krajů, z nákladů poskytovatelů na tuto službu a na které se dohodli zástupci stomatologů se zástupci zdravotních pojišťoven.

K § 17

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

Úhrada je navýšena oproti roku 2025 o 2 %. U tohoto segmentu je očekáván pokles objemu péče následující trend z minulých let.

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 2026 stanovena na výši 56 Kč (hodnotou bodu ve výši 1,12 Kč), tzn. meziroční růst o 5,7 %. Odchylně je úhrada stanovena pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči s růstem 1,3 % oproti úhradě roku 2025.

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 1,12 Kč a úhradou pro rok 2026 ve výši 112 Kč.

09556: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 6 do 12 let s bodovou hodnotou 150 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,12 Kč a úhradou pro rok 2026 ve výši 168 Kč.

09555: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku do 6 let s bodovou hodnotou 200 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,12 Kč a úhradou pro rok 2026 ve výši 224 Kč.

Podrobněji stanoví vyhláška 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 1,04 Kč v roce 2026. Nadále je do ustanovení zahrnutý i 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.

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 %. Lékárnictví je tak dle dohody z dohodovacího řízení již podruhé za sebou segmentem s vůbec nejvyšším nárůstem úhrad mezi dohodnutými segmenty a pro zdravotní pojišťovny zjevnou prioritou hodnou podpory.

K § 20 a příloze č. 13

Úhrada samostatné jednodenní péče v roce 2026 dozná minimálních změn. Vzhledem k aktualizaci relativních vah CZ-DRG a centrální základní sazby, ze kterých je úhrada jednodenní péče odvozena, standardně 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.

U některých skupin jednodenní péče je oproti agregaci provedené v rámci CZ-DRG i pro rok 2026 zachováno separátní stanovení úhrady podle konkrétního výkonu, který se bude používat pro úhrady v rámci jednodenní péče.

Stanovení jednodenní výše úhrady pro akutní lůžkovou péči je vyděleno do samostatné přílohy č. 14, a příloha č. 13 tak bude nadále sloužit už jen poskytovatelům samostatné jednodenní péče. I tak nicméně platí, že výše jednodenních úhrad pro péči s totožným obsahem je kalkulována totožně, a tedy je shodná v obou přílohách. To ale neplatí tam, kde je jedna CZ-DRG skupina v jednodenní péči rozčleněna na více výkonů, pak je pro každý výkon kalkulace

provedena na základě jemu odpovídajících dat referenční sítě CZ-DRG a úhrada se mezi oběma přílohami může lišit.

Relevantních pro samostatné poskytovatele jednodenní péče je šest nových skupin jednodenních výkonů – endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar, extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu (ve dvou variantách), extrakorporální litotrypse (ve dvou variantách) a embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy.

Uvedení odbornosti v bodě 5 je pouze informativní a váže se k autorské odbornosti, není omezením pro to, kterým odbornostem lze dané výkony jednodenní péče nasmlouvat.

Úhrada jednodenní péče je stále určena pouze 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. Nadále 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 zákrokových sálkách, které mají nižší nákladovost a jiný režim práce než operační sály.

S každým výkonem jednodenní péče je poskytovatel povinen vykázat též výkon OD 00040 (ošetřovací 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 položky, zejména výkony, které danému výkonu jednodenní péče odpovídají podle klasifikace CZ-DRG (na základě vazby na CZ-DRG skupinu v bodě 5), a dále veškeré ZUM a ZULP poskytnuté v rámci jednodenní péče. Pro podporu kompletního výkaznictví je v příloze č. 13 zachováno motivační ustanovení pro zdravotní pojišťovny.

Jelikož v dohodovacím řízení došlo k tvorbě společného návrhu úhrady mezi VZP ČR a ČSORLCHHK ČLS JEP v jednodenní péči u odbornosti 701, doporučuje MZ tyto výkony nasmlouvat v rámci smluvních vztahů v úhradových dodatcích mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Jelikož MZ počítá výši úhrady na základě dat z referenčních nemocnic (dle výpočtu viz výše), není možné do vyhlášky implementovat smluvně dohodnuté ceny, které nejsou založené na jednotné kalkulaci jako ostatní výkony jednodenní péče, pokud tyto nejsou součástí dohody z dohodovacího řízení (což nejsou – segment jednodenní péče nedospěl k dohodě). Navíc u některých těchto navržených výkonů jednodenní péče odbornosti 701 nelze ani z nákladových dat referenční sítě DRG úhradu vypočítat, jelikož pro tyto výkony nejsou dostupná žádná data nebo dostatek dat.

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 2026.

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