Důvodová zpráva

I. Obecná část

Na základě rozhodnutí předkladatele 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 2027 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 2027.

1.2 Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v zákoně vydává ministerstvo vyhlášku pro rok 2027. 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. Pro rok 2027 je hlavním cílem z hlediska stability systému zajištění vyrovnaného hospodaření zdravotních pojišťoven.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2027 probíhalo v období od 29. ledna 2026 do 18. června 2026. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě z celkového počtu 15 segmentů zdravotní péče v těchto 11 segmentech:

1. skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb,
2. skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb,
3. skupina poskytovatelů lékárenské a klinicko-farmaceutické péče.
4. skupina poskytovatelů domácí zdravotní péče,
5. skupina poskytovatelů v odbornostech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost,
6. skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče,
7. skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby,
8. skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče,
9. skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách,
10. skupina poskytovatelů fyzioterapie a dalších nelékařských profesí,
11. skupina poskytovatelů jednodenní péče.

V 1 segmentu byla uzavřena parciální dohoda:

1. skupina poskytovatelů radiodiagnostických služeb a poskytovatelů ambulantních laboratorních služeb – parciální dohoda pro laboratorní péči,

Dohoda nebyla uzavřena ve zbývajících segmentech poskytovatelů:

1. skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče,
2. skupina poskytovatelů následné lůžkové péče,
3. skupina poskytovatelů specializovaných ambulantních služeb.

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. V segmentu ambulantních specializovaných služeb došlo ke shodě na návrhu mezi některými zdravotními pojišťovnami a zástupci segmentu. Při tvorbě vyhlášky bylo k tomuto návrhu přihlíženo. Proti dohodě ve skupině poskytovatelů v odbornostech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost vznesla protest skupina poskytovatelů domácí zdravotní péče, po projednání tohoto protestu jak v rámci dohodovacího řízení, tak následně na půdě ministerstva, nebyl tento protest ve výsledné podobě návrhu vyhlášky zohledněn.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2026 tak, aby nastavené parametry úhrad umožnily dostatečný růst úhrad všech segmentů.

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 2027, které respektuje dohody uzavřené v dohodovacím řízení a zákonný požadavek dostupnosti, kvality a finanční stability zdravotnictví. Prioritami při tvorbě úhradové vyhlášky pro rok 2027 bylo:

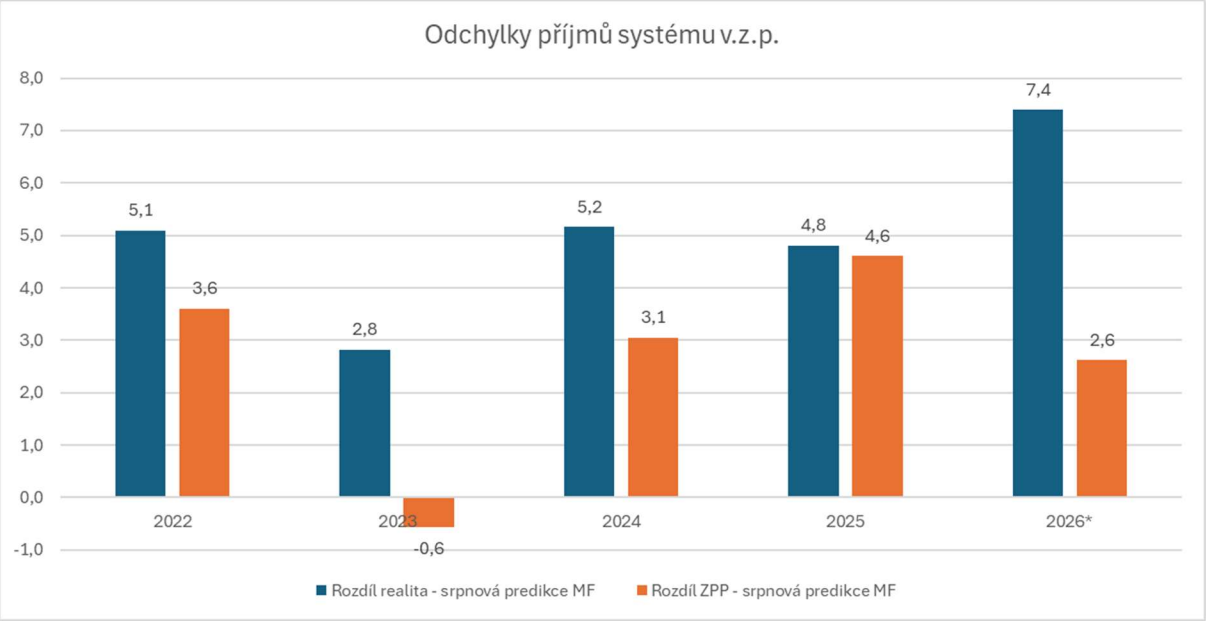
- Zajištění vyrovnané bilance příjmů a nákladů systému veřejného zdravotního pojištění a tím jeho finanční stabilizace.
- Plnění priorit plynoucích z programového prohlášení vlády v oblasti zdravotnictví, zejména:
    - Podpora primární péče a prevence
    - Podpora péče ve vlastním sociálním prostředí
    - Zvýšení kvality a efektivity poskytované péče
    - Centralizace vysoce specializované péče
    - Podpora péče o duševní zdraví
    - Podpora úhrad na principu value-based healthcare

Zdravotní pojišťovny měly k 31. 12. 2025 zůstatky ve výši 43,2 mld. Kč a k 31. 12. 2026 se očekávají zůstatky ve výši 33,2 mld. Kč. Rozdíl reflektuje saldo příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven dle zdravotně-pojistných plánů pro rok 2026 ve výši kolem -15 mld. Kč a očekávané zlepšení hospodaření o cca 5 mld. Kč plynoucí z vyššího výběru pojistného a nižšího růstu nákladů oproti zdravotně-pojistným plánům v letošním roce. V průběhu roku 2026 dále ovlivňuje výši zůstatků předsunutá platba za státní pojištěnce, která zlepšuje cashflow pojišťoven, ale bude ke konci roku vrácena, a dále mimořádné přerozdělení zůstatků na fondech pojišťoven, které zůstatky částečně přerozděluje od VZP do zaměstnaneckých pojišťoven, ale nemá vliv na celkové zůstatky.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) a z dalších příjmů zdravotních pojišťoven pro rok 2027 se odhadují na 605 mld. Kč. Tato predikce je shodná s predikcí Ministerstva financí ze září 2026.

Součástí predikce příjmů je i navýšení platby za státní pojištěnce v celkové výši 16,5 mld. Kč, z čehož 13 mld. Kč plyne z mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce dle očekávané verze návrhu novely zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, který pozastavuje automatický valorizační mechanismus a stanovuje výši platby za státní pojištěnce pro rok 2027 napřímo, a zbývajících 3,5 mld. Kč plyne z navýšení počtu státních pojištěnců z důvodu odvodu pojistného za pečující osoby.

Nad rámec výše uvedeného je třeba konstatovat, že predikce Ministerstva financí jsou historicky koncipovány jako konzervativní a reálné příjmy veřejného zdravotního pojištění jsou typicky o cca 5 mld. Kč vyšší, jak ukazuje následující graf[1]:



Ministerstvo zdravotnictví s těmito očekávatelnými nadvýběry v rámci základní finanční bilance úhradové vyhlášky nepočítá, ale kalkuluje s nimi v rámci citlivostní analýzy dopadů vyhlášky.

Očekávané příjmy systému veřejného zdravotního pojištění pro rok 2027 ve výši 605 mld. Kč představují navýšení oproti roku 2026 o 44,4 mld. Kč (7,9 %).

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

[1] Pro rok 2026 je jako realita brána současná srpnová predikce ministerstva financí z roku 2026 pro rok 2026. Zároveň v letošním roce je odchylka částečně způsobena změnami v příjmech z pojistného za nové kategorie státních pojištěnců (pečovatele) ve výši cca 3 mld. Kč, které nebylo možné predikovat.

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.

Částečně implementace regulace závisí i na činnosti Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který zpracovává agregované údaje, na které vyhláška v některých místech odkazuje. I zde se jedná o činnosti, které ÚZIS již provádí v rámci své běžné činnosti.

3 Přezkum účinnosti regulace

Během roku 2027 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 a průběžné informace o plnění zdravotně-pojistných plánů a vývoji nákladů na zdravotní služby, a také čerpá z Národního registru hrazených zdravotních služeb.

V některých oblastech vyhlášky dále Ministerstvo zdravotnictví čerpalo informace a analýzy od ÚZIS, pro rok 2027 například skrze datovou podporu dohodovacího řízení, kde ÚZIS publikuje desítky otevřených datových sad o veřejném zdravotním pojištění.

Finálním zdrojem dat jsou přímé sběry dodatečných údajů od zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, na základě kterých jsou dotvářeny modelace dopadů některých úhradových mechanismů, obzvláště v segmentu poskytovatelů akutní lůžkové péče. Letošní modelace nezahrnují data od Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra, která údaje z technických důvodů na její straně neposkytla.

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

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

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

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

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

Dopad na státní rozpočet z tohoto návrhu přímo nevyplývá. Reálný celkový dopad na veřejné zdravotní pojištění není možné exaktně vyčíslit, především z toho důvodu, že vyhláška je pro poskytovatele a zdravotní pojišťovny závazná jen tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh a regulačních omezeních jinak. Dále v některých částech vyhlášky dopady explicitně závisí na smluvním nastavení úhrad mezi pojišťovnou a poskytovatelem, případně na vyhodnocení kvalitativních ukazatelů, které jde pouze obtížně předvídat.

S odhlédnutím od těchto skutečností je úhradová vyhláška na rok 2027 koncipována jako finančně vyrovnaná.

Očekávané náklady systému v roce 2027 se odhadují na 604,9 mld. Kč, z toho 583,7 mld. Kč tvoří náklady na zdravotní služby (růst o 27,5 mld. Kč) a 21,3 mld. Kč ostatní náklady včetně nákladů na provoz zdravotních pojišťoven a včetně fondu obecně prospěšných činností (růst o 240 mil. Kč) a fondu prevence (růst o 1 mld. Kč). Ministerstvo zdravotnictví neočekává, že by snížení maximálních přídělů do provozních fondů pojišťoven o 3 mld. Kč dle novelizace fondové vyhlášky vedlo k poklesu výdajů těchto fondů. Zároveň se ale neočekává jejich významnější růst. Celkový meziroční růst nákladů tak je odhadován na 28,8 mld. Kč (5 %). Rozdíl příjmů a výdajů je vyrovnaný (+0,1 mld. Kč).

Na rozdíl od minulých let vyhláška již nerozlišuje účetní hledisko a hledisko cashflow, kdy za základ výdajů roku 2026, od kterého je kalkulován růst pro rok 2027, bere očekávané náklady (nikoliv výdaje) na zdravotní služby a ostatní výdaje zdravotních pojišťoven (v posledních letech bývaly výdaje na zdravotní služby významně nižší než náklady, kdy některé zdravotní pojišťovny z cashflow důvodů měly uměle nízké zálohy nebo prodlužovaly doby splatnosti a vyúčtování). Pro rok 2027 tak vyhláška umožňuje zdravotním pojišťovnám nastavit zálohy a cashflow platby ve výši očekávaných nákladů při dodržení vyrovnané bilance hospodaření. Vyhláška je tak finančně vyrovnaná i z hotovostního hlediska.

Na základě průběžných informací o vývoji nákladů vyhláška předpokládá, že očekávané náklady na zdravotní služby v roce 2026 budou o 2,2 mld. Kč nižší, než uvádějí zdravotně-pojistné plány zdravotních pojišťoven pro tento rok. Tento odhad je konzervativní –VZP sama

v současné době očekává nižší náklady na zdravotní služby o 3,4 mld. Kč, ostatní zdravotní pojišťovny pokles výdajů zatím neočekávají. Nižší náklady se očekávají převážně v segmentu stomatologické péče (menší než očekávaný dopad reformy), segmentu ambulantních specialistů, segmentu nemocnic včetně centrové léčby, zdravotnické záchranné služby a nákladů na očkování. Vyšší náklady než ve zdravotně-pojistných plánech se očekávají naopak v segmentu gynekologie (vyšší dopad reformy) a segmentu jednodenní péče (růst objemu péče).

Pro rok 2027 jsou růsty jednotlivých segmentů částečně nivelizované a bez významnějších překvapení:

- Segmenty primární péče, které se dohodly v dohodovacím řízení, budou mít jeden z nejvyšších růstů – mezi 4 % a cca 5,5 %, což reflektuje vládní prioritu podpory primární péče.
- Produkčně silné segmenty, které rostou vlivem demografického stárnutí nebo technologicko-organizačních změn, budou mít často nižší jednotkový růst úhrad, ale zato významnější růst celého segmentu tažený růstem objemu péče – mezi tyto segmenty patří domácí péče a péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (růst segmentu kolem 7-8,5 %), dále segment radiodiagnostiky (vyšší jednotkový růst skiagrafií a objemový růst magnetických rezonancí – celkově kolem 8,7 %) a dále růst jednodenní péče, kde došlo k zastropování jednotkových úhrad, ale objemově na základě aktuálního trendu přesto očekáváme růst segmentu kolem 16 % (dohoda z dohodovacího řízení nestanovila objemové limitace).
- Segment centrových léků býval historicky nejvyšším růstovým segmentem, ale v posledních letech vlivem řady faktorů (méně nových vstupů do systému, stagnace limitu ochoty platit u HTA, indexy cenových slev, objemové limitace, tlak na budgety pojišťoven) růst úhrad ztrácí dynamiku a pro rok 2027 očekáváme navýšení pouze o cca 7 %, které na základě aktuálních trendů může být dokonce i nižší.
- Naopak vyšší dynamiku má segment zdravotnických prostředků na poukaz, kde v souladu s trendem posledních let (taženým do značné míry prostředky pro diabetiky) očekáváme růst o téměř 9 %. Růst léků na recept pak je odhadován na cca 5 %, s částečnou nejistotou ohledně dopadu rozvolnění preskripčních omezení u praktických lékařů.
- Ostatní segmenty s dohodou z dohodovacího řízení rostou tempem od 2 % (lázně) do 5 % (ZZS a laboratoře).
- U dvou segmentů bez dohody – následné lůžkové péče a ambulantních specialistů, růst rámcově vyplývá z částečného kompromisu v rámci dohodovacího řízení (u ambulantních specialistů) a výsledku pilotního projektu rozhodčího řízení (u následné péče – o pilotu více níže), kde ministerstvo nad rámec těchto růstů upravovalo úhrady pouze marginálně. Výsledkem je růst ambulantních specialistů o 5,2 % a následné lůžkové péče o 6,6 %, kde oba tyto růsty jsou zároveň založeny na tempech růstu objemu péče, který v letošním roce vykazuje spíše klesající dynamiku (u ambulantních specialistů je šance, že náklady budou významněji pod zdravotně pojistnými plány a u

následné péče produkční růsty naráží na mantinely obložnosti a pomalé transformace péče).

- Poslední, ale objemově nejvýznamnější segment bez dohody – segment poskytovatelů akutní lůžkové péče, má stanoven růst úhrad vyplývající ze zbývajících disponibilních prostředků systému veřejného zdravotního pojištění do vyrovnaného salda systému, což vychází na růst o 3,6 %, ale s řadou nejistot oběma směry. Více o tomto segmentu ve zvláštní části důvodové zprávy.

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

Řádek	Ukazatel	Rok 2026 náklady dle zdravotně-pojistných plánů	Rok 2026 náklady - očekávaná skutečnost	2026 Rozdíl ZPP a oček. skut.	Náklady 2027 náklady - odhad dle ÚV 2027	2027/2026 změna v %
I.	Náklady na zdravotní služby celkem	558 300 757	556 105 734	-2 195 023	583 660 395	104,95%
1	na ambulantní péči celkem	163 146 125	162 408 297	-737 828	171 076 083	105,34%
1.1	v tom: stomatologické služby	24 820 559	23 579 531	-1 241 028	24 586 377	104,27%
1.2	praktičtí lékaři	35 668 577	35 668 577	0	37 551 878	105,28%
1.3	gynekologické služby	7 312 169	8 043 386	731 217	8 472 098	105,33%
1.4	fyzioterapie	5 910 492	5 910 492	0	6 112 631	103,42%
1.5	laboratorní a radiodiagnostické služby	21 058 099	21 058 099	0	22 329 549	106,04%
1.5.1	z toho: laboratoře	16 151 630	16 151 630	0	16 994 745	105,22%
1.5.2	radiodiagnostika a ostatní	4 906 469	4 906 469	0	5 334 804	108,73%
1.6	domácí zdravotní služby	6 766 359	6 766 359	0	7 248 124	107,12%
1.7	ambulantní specializované služby	49 566 874	49 338 857	-228 017	51 880 792	105,15%
	bez centrových léků	45 603 396	45 375 379	-228 017	47 671 373	105,06%
	centrové léčivé přípravky	3 963 478	3 963 478	0	4 209 419	106,21%
1.8	ambulantní hemodialyzační péče	3 479 841	3 479 841	0	3 585 628	103,04%
1.9	sociální služby poskytující zdravotní péči	8 563 155	8 563 155	0	9 309 006	108,71%
2	na lůžkovou zdravotní péči celkem	306 699 824	305 149 446	-1 550 378	318 635 218	104,42%
2.1	v tom: poskytovatelé akutní lůžkové péče	270 389 017	268 838 639	-1 550 378	279 938 791	104,13%
	v tom: náklady bez centrových léků	226 906 043	226 225 325	-680 718	234 339 097	103,59%
	centrové léčivé přípravky	43 482 974	42 613 315	-869 659	45 599 695	107,01%
2.2	následná a dlouhodobá lůžkové péče	36 310 807	36 310 807	0	38 696 427	106,57%
3	lázně a ozdravovny	4 753 623	4 753 623	0	4 841 565	101,85%
4	jednodenní péče	3 119 359	3 743 231	623 872	4 335 410	115,82%
5	zdravotnická dopravní služba	2 486 317	2 486 317	0	2 615 108	105,18%
6	zdravotnická záchranná služba	7 151 314	6 936 775	-214 539	7 250 317	104,52%
7	na léky vydané na recepty	51 787 373	51 787 373	0	54 459 601	105,16%
8	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy	15 068 697	15 068 697	0	16 381 181	108,71%
9	na léčení v zahraničí	1 629 983	1 629 983	0	1 796 567	110,22%
10	finanční prostředky (vratky) podle § 16b zákona	796 894	796 894	0	828 770	104,00%
11	náklady na očkovací látky	1 580 748	1 264 598	-316 150	1 360 076	107,55%
12	ostatní náklady na zdravotní služby	80 500	80 500	0	80 500	100,00%
II.	Fond prevence	3 816 000	3 816 000	0	4 816 000	126,21%
III.	Výdaje ostatních fondů	16 222 660	16 222 660	0	16 466 000	101,50%
Celkem	Celkové náklady systému v.z.p	578 339 417	576 144 394	-2 195 023	604 942 395	105,00%

Nad rámec této základní vyrovnané bilance provedlo Ministerstvo zdravotnictví citlivostní analýzu hodnotící možné významné potenciální vlivy, které mohou tuto bilanci ovlivnit v obou směrech (+ pro zlepšení salda; - pro zhoršení salda):

- +3 mld. Kč: vyšší výběr pojistného na zdravotní pojištění. Úhradová vyhláška predikuje příjmy systému veřejného zdravotního pojištění ve výši identické s predikcí Ministerstva financí, nicméně podle reálných příjmů posledních let bývá výběr vyšší o cca 5 mld. Kč oproti predikci Ministerstva financí – pokud se tento efekt alespoň

částečně potvrdí i pro rok 2027, může dojít ke zlepšení finanční bilance o cca 3 mld. Kč.

- +2,5 mld. Kč: nižší náklady roku 2026. Úhradová vyhláška očekává dle průběžného vývoje nákladů roku 2026 pokles nákladů o konzervativní 2,2 mld. Kč, ale pokud se tento trend potvrdí i ve druhé polovině roku a u všech pojišťoven, mohou být náklady za rok 2026 nižší až o cca 5 mld. Kč oproti zdravotně pojistným plánům, což implikuje i analogicky nižší náklady v roce 2027.
- +3 mld. Kč: pokles výdajů provozních fondů 2027. Úhradová vyhláška navzdory změnám ve fondové vyhlášce neočekává pokles výdajů na provozní fondy zdravotních pojišťoven. Pokud se zdravotní pojišťovny samy rozhodnou realizovat úspory, dojde ke zlepšení salda jejich hospodaření.
- +1,5 mld. Kč: implementace elektronických laboratorních žádanek. Úhradová vyhláška v segmentu laboratoří počítá s růstem o více než 5 % vyplývajícím z parciální dohody v dohodovacím řízení, která odstraňuje drakonické regulace roku 2026 a zároveň další část péče dereguluje, např. skrze balíčky péče. Základní predikce nepočítá s okamžitou úsporou plynoucí ze startu elektronické žádanky, který bude spíše pozvolný. V případě rychlejšího náběhu však je možné očekávat úspory již v roce 2027. Další úspory mohou plynout z pokračující elektronizace v dalších oblastech zdravotnictví.
- -1 mld. Kč: individuální úhradové mechanismy u totálních endoprotéz. Úhradová vyhláška nově ponechává úhrady totálních endoprotéz na smluvním ujednání zdravotních pojišťoven a poskytovatelů péče se stanovením pouze minimální základní úhrady pro případ nedohody. Odhad dopadu tohoto opatření je z povahy změny obtížné predikovat – základní predikce úhradové vyhlášky pro jednoduchost očekává úhrady totálních endoprotéz kopírující nastavenou minimální hodnotu pro případ nedohody, která představuje úsporu cca 1 mld. Kč oproti roku 2026. Lze ale očekávat, že zdravotní pojišťovny a poskytovatelé budou ve smluvních ujednáních vyjednávat o vyšších úhradách, než je vyhláškou stanovené minimum. V případě, že by dopad individuálních dohod kopíroval nastavení úhrad z roku 2026, znamenalo by to dodatečné náklady ve výši cca 1 mld. Kč. Nejisté je rovněž plnění kvalitativních kritérií, ať už v případě nastavené minimální úhrady nebo v případě individuálních úhradových dohod, které dle očekávání budou rovněž obsahovat kvalitativní doložku.
- -0,5 mld. Kč: vyšší dopad úhrady terénních sester. V segmentu praktických lékařů dochází k zavádění novinky úhrad terénních sester, jejichž finanční dopad na systém veřejného zdravotního pojištění je značně nejasný. Odhady zdravotních pojišťoven, ze kterých základní odhad úhradové vyhlášky vychází, očekávají finanční dopad v řádu desítek milionů Kč, v případě širšího rozšíření a využívání výkonové složky úhrady může dopad být i významně vyšší.
- -3,2 mld. Kč: dopad vstupu a využití nových léčivých přípravků na léčbu Alzheimerovy choroby. Úhradová vyhláška v základní predikci centrových léků nealokuje náklady na vstup léčivých přípravků na Alzheimerovu chorobu do systému veřejného zdravotního pojištění. Dle *horizon scanningu* ale může objem těchto léčivých přípravků v příštím

roce dosáhnout až 3,2 mld. Kč, které mohou tvořit dodatečné náklady zdravotního systému (v plné či částečné výši dle rychlosti penetrace trhu).

- -1,3 mld. Kč: bonifikace za očkování personálu nemocnic. Úhradová vyhláška nově obsahuje některé prvky *value-based payments*, které odměňují poskytovatele za poskytování péče s vyšší přidanou hodnotou. Jedním z nich je významná bonifikace za navýšení proočkovanosti zdravotníků nemocnic proti chřipce, která je aktuálně jednou z nejnižších v rámci EU a představuje ohrožení odolnosti českého zdravotnictví a péči s nízkou přidanou hodnotou. Základní predikce úhradové vyhlášky nepočítá se splněním přísných kritérií této bonifikace, ale v případě jejího dosažení by došlo k růstu nákladů o 1,3 mld. Kč.
- -2 mld. Kč: vyšší růst objemu péče. Úhradová vyhláška částečně či úplně dereguluje některé oblasti péče – magnetické rezonance nemocnic, prediktivní diagnostiku, částečně laboratoře; dále odbourává penalizace růstových koeficientů v ambulantních segmentech; a konečně nezavádí žádné objemové limitace na rychle rostoucí segmenty (např. JPL). Výsledkem může být vyšší než očekávaný růst nákladů.
- -1,5 mld. Kč: vyšší růst výdajů provozních fondů pojišťoven a fondu obecně prospěšných činností. Základní predikce úhradové vyhlášky předpokládá pouze mírný růst výdajů nezdravotních fondů pojišťoven. Zároveň ale průměrná mzda v ekonomice poroste o více než 6 %, což vytváří tlak na mzdy zaměstnanců zdravotních pojišťoven. To společně s potřebnými investicemi do IT systémů a zaváděním příspěvků z fondu obecně prospěšných činností na stipendia a pacientské organizace může vést k vyššímu růstu nákladů.
- -0,5 mld. Kč: omezená aplikace indexů cenové slevy u centrové léčby. Úhradová vyhláška obsahuje relativně agresivně nastavené koeficienty cenové slevy u centrové léčby a předpokládá jejich plošnou aplikaci u nemocnic i ambulantních specialistů. V případě, že by se zdravotní pojišťovny v rámci podpory dostupnosti péče rozhodly tyto koeficienty selektivně neuplatňovat (např. u ambulantních specialistů, specializovaných nemocnic apod.), budou očekávané náklady na centrové léky vyšší.
- -2 mld. Kč: podpora transformace nemocnic. Úhradová vyhláška neobsahuje plošné bonifikační ustanovení pro podporu transformace poskytovatelů akutní lůžkové péče. Ministerstvo zdravotnictví se domnívá, že transformace je komplikovanější proces než pouhý přesun lůžek a personálu z akutní do následné lůžkové péče, jak bylo navrženo v rámci dohodovacího řízení (z tohoto důvodu tuto část společného návrhu vyhláška nepřejímá). V případě, že se zdravotní pojišťovny rozhodnou uzavřít individuální úhradové dodatky obsahující bonifikace transformace péče, budou tyto investičně-bonifikační náklady zvyšovat náklady systému dříve, než se projeví úspory spojené s transformací péče.

Ministerstvo zdravotnictví se na základě citlivostní analýzy domnívá, že potenciální vlivy zlepšující finanční bilanci svou výší a pravděpodobností výskytu vyrovnávají vlivy zhoršující tuto bilanci a rizika predikce jsou tak vyrovnaná.

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 mírně deficitní či mírně přebytkové hospodaření. Významné rozdíly jsou pak mezi jednotlivými typy poskytovatelů akutní lůžkové péče – více ve zvláštní části důvodové zprávy.

Dopad navrhované vyhlášky na podnikatelské prostředí, pokud jde o poskytovatele zdravotních služeb, je v rozpětí od převážně kladného až po individuálně 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 došlo k lobbování dne 28. 7. 2026, a to ze strany zástupce praktických lékařů MUDr. Petra Šonky a zástupkyň domácí péče Bc. Ludmily Kondelíkové a Bc. Ludmily Kučerové, DiS., vůči vedení ministerstva, ve smyslu zákona č. 168/2025 Sb. o regulaci lobbování, a to ve věci protestu skupiny domácí péče proti dohodě ve skupině praktických lékařů, přičemž výsledkem bylo uznání protestované dohody praktických lékařů a její promítnutí do návrhu vyhlášky.

H. Zhodnocení dopadů na výkon státní statistické služby

Nepředpokládá se dopad návrhu na výkon státní statistické služby. Nedojde k narušení objektivity 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 zkratek 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 jsou 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 u dětí (výkony č. 09555 až 09557 podle seznamu výkonů) má na základě dohod z dohodovacího řízení stanovenou hodnotu bodu 1,12 Kč, u dospělých je v návaznosti na dohody v primární péči navýšena na hodnotu bodu 1,16 Kč.

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 odlišnou úhradu oproti ostatním odbornostem.

Pro stomatology představují obdobu výkonů bonifikace péče o děti kódy 00826 (106 Kč), 00907 (164 Kč) a 00906 (217 Kč) v příloze č. 11, u kterých je úhrada nastavena na základě dohody v segmentu. Kód 00944, který představoval do roku 2026 obdobu navýšení úhrady za klinické vyšetření, byl v dohodě pro rok 2027 zrušen a úhrada za něj započítána přímo do úhrad výkonů, se kterými byl do roku 2026 vykazován.

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

Pro rok 2027 dochází k úpravám některých screeningových programů. U screeningu kolorektálního karcinomu dochází k podpoře screeningových a preventivních vyšetření a zavedení nových signálních výkonů. U programu časného záchytu karcinomu plic jsou dosavadní výkony CT vyšetření hrudníku nahrazeny novými výkony. Od 1. července 2027 je screeningové výkony oprávněn vykazovat v souvislosti se screeningem karcinomu plic lékař jakékoli odbornosti. Celkově jsou screeningové programy úhradově podpořeny. Za účelem promítnutí těchto změn seznamu výkonů byly provedeny zásahy do příslušných příloh vyhlášky, a to výjimečně i v rámci segmentů s dohodou.

Ostatní výkony nejsou pro rok 2027 z hlediska úhradové vyhlášky dotčeny.

K § 1

Definuje se okruh poskytovatelů, pro něž se vyhláškou stanoví hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení. Na základě vývoje legislativy a samotného dohodovacího řízení byly přidány ošetřovatelská péče v zařízení sociálních služeb a lékárenská pohotovostní služba, a byla odebrána lékařská pohotovostní služba, která již je vyhláškou hrazena pouze jako součást urgentního příjmu u poskytovatele akutní lůžkové péče.

K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2025.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2027.

Je zachováno zkrácení lhůt pro zařazování, předávání a uznávání údajů za hodnocené období, které jsou souhrnně stanoveny na 29. 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 byla v minulosti nedostatečná, což způsobuje v daty podmíněných procesech řízení zdravotnictví významné problémy, je zachován koeficient snižující úhradu za hrazené služby za rok 2027 vykázané po termínu 31. března 2028 na 95 %. U opravných dávek je lhůta pro vykázání stanovena na 31. března 2028 s přihlédnutím k tomu, že vzhledem k rychlosti zpracování vykázaných dávek některými zdravotními pojišťovnami nemusí být dřívější vykázání opravné dávky než během

března 2028 pro poskytovatele realisticky možné. Zpracování dávek je nutné zrychlit a zefektivnit z obou stran. Lhůta 60 až 90 dnů (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.

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 již 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

Hlavní cíle a změny

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 2026 s několika podstatnými změnami popsanými v jednotlivých bodech níže, které jsou inspirovány společným návrhem na úhrady, který v rámci dohodovacího řízení vytvořily zdravotní pojišťovny a asociace menších a soukromých nemocnic. Celková změna úhrad pro segment poskytovatelů akutní lůžkové péče (s výjimkou tzv. centrové léčby) je odhadována na růst o cca 3,6 % a u segmentu následné péče se jedná o růst jednotkových úhrad o cca 2-6 % podle typu OD (další růst vyplývá z růstu kapacit a počtu pacientů).

Hlavní cíle pro úhrady nemocnic pro rok 2027 jsou následující (vyhláška je z velké části síťotvorná, jelikož podporuje přesuny péče):

- Finanční podpora regionálních pracovišť a narovnání úhrad pro zajištění regionální dostupnosti péče
- Centralizace vysoce specializované péče
- Podpora decentralizace jednoduchých výkonů ve vybraných odbornostech
- Podpora individuální smluvní politiky zdravotních pojišťoven
- Hledání cílených úspor a zvyšování efektivity poskytované péče

Mezi hlavní změny v segmentu lůžkové péče pro dosažení výše uvedených cílů pro rok 2027 patří:

- Rozdělení paušální úhrady na DRG skupiny, které jsou nákladově homogenní a nákladově heterogenní. U homogenních skupin dochází ke sjednocení základních sazeb, u heterogenních jejich částečné sblížení skrze minimální základní sazby.
- Odbourání risk-koridorů v úhradě vyčleněné z paušální úhrady.
- Vyčlenění vybraných jednoduchých DRG skupin do péče hrazené případovým paušálem, především v oblasti urologie, chirurgie a gynekologie.
- Kultivace systému koeficientů centralizace – prohloubení u oblastí v pokročilé fázi centralizace, a dále diferenciace pozitivních koeficientů dle míry centralizace.
- Navýšení objemu péče směřované do jednodenního provedení.
- Kultivace úhrad urgentních příjmů.
- Podpora individuální smluvní úhrady totálních endoprotéz.

Centrové léky (příloha č. 1, bod 1.4 a příloha č. 15)

V oblasti centrových léků pokračuje nově nastavený úhradový mechanismus z roku 2026, který kombinuje cenové slevy a degresivní úhradu nadprodukce.

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 uhrazenu nižší částku, než je objem jím vykázané péče.

Index cenových slev byl v roce 2026 podroben přezkumu, kdy byl analyzován vývoj rozdílů mezi náklady a výnosy za rok 2025, dále došlo k přezkumu rozdílu struktury péče mezi nemocničními a mimo-nemocničními poskytovateli, a konečně došlo ke sběru dodatečných údajů o nepřímých bonusech a nepřímých nákladech spojených s distribucí a nákupem centrových léků.

Následující tabulka ukazuje výsledek sběru dat o rozdílu mezi pořizovacími náklady a vykazovací hodnotou centrových léků u jednotlivých diagnostických skupin léků:

Diagnostická skupina	Index ÚV 2026	Vážený průměr rozdílu	Best practice rozdílu	Index ÚV 2027
Dermatologie	96%	90,5%	85%	93%
Dýchací soustava 1	100%	97,1%	96%	98%
Dýchací soustava 2	87%	75,8%	65%	87%
Endokrinologie	100%	98,7%	98%	100%
Hematoonkologie	94%	93,1%	87%	95%
Imunitní systém	100%	94,6%	95%	98%
Infekce	100%	98,0%	98%	98%
Metabolické vady	98%	97,7%	97%	98%
Neurologie 1	97%	97,4%	95%	98%
Neurologie 2	98%	94,4%	89%	95%
Oběhový systém	100%	91,2%	70%	97%
Oftalmologie	99%	96,5%	94%	98%
Onkologie – solidní nádory	96%	96,0%	92%	97%
Revmatologie	90%	78,1%	70%	90%
Trávicí soustava	90%	84,0%	63%	92%
Vyjmuté z DRG	100%	100,0%	100%	100%
Ostatní	98%	96,1%	91%	97%

Tabulka výše ukazuje, že existuje významný rozdíl mezi náklady a výnosy, který je různý u jednotlivých diagnostických skupin. Zároveň existuje významná heterogenita v efektivitě obchodních oddělení nemocnic z hlediska dosahování úspor na centrové léčbě – sloupec tabulky „best practice“ ukazuje, jaké jsou rozdíly nákladů a výnosů u nemocnic, které dosahují nejlepších výsledků a představují tak benchmark pro ostatní poskytovatele. Sloupec „vážený průměr“ pak udává objemově-vážené rozdíly napříč všemi poskytovateli. Úspory vyplývající z vážených průměrů dosahují cca 4 mld. Kč. V případě, že by všichni poskytovatelé nakupovali za pořizovací ceny dle „best practice“, dosahovaly by úspory až 7 mld. Kč. Nastavené koeficienty cenové slevy pro rok 2027 pak průměrný rozdíl pořizovacích nákladů a vykazovacích cen rozdělují v poměru 55 %: 45 % ve prospěch zdravotních pojišťoven a představují přímou úsporu pro systém ve výši 2,2 mld. Kč. Indexy vyplývající ze společného návrhu z dohodovacího řízení přináší úsporu jen 1,5 mld. Kč a jsou tak nedostatečně razantní vzhledem k úsporovému potenciálu.

Dále nad rámec těchto přímých rozdílů existují cca 2 % nepřímé zpětné bonusy u centrové léčby a dále téměř 2 % nepřímé náklady spojené s distribucí a pořizováním centrových léků. Tyto náklady jsou tudíž fakticky pokryty nepřímými bonusy.

U některých skupin, kde centrové léky jsou podávány u mimonemocničních ambulantních specialistů i v nemocnicích, došlo k porovnání spektra péče mezi těmito dvěma segmenty. V segmentu dermatologie a revmatologie byly zjištěny rozdíly v podílu jednotlivých ATC skupin podávaných v nemocnicích a mimo nemocnice. Nebylo ale shledáno, že tento rozdíl je dostatečným důvodem pro rozdělení daných diagnostických skupin, což by zhoršilo zaměnitelnost a generifikaci péče v těchto skupinách. U těchto skupin zároveň je jeden z největších rozdílů mezi nákupní a vykazovací cenou, a také mezi stanoveným koeficientem a „best practice“ rozdílem. Neuplatnění, rozvolnění nebo redukce indexu jsou tak ekonomicky neobhajitelné.

Ambulantní mimo-nemocniční poskytovatelé tak mají několik možností, jak se vyrovnat s indexy cenové slevy:

- Nakupovat levněji – samostatně, společně jako skupina ambulantních poskytovatelů nebo ve spolupráci s nemocnicemi. Prostor pro cenové slevy je u těchto skupin tak rozsáhlý, že slevu alespoň ve výši indexu cenové slevy by měli být schopni dosáhnout všichni poskytovatelé.
- Adaptovat spektrum využívaných léčivých přípravků směrem ke kompozici nemocnic. Není důvod se domnívat, že rozdíly ve spektru využívaných léčivých přípravků mezi nemocnicemi a ambulancemi jsou medicínsky odůvodněné.
- Sjednat individuální úhradové dodatky se zdravotními pojišťovnami. Za dostupnost péče jsou odpovědné zdravotní pojišťovny a pokud by omezení výše úhrad ambulantní centrové péče mělo znamenat omezení dostupnosti péče nebo prodloužení čekacích dob, zdravotní pojišťovny přijmou adekvátní opatření pro zajištění dostupnosti péče.

Nadále zůstává zachována degresivní úhrada nadprodukce centrových léků. Při mírném překročení budgetu 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, již jedná o významné změny v rozsahu péče.

Úhrada centrových léků se pro rok 2027 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 pacientů (děti) nebo onemocnění (např. HIV), nebo pro profylaxi (RSV).

Regulovaná skupina hepatologie byla vzhledem ke své velikosti zrušena a začleněné léčivé přípravky tak budou zařazeny do skupiny ostatní.

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 ÚZIS nových léčivých přípravků a indikací. Ministerstvo zdravotnictví následně porovnalo 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 2027 a 2025 vychází na 20,7 % (významně nižší dynamika než v minulých letech) bez zohlednění indexů cenové slevy. Se zohledněním indexu cenové slevy tento růst pak vychází na 15,7 %, což vzhledem k růstu 2026/2025 o 8,9 % dle zdravotně pojistných plánů představuje růst 2027/2026 o pouhých 6,3 %.

Pro rok 2027 se nicméně očekává, že do systému začnou vstupovat významné nové nákladové položky – nové léčivé přípravky v kategorii imunitní systém v maximálním objemu až 0,6 mld. Kč, a především nové léčivé přípravky na léčbu Alzheimerovy choroby v objemu až 3,2 mld. Kč. Tyto nákladové položky jsou svojí výší naprosto mimo stávající náklady v příslušné diagnostické kategorii (Alzheimer by patřil do kategorie ostatní), a proto je nelze zahrnout do indexů navýšení. Namísto toho pro ně v úhradové vyhlášce je nově stanoven bod 2, který jejich úhradu vyjímá z úhrady ostatních centrových léků a nechává ji pro příští rok na smluvním ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Úhradově jsou v základní predikci finanční bilance centrových léků započteny pouze náklady na kategorii imunitní systém v objemu celkem 0,25 mld. Kč, dále rozvoj CAR-T terapií o objemu cca 0,1 mld. Kč a s léky na Alzheimerovu chorobu je kalkulováno pouze na úrovni citlivostní analýzy a jejich případné dopady nejsou zahrnuty v základní finanční bilanci úhradové vyhlášky, a to z důvodu nízké pravděpodobnosti významného rozšíření těchto přípravků v příštím roce. Celkový růst segmentu centrové léčby včetně zmíněných nákladů na nové léky na imunitní systém a CAR-T terapie a bez Alzheimera je tak odhadován na 7 % mezi roky 2027 a 2026. U centrových léků v segmentu ambulantních specialistů je očekáván nižší růst z důvodu jiného spektra poskytované péče a absence korekce roku 2026 dle ZPP směrem dolů.

Implementace CZ-DRG a úhradové mechanismy akutní lůžkové péče

V roce 2027 pokračuje proces implementace úhradového a klasifikačního systému CZ-DRG do akutní lůžkové péče. Veškerá akutní péče poskytnutá v roce 2025 bude pomocí retrospektivních algoritmů a pomocných pravidel překlasifikována do CZ-DRG verze 2027.

V letošním roce proběhla rozsáhlá analýza nákladové heterogenity u jednotlivých DRG skupin, na jejímž základě dochází k přeskládání DRG skupin do jednotlivých úhradových mechanismů a zavedení dvou nových mechanismů, v souladu s cíli vytyčenými pro úhrady roku 2027. Výsledky analýzy jsou následující:

- Celkově oproti post-covidovému období dochází k významnému zvýšení nákladové homogenity péče a nákladové rozdíly mezi menšími a většími nemocnicemi se snižují.
- V paušální úhradě existuje část DRG skupin, které jsou vysoce nákladově homogenní, a to ze tří důvodů:
    - Jedná se o skupiny prováděné pouze u jednoho typu poskytovatelů (typicky komplexní výkony s UPV, část onkologie apod.).

    - Jedná se o skupiny, které zohledňují status centra vysoce specializované péče přímo v klasifikaci, což samo o sobě homogenizuje péči na úrovni skupin.
    - Jedná se o skupiny s malými a zároveň statisticky nesignifikantními rozdíly v nákladech mezi jednotlivými typy nemocnic.
- Tyto homogenní skupiny v paušální úhradě ale stále není vhodné vyčlenit z paušální úhrady, jelikož u nich není vhodná produkční deregulace.
- U skupin zařazených do úhrady vyčleněné z paušální úhrady došlo k významné nákladové homogenizaci péče a nyní již většina skupin zde zařazených splňuje kritéria přeřazení do případového paušálu s jednotnou základní sazbou.
- Možná míra přesunů péče mezi úhradovými kategoriemi je příliš rozsáhlá pro realizaci v jednom roce z důvodu významných nákladových dopadů na některé skupiny poskytovatelů.

Z výsledků analýzy tak plyne, že v českém úhradovém systému dosud chyběla jedna kategorie úhrad – úhrada za jednotnou základní sazbu, ale s objemovou limitací. A tuto skupinu nově zavádí úhradová vyhláška na rok 2027.

Z hlediska úhrad je tak veškerá akutní lůžková péče v roce 2027 členěna do 6 základních skupin (z toho 2 jsou nové):

1. nákladově heterogenní báze s objemovou limitací, které jsou hrazeny heterogenní složkou paušální úhrady,
2. nákladově vysoce homogenní báze s objemovou limitací, které jsou hrazeny homogenní složkou paušální úhrady (objemově nejvýznamnější skupiny zahrnují srdeční selhání, střevní infekce, poruchy srdečního rytmu, kraniocerebrální poranění, předporodní diagnózy),
3. středně homogenní báze bez objemové limitace, které jsou vyčleněny z paušální úhrady a hrazeny základní sazbou dle typu poskytovatele,
4. vysoce homogenní báze bez objemové limitace, které jsou hrazeny případovým paušálem s jednotnou základní sazbou (nově sem jsou zařazeny objemově významné skupiny odstranění mandlí, resekce střev, apendixy, žlučníky, štítné žlázy, hysterektomie, malé gynekologické a urologické zákroky),
5. akutní psychiatrická péče, která je hrazena bez objemové limitace případovým paušálem s jednotnou základní sazbou a s regulací casemixu prostřednictvím délky hospitalizace,
6. elektivní a plánované totální endoprotézy kyčle a kolena, které jsou hrazené formou individuálně smluvně sjednané úhrady (ISSU) s pojistkou skrze stanovení minimální základní úhrady formou úhrady vyčleněné z paušální úhrady.

Poslední kategorie je specifická staro-nová forma úhrad, která existovala v úhradových vyhláškách před více než 10 lety (včetně pojistky pro případ nedohody pak např. v roce 2013), a která znamená deregulaci úhrad totálních endoprotéz, kdy je stanovení úhrady preferováno ponechat na smluvním vztahu poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Cílem tohoto opatření je přenést odpovědnost za zajištění a úhradu této elektivní péče na zdravotní pojišťovny, které

mají nástroje k řízení síťotvorby a úhrad, a zároveň jsou odpovědné za zajištění dostupnosti péče.

Stanovení minimální základní úhrady TEP

Na základě připomínkového řízení byl doplněn mechanismus základní minimální úhrady totálních endoprotéz, který se uplatní v případě, že se poskytovatel se zdravotní pojišťovnou nedohodne na výši a způsobu úhrady do konce března 2027 a hrozilo by tak právní vakuum ohledně stanovení úhrady.

Minimální základní úhrada je stanovena ve výši 87,5 % standardní úhrady, což odpovídá zkrácení délky pobytu u pacientů s TEP ze stávajících 9 dnů na 6 dnů, což je stále nadprůměrná délka pobytu oproti vyspělým zemím EU. Hrozba poklesu úhrad o 12,5 % je dostatečnou motivací pro poskytovatele, aby se zdravotní pojišťovnou jednali o individuálním nastavení úhrad.

Zároveň u minimální základní úhrady je zjednodušen a významně snížen nákladový modifikátor, který svojí výší 15 % odráží průměrnou nákladovou heterogenitu v této skupině péče, a je o 10 % nižší než nákladový modifikátor u ostatní úhrady vyčleněné z paušální úhrady. Snížení nákladového modifikátoru vytváří dodatečnou motivaci pro velké poskytovatele, aby jednali se zdravotní pojišťovnou o individuálním nastavení úhrady – při započtení bonifikace níže je úhrada pro velké poskytovatele o 20 % nižší, než by byla, pokud by tato péče byla hrazena úhradou vyčleněnou z paušální úhrady (-12,5 % základ – 10 % modifikátor + 2,5 % bonifikace).

Poslední komponentou minimální základní úhrady je mírná bonifikace za reporting stratifikačních a kvalitativních parametrů, které v současné době nejsou hlášeny, a které jsou potřeba pro budoucí kultivaci úhradového mechanismu TEP včetně nastavení balíčkových plateb podporujících *value-based healthcare*. Podmínkou bonifikace je reporting následujících parametrů:

- Body Mass Index (BMI), který může odlišit nákladovost pacientů a redukovat pozorovanou nákladovou heterogenitu (zde je nastaveno, že tento index může reportovat kterýkoliv poskytovatel – tj. i praktický lékař v rámci předoperačního vyšetření).
- ASA skóre hodnotící celkový zdravotní stav pacienta před operací, včetně hodnocení anesteziologických a pooperačních rizik – tento parametr může pomoci odhadnout potřebnou délku hospitalizace a potřebu využití JIP.
- Využití ERAS protokolu (Enhanced Recovery After Surgery), který má potenciál významně zkracovat hospitalizace, a tudíž snižovat celkovou nákladovost péče. Vzhledem k avizovaným diskuzím o tvorbě národního klinického protokolu TEP je jako alternativa zmíněna i možnost využití možného budoucího signálního výkonu adherence k tomuto protokolu, pokud bude vytvořen. U těchto změn se očekává, že budou realizovány v průběhu roku 2027, tudíž podmínka je nastavena až pro hospitalizace realizované v druhé polovině roku a zároveň je vyžadované procento plnění pouze 50 % z důvodu postupného zavádění a přítomnosti části DRG skupin pro poranění, kde aplikace ERAS nemusí být možná.

- Měření PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), tedy hodnocení výsledků léčby přímo od pacientů. PROMs je moderní metoda *value-based healthcare*, kdy jsou výsledky léčby hodnoceny pacientem a porovnává se funkční stav před operací (typicky do 2 měsíců před operací) se stavem po operaci (typicky po 3 měsících a následně po 12 měsících). Nejčastějším využívaným standardizovaným formulářem je Oxford Knee a Hip Score, který má mezinárodní srovnatelnost mezi zeměmi OECD. Tento indikátor typicky nereportuje poskytovatel, ale přímo pojištěnec skrze elektronický nástroj zdravotní pojišťovny (např. integrovaný v aplikaci zdravotní pojišťovny nebo jiné dedikované aplikaci). Vzhledem k času potřebnému pro implementaci tohoto řešení je i zde podmínka nastavena až pro hospitalizace realizované v druhé polovině roku a zároveň je vyžadované procento plnění pouze 50 %. Pokud se zdravotní pojišťovna rozhodne, že tento parametr nechce vyhodnocovat nebo jeho vyplňování neumožní, bude se tento parametr považovat za splněný.

Ačkoliv se jedná jen o nastavení minimální základní úhrady, ministerstvo očekává, že tyto parametry budou i součástí kvalitativních reportovacích doložek individuálních úhradových mechanismů, a proto je na ně odkazováno i v případě nedohody, aby bylo zajištěno jejich plnění i u poskytovatelů, kteří se na úhradě s pojišťovnou nedomluví.

Nová úhradová úprava totálních endoprotéz přinese následující benefity:

- Tlak na efektivitu poskytované péče.
- Navýšení kompetencí zdravotních pojišťoven.
- Zvýšení kvality a efektivity poskytované péče skrze tvorbu balíčků a konkurenci zdravotních pojišťoven.
- Reporting kvalitativních a stratifikačních parametrů TEP, které umožní další kultivaci úhradových mechanismů.
- Částečný přesun péče k nákladově efektivnějším poskytovatelům.

Úprava může představovat i určitá rizika vyplývající z možného různého nastavení úhrad mezi jednotlivými pojišťovnami. Tato rizika budou ale zmenšena společnou metodickou koordinací a stanovenou minimální základní úhradou pro případ nedohody. V každém případě výhody navrhované úpravy vysoce převažují před potenciálními riziky. Ministerstvo zdravotnictví nepředpokládá žádné negativní dopady na dostupnost péče.

Celkové rozdělení péče (měřené case-mixem) mezi jednotlivé úhradové kategorie pro rok 2027 je následující:

Podíly péče dle způsobu úhrady					
Část přílohy č. 10	Typ úhradového mechanismu	ÚV 2025	ÚV 2026	ÚV 2027	Maximální rozsah
A	Heterogenní paušál	45,3 %	43,4 %	37,2 %	27,7 %
D	Homogenní paušál	NA	NA	6,1 %	15,6 %

C+E	Vyčleněné z paušálu	29,9 %	26,5 %	9,7 %	7,0 %
B+F+G	Případový paušál	22,0 %	27,5 %	39,1 %	41,8 %
H	Psychiatrie	2,7 %	2,7 %	2,7 %	2,7 %
I	TEP ISSU	NA	NA	5,2 %	5,2 %

Z tabulky je zřejmé významné navýšení podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou, které v roce 2026 činilo 30,2 % veškeré péče a v roce 2027 bude činit již 47,9 % (případně i více, pokud se započítají TEP). Významný je hlavně přesun péče do nové kategorie homogenního paušálu a dále přesun z vyčleněné úhrady do případového paušálu a TEP. Tabulka také obsahuje sloupec „maximální rozsah“, který ukazuje potenciál dalších přesunů a sjednocování sazeb u nákladově homogenní péče, ke kterým ale nebylo v plné míře přistoupeno z důvodu neúnosného meziročního dopadu na jednotlivé typy poskytovatelů.

Základní sazba, relativní váhy a výjimky z DRG

Centrální základní sazba CZ-DRG, která je základním parametrem pro nastavení úhrad ve většině úhradových mechanismů, je pro rok 2027 stanovena ve výši 84 000 Kč, tj. o 2 000 Kč (2,4 %) výše než v roce 2026.

Technická základní sazba CZ-DRG, která je používána pro normování relativních vah, vychází pro rok 2027 ve výši 95 057 Kč (růst o 8,3 % oproti roku 2026). Poměr centrální a technické základní sazby je pro rok 2027 88,4 %, což je významné zhoršení poměru oproti minulým rokům (v roce 2026 byl poměr 93,4 %, v roce 2025 dokonce 95,3 %). Zhoršení tohoto poměru implikuje, že růst nákladů nemocnic vysoce převyšuje růst úhrad, což zároveň vede k postupnému zhoršování hospodářského výsledku nemocnic, který po svém vrcholu v roce 2024 setrvale klesá.

Novinkou pro rok 2027 je možnost navýšení centrální základní sazby při splnění globálního parametru proočkovanosti zdravotníků poskytujících péči u poskytovatelů akutní lůžkové péče proti chřipce. Aktuální proočkovanost ve výši 24 % u lékařů a 7,7 % u zdravotních sester je jedna z nejnižších v rámci EU a představuje ohrožení odolnosti českého zdravotnictví, a skrze nemocniční nákazy a omezení provozu z důvodu nemocnosti personálu v době epidemií představuje i péči s nízkou přidanou hodnotou a ohrožení dostupnosti péče. Z tohoto důvodu vyhláška přistoupila v rámci filosofie *value-based healthcare* k bonifikačnímu mechanismu navyšujícímu centrální základní sazbu o 1 000 Kč v případě, že proočkovanost dosáhne úrovně 33 % lékařů a 15 % nelékařů k datu 31. prosince roku 2027. Navýšení není vztaženo na proočkovanost u konkrétních nemocnic, jelikož personální situace a možnosti navýšení proočkovanosti jsou nemocničně-specifické a ministerstvo nechce vyvíjet nepřiměřený tlak na očkování v konkrétních nemocnicích. Namísto toho globální parametr bude motivovat managementy nemocnic k obecné podpoře očkování měkkými nástroji a výše bonifikace je dostatečná, aby vedla k signifikantní změně přístupu nemocnic a jejich personálu k očkování. Parametr bude vyhodnocovat anonymně a agregovaně ÚZIS a výsledek proočkovanosti sdělí zdravotním pojišťovnám.

Relativní váhy CZ-DRG vychází z nákladových dat roku 2024. Nově jsou z relativních vah a úhrad skrze systém CZ-DRG vyčleněny do přílohy č. 12 některé dodatečné 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 vybrané mimořádně nákladné aortální hrudní stentgrafty, které svojí nákladovostí vytváří násobky průměrných nákladů skupin, do kterých spadají, a zároveň tyto stentgrafty spadají do několika různých DRG skupin a jejich náklad tak není koncentrován a systematicky se nepromítá do navýšení relativní váhy. V poslední řadě se jedná o vzácně používané zdravotnické prostředky a dopad jejich začlenění do přílohy č. 12 je tak omezený. Dále jsou vyčleněny materiály pro transplantační perfuze orgánů, které umožňují transplantace orgánů, které by jinak nebyly transplantovatelné (perfuze zajišťuje, aby se orgán udržel co nejdéle životaschopný, zlepšila se jeho kvalita a snížilo se riziko poškození před samotnou transplantací). Jedná se o mimořádně nákladné materiály, které jsou využívány neplánovaně a náhodně, což z nich činí vhodné kandidáty na úhradu skrze přílohu č. 12. Oproti ostatním materiálům není stanoveno, že jsou vyčleněny i perfuzím podobné materiály, a to z důvodu, že řada těchto materiálů je vykazována nespecifickými kódy č. 9999999 a tyto není vhodné vyčleňovat. Posledním nově zařazeným materiálem je katétr pro renální denervaci, který je nově používán v konzervativních kardiologických DRG skupinách s minimální materiálovou relativní vahou, kde představuje mnohonásobný outlier a je tak vhodným kandidátem na vyjmutí z klasifikace DRG.

Kromě těchto nových vyčleněných materiálů byly dále zvažovány léčivé přípravky ATC C01CX09, materiály pro mechanickou srdeční podporu a materiály pro imunoterapie z autologních dendritických buněk – tyto položky ale nebyly shledány jako vhodné pro vyčlenění přílohou č. 12.

Specifická úprava v bodu 1.6 přílohy č. 1 pro robotické ZUMy je zachována, ale vzhledem k problémům vzniklým v praxi s jejím původním zněním je upravena formulace. 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) se nezahrne do výpočtu horního materiálového DRG outlieru. Do budoucna se očekává, že bude zpracována národní robotická strategie, která jasně definuje oblasti podporované pro robotické provedení.

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 rozdělení referenční úhrady na homogenní a heterogenní složku paušální úhrady, dle nákladové heterogenity DRG skupin spadajících do těchto složek. DRG skupiny spadající do homogenní části jsou zařazeny v části D přílohy č. 10.

Dle názoru ministerstva je rozdělení této úhrady na homogenní a heterogenní část úhradově spravedlivější než pouhé navyšování minimálních základních sazeb, které ignorují nákladové rozdíly u jednotlivých typů péče.

Heterogenní složka úhrady je stanovena podobným způsobem jako v minulém roce. U některých skupin poskytovatelů je i zde plně sjednocena základní sazba, 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. Konkrétní pravidla pro základní sazby v roce 2027 budou následující:

1. U poskytovatelů, kteří jsou součástí referenční sítě CZ-DRG a zajišťují komplexní péči, je referenční základní sazba plně sjednocena na úrovni 97 500 Kč. Definice této skupiny poskytovatelů skrze centra vysoce specializované péče se pro rok 2027 upravila v návaznosti na reakreditaci těchto center, kdy především síť komplexních onkologických center tvoří páteřní síť poskytovatelů obecné komplexní péče v ČR.
2. U poskytovatelů, kteří nejsou v referenční síti CZ-DRG, a/nebo zajišťují v nižší míře komplexní péči, je základní sazba také plně sjednocena na úrovni 90 000 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 dále je stanovena maximální základní sazba, která zajišťuje, aby nebyl příliš velký rozdíl v úhradě mezi péčí v paušální úhradě a v ostatních typech úhrady.

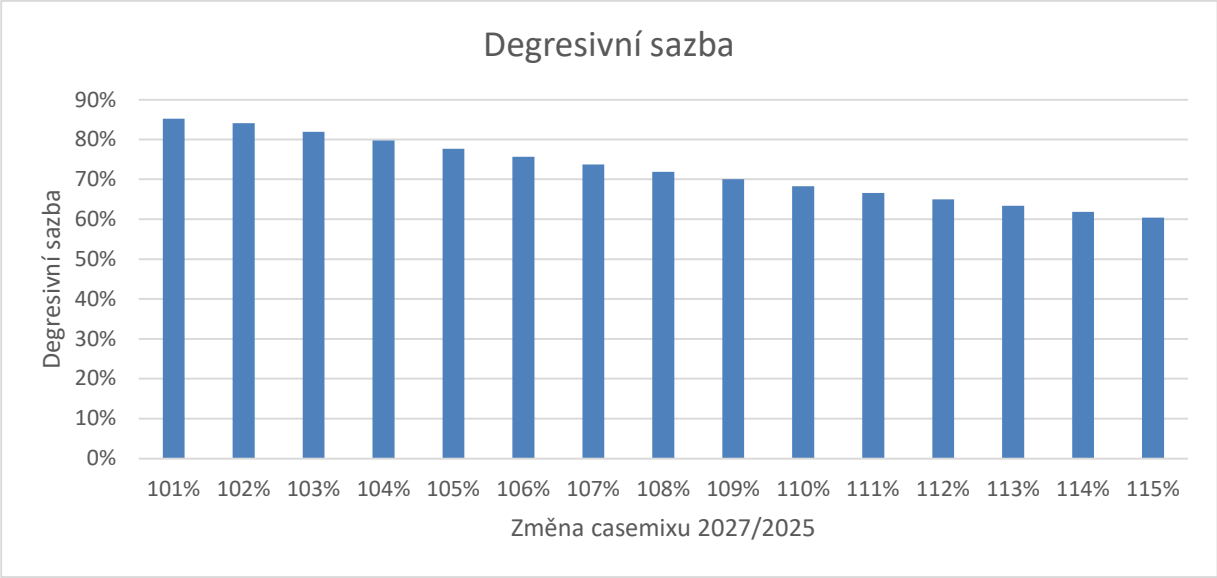
Zároveň pro podporu regionálních nemocnic i v této části paušální úhrady jsou významně navýšeny minimální základní sazby. V minulosti byly tyto sazby stanoveny tak, aby navýšily úhrady poskytovatelům s významně nižší sazbou, než mají srovnatelní poskytovatelé – nyní jsou minimální sazby nastaveny tak, že zvedají téměř celou skupinu poskytovatelů úhradově nahoru – např. v kategorii nemocnic s urgentním příjmem v síti DRG tyto základní sazby zvedají úhrady 95 % všech poskytovatelů v této kategorii.

Důvod navýšení základních sazeb i u nemocnic komplexního typu je zavedení homogenní složky paušální úhrady – tím, jak se homogenní péče vyčleňuje, je zbytek heterogenní části více nákladově heterogenní než v minulosti, a tudíž by na něj měly být aplikovány vyšší sazby, které tuto heterogenitu zohlední.

Úplnou novinkou je nové definování homogenní složky paušální úhrady, kam je mimo jiné zařazena významná část konzervativní kardiologie a interny. Paušální referenční složka úhrady je stanovena jednoduše skrze součin referenční produkce a centrální základní sazby – tj. za jednotnou základní sazbu. Jedinou výjimkou je koeficient nákladového modifikátoru, který úhradu navyšuje pro jednotky vysoce specializovaných poskytovatelů. Výše této referenční úhrady pak již není násobena koeficientem navýšení, jelikož je stanovena přímo v úhradách roku 2027.

Individuální paušální úhrada je pak nově dána součtem homogenní a heterogenní složky a tvoří jeden celek, který je pak podmíněn produkčním cílem, který je společný za obě složky úhrady – nedochází tak k dělení produkčního cíle. 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 nadprodukci ve snížené sazbě s tím, že čím vyšší nadprodukce, tím nižší sazba, kterou se produkce hradí. Funkce nadprodukce je stanovena rovněž nad celkovou paušální úhradou (tj. nad oběma složkami úhrady dohromady). 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:



Zachována zůstává motivace k provádění péče v jednodenním režimu u vybraných DRG skupin.

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 2027 také k řadě změn:

1. Poprvé dochází k plnému sjednocení základních sazeb u podobných typů poskytovatelů – jsou plně odbourány risk-koridory a tempa sbližování, a péče je hrazena za centrální základní sazbu násobenou nákladovým modifikátorem pro vyčleněnou péči.
2. Nákladové modifikátory u této části péče byly částečně navýšeny, a to z toho důvodu, že velká část homogenní péče byla z tohoto typu úhrady přeřazena do případového paušálu a zbytek péče je tudíž v průměru více heterogenní než dříve.
3. Pokračuje podpora provádění péče v jednodenním režimu, a to jak skrze pozitivní motivaci umožnění provádění péče v jednodenním režimu skrze garanci jednodenní úhrady u většího množství skupin, tak skrze mechanismus stropující úhradu ve výši JPL úhrady u jednoduchých pacientů ve vybraných skupinách, kdy pro rok 2027 došlo k dalšímu rozšíření těchto skupin.

4. Novinkou pro rok 2027 je bonifikace za vykazování kvalitativních ukazatelů v oblasti cévních mozkových příhod. V této oblasti je pro správné budoucí nastavení value-based payment modelů (včetně balíčkových plateb) nutné znát informace o tzv. Modified Rankin Scale (mRS), který hodnotí funkční stav pacienta při propuštění z hospitalizace a následně pak po 90 dnech od propuštění. Tento indikátor bude od roku 2027 nově možné vykázat skrze mezinárodní klasifikaci nemocí a pro zajištění jeho vykazování (včetně práce spojené s koordinací a sledováním péče po 90 dnech od hospitalizace) je nově stanovena bonifikace ve výši 5 % úhrady cévních mozkových příhod, pokud je tento indikátor vykázán alespoň u 90 % pacientů. Pro soulad s termíny pro vykázání péče do konce února 2028 se budou hodnotit pouze případy hospitalizací ukončené do konce října 2027.
5. Součástí této úhrady je také úhrada totálních endoprotéz popsaná výše za podmínky, že mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou nedojde k dohodě o výši a způsobu úhrady do 31. března 2027.

Úhrada případovým paušálem

Do nově již objemově nejvýznamnější skupiny bází (bod 5, část A, příloha č. 1) je zařazena péče hrazená jednotnou základní sazbou (s modifikátory) a oproti roku 2026 do této skupiny byla přeřazena obrovská část péče z úhrady vyčleněné z paušální úhrady.

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, a navíc ve snížené hodnotě oproti minulým letům, což reflektuje další nákladovou homogenizaci péče a cílenou snahu o decentralizaci jednoduché operativy, ke které sjednocení sazeb přispěje. U této péče nově nebude ekonomický zájem velkých nemocnic k navyšování objemu této péče, a naopak ji budou moci decentralizovat a uvolnit prostor na provádění komplexní péče v rámci center vysoce specializované péče, která se významně koncentruje.

Novinkou inspirovanou dohodovacím řízením je bonifikační úhrada za dětské pacienty u DRG skupin, kde vyšší nákladovost není zohledněna na úrovni DRG klasifikace. Oproti návrhu z dohodovacího řízení byl seznam těchto skupin kultivován a byly zařazeny ty skupiny, kde náklady za dětské pacienty jsou signifikantně vyšší než u dospělé populace. U zvolených skupin jsou průměrné náklady o 100 % vyšší u dětských pacientů a bonifikace polovinu z tohoto rozdílu kompenzuje. Bonifikace je omezena na poskytovatele s komplexním onkologickým centrem, u kterých jsou dětští pacienti v těchto skupinách koncentrováni. Dopad tohoto opatření je kolem 60 mil. Kč.

Úhrada akutní lůžkové psychiatrie

U poslední skupiny bází, tj. u akutní psychiatrické péče, dochází k několika spíše drobným změnám:

- Vzhledem k poklesu psychiatrických relativních vah mezi lety 2025 a 2027 významně klesá úhrada celé akutní psychiatrie mezi těmito roky. Pro zpomalení tohoto propadu došlo k navýšení části koeficientu transformace a koeficientu plnění kvalitativních

kritérií, čímž je pro rok 2027 dosaženo růstu a zmírnění finančního tlaku na tyto poskytovatele (ministerstvo na základě připomínek k úhradové vyhlášce provedlo detailní přepočet této oblasti a zjistilo, že k významnému propadu dochází již v letošním roce, namísto převážně v příštím roce, jak bylo původně očekáváno).

- Bonifikace za vznik nových služeb (CDZ, denní stacionáře) je rozšířena i na nemocnice bez transformačních plánů pro podporu vzniku těchto služeb i u nemocnic s tradičně silnou psychiatrií.

Kromě těchto změn je tato péče nadále 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.

Centralizace vysoce specializované péče

Společnou linkou několika částí úhrad akutní lůžkové péče je téma centralizace vysoce specializované péče. Tato zdravotní politika je nově realizována i cíleným odsmlouváváním péče z necenter a vydáváním centralizačních věstníků. Pro další podporu těchto aktivit přináší úhradová vyhláška na rok 2027 několik synergických změn pro podporu centralizace:

- U oborů, které se mají nejpozději od roku 2027 plně docentralizovat, dochází ke stanovení koeficientu centralizace ve výši 0,2, tj. jde o 80% penalizaci péče. Při této výši úhrady je nerealistické, aby tuto péči někdo prováděl. Konkrétně se jedná o oblasti onkochirurgie rekta, HPB a jícnu, dále pak onkogynekologie, operace měchýřů v onkourologii a část spondylochirurgie.
- Jsou centralizovány nové oblasti péče – konkrétně např. u onko-urologie dochází k zahájení procesu centralizace péče v oblasti ledvin a prostat (kde se plná docentralizace očekává v letech 2028, resp. 2030) podpořeného mírnými koeficienty centralizace.
- U spondylochirurgie je centralizace provázána s novou klasifikací CZ-DRG a je stanovena pouze u některých skupin péče.
- Došlo k diferenciaci pozitivního koeficientu centralizace, který nově reflektuje náročnost docentralizace dané oblasti (tlak na navýšení kapacit, přesčasy, vyčlenění sálů), a to podle následujícího klíče:
    - Pokud zbývá docentralizovat posledních 5 % péče, je koeficient 1,03,
    - Pokud zbývá docentralizovat do 10 % péče, je koeficient 1,05,
    - Pokud zbývá docentralizovat do 20 % péče, je koeficient 1,10,
    - Pokud je třeba docentralizovat více než 20 % péče, je koeficient 1,15,
    - Výjimku tvoří centralizace ledvin a prostat, kde centralizace bude graduovaná a koeficient je stanoven jednotně na 1,05 ačkoliv procento péče prováděné mimo centra je významné.

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 koeficientem duševního zdraví.

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 2027 mírně rozšířen oproti roku 2026, zejména o lékárenskou pohotovostní službu, nové laboratorní balíčky související s preventivními prohlídkami, o prediktivní diagnostiku a o magnetické rezonance, a naopak je do složky úhrady urgentního příjmu vyjmuta úhrada za pohotovostní službu.

Mechanismus regulace úhrady ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) zavedený v roce 2024 je zachován i pro rok 2027, se zachováním oddělené úhrady laboratorní a nelaboratorní části péče bez přelévání produkce 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. Tento efekt oproti původním očekáváním významně snižuje úhrady nemocničních ambulancí, jelikož významná část poskytovatelů měla v referenčním období vyšší úhradu oproti produkci.
- Úhrada poloviny neuhrazené historické nadprodukce – navýšení referenční úhrady se zohledněním historické nadprodukce.

Referenční úhrada je oproti ref. období navýšena za prvé koeficientem ve výši 5 % (radiodiagnostika – zohledněny změny v HB a objem péče), 4,5 % (laboratoře, kde je zohledněn především růst objemu péče), resp. 7 % (ostatní) oproti roku 2025, 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 ambulantních služeb péče o duševní zdraví je vzhledem k rychlému rozvoji možných bonifikací této péče u mimo nemocničních poskytovatelů nově zavedeno, že se bonifikace vyhodnocují i při poskytování této péče v rámci nemocničních ambulancí.

U bonifikace ostatních ambulantních služeb dochází ke zpřísnění bonifikačních podmínek – nově je potřeba prodloužený provoz 4 pracovišť namísto 2.

U zdravotních služeb poskytovaných 50 a méně pojištěncům je zachováno snížení hodnoty bodu, aby odpovídala průměrné hodnotě bodu uplatňované v nemocničních ambulancích.

K § 5 odst. 1 a příloze č. 1, části A, bodu 8

Úhrada urgentních příjmů je pro větší přehlednost vyňata z úhrady ambulantní péče do samostatného bodu 8, přičemž nadále upravuje úhradu 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 2026 zahrnuje několik změn:

- Všechny kategorie urgentního příjmu byly v paušální složce navýšeny dle aktualizovaných nákladových dat z referenční sítě DRG. Urgentní příjmy jsou jednou z mála složek nemocniční péče, která je často významně ztrátová. Pro omezení křížového financování z ostatních složek úhrady tak byla úhrada urgentních příjmů relativně navýšena oproti ostatním složkám úhrady.
- Významně je podpořena výkonová složka urgentního příjmu – zvláště u menších nemocnic. Do výkonové složky urgentního příjmu jsou (včetně limitace a redukčního mechanismu produkce) ale nově také zahrnuty výkony klinických vyšetření specialistů nemocničních ambulancí provedené u pojištěnců, kterým je současně (ve stejný den) poskytnuta péče na urgentním příjmu. Tím je částečně omezena motivace k účelovému chování při přeposílání pacientů z urgentního příjmu k vyšetřením sloužících specialistů (včetně konziliárních vyšetření na urgentním příjmu) a současně jsou v úhradě urgentního příjmu věrněji zachyceny všechny hrazené služby, které jsou poskytovány v souvislosti s jeho provozem. Dále je součástí výkonové složky (opět včetně limitace a redukčního mechanismu produkce) urgentního příjmu nově produkce LPS, a to z důvodu, aby nedocházelo k účelovému vykazování výkonů LPS namísto výkonů urgentního příjmu. Tímto sloučením do jednoho mechanismu dojde k lepší integraci úhradového mechanismu. Obě nové produkční komponenty jsou oproti výkonům urgentního příjmu oceněny vyšší efektivní hodnotou bodu (0,75), aby docházelo k postupné konvergenci z jejich původní vysoké hodnoty bodu směrem k rovnovážné hodnotě bodu výkonů urgentního příjmu (0,6).

Novinkou dále je, že paušální složka úhrady urgentního příjmu je silně navázána na kvalitu fungování daného urgentního příjmu. Pokud urgent nesplní legislativní požadavky kladené na jeho fungování podle prováděcích předpisů k zákonu o zdravotních službách, nebo vykázané výkony svědčí o tom, že na daném urgentu neprobíhá v souladu se žádoucími postupy jak triáž pacientů na vstupu, tak přijímání pacientů od zdravotnické záchranné služby, nebude mít nárok na paušální složku úhrady a produkční limit bude významně snížený.

Úhrada péče spojené s příjezdem zdravotnické záchranné služby je stanovena shodně jako v roce 2026. Paušální složka LPS je zachována ve stejné výši jako v roce 2026.

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

V bodu 9 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 2027 s valorizací výše paušální i výkonové složky této úhrady. Výkonová část péče i nadále bude vykazována signálními kódy zasmluvněnými ze strany zdravotních pojišťoven, a to i u pojištěnců ošetřovaných v neakutní lůžkové péči. Byl aktualizován seznam center vysoce specializované péče, u nichž je podporováno zřízení dvou konziliárních týmů pro dospělé současně.

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 a kultivovaná v následujících letech. Úhrada je stanovena jako kombinovaná paušálně-výkonová s výkonovou složkou navázanou na unikátního pacienta s vykázaným ORPHA kódem. Oproti roku 2026 je provedena úprava mechanismu výpočtu, která spravedlivěji alokuje úhradu na jednotlivý ERN, kdy 85 % úhrady jednotlivého ERN je fixní bonifikace a 15 % celkové úhrady za ERNy poskytovatele je přerozděleno mezi jednotlivé ERN podle počtu unikátních pojištěnců ošetřených v těchto jednotlivých ERNech. Celková úhrada se nemění, protože suma unikátních pojištěnců v jednotlivých ERN je rovna celkovému počtu unikátních pojištěnců ve všech ERN.

Úhrada za ERN je určena k pokrytí nákladů za následující zdravotní služby poskytované v rámci těchto center:

- Koordinace péče o pacienty se vzácným onemocněním včetně koordinace regionálních pracovišť a evropské koordinace (náklady na koordinátora péče by tak měly být plně pokryty),
- Multidisciplinární konzultace ohledně nastavení léčby pro pacienta včetně přeshraničních konzultačních aktivit a vyhledávání nejnovějších poznatků o *state-of-the-art* léčbě daného onemocnění,
- Sběr a zadávání dat do klinických registrů a dalších reportů na národní i evropské úrovni za účelem tvorby datové základny pro nastavení efektivní léčby pacientů,
- Vývoj a implementace doporučených postupů pro optimalizaci léčebné trajektorie pacienta a redukci čekacích dob.

Je zachována 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, jejichž léčba je nákladově méně náročná.

Na základě odborných doporučení, zejména Metodiky centra provázení[2], je do bodu 9 nově doplněn úhradový mechanismus center provázení, který paušálně-výkonovou úhradou zajišťuje tento způsob podpory rodin s dětmi se závažným nebo dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem u poskytovatelů akutní lůžkové péče.

K § 5 odst. 1 a příloze č. 1, části A, bodu 10

V tomto bodu je opět 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. Jakmile bude smluvní zajištění národního onkologického centra součástí referenčního období, tato zmínka bude odstraněna.

Zálohové platby (příloha č. 1, část A, bod 11)

Nově je u stanovení zálohových plateb explicitně stanoveno, že zdravotní pojišťovna musí při stanovení záloh poskytovateli ukázat výpočet výše této zálohové platby a dokázat tím, že zálohová platba odpovídá výši předpokládané úhrady. Součástí tak musí být definování produkčních očekávání, informace o základních sazbách, bonifikacích, změně rozsahu služeb a další relevantní informace, ze kterých se stanovení zálohy odvíjí. Toto opatření cílí na transparentnější stanovování zálohových plateb v situaci, kdy změny úhrad jsou velmi heterogenní mezi jednotlivými poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

Dopady na jednotlivé typy poskytovatelů akutní lůžkové péče

Následující tabulka shrnuje dopady úhradové vyhlášky na jednotlivé skupiny poskytovatelů akutní lůžkové péče v členění po jednotlivých složkách úhrad:

Dopady na nemocnice – změna úhrad 2027/2026				
Typ nemocnice/Složka úhrady	Akutní lůžková péče	Nemocniční ambulance	Urgentní příjmy	Celkem
Fakultní nemocnice	102,16 %	101,91 %	119,35 %	102,45 %
Specializované ústavy	97,83 %	96,53 %	100,00 %	97,44 %
Velké krajské nemocnice	104,38 %	102,15 %	121,52 %	104,33 %
Regionální nemocnice s urgentem	107,66 %	99,73 %	110,31 %	105,36 %
Regionální nemocnice bez urgentu	104,41 %	104,40 %	100,00 %	104,47 %
Psychiatrické nemocnice	106,81 %	108,83 %	100,00 %	106,95 %
Celkem	104,27 %	100,94 %	115,29 %	103,59 %

Z tabulky je patrný významně vyšší růst úhrad pro regionální nemocnice než pro fakultní nemocnice, obzvláště v úhradě akutní lůžkové péče. Nejrychleji rostoucí složkou je pak urgentní příjem (zahrnuje i bonifikaci za příjezdy ZZS). Absolutní propad zaznamenávají specializované ústavy tažený poklesem úhrady za akutní lůžkovou péči – důvodem je u ústavů sjednocování základních sazeb a částečné omezování nákladových modifikátorů. I růsty nemocničních ambulancí jsou velmi heterogenní, a závisející na struktuře péče, historické podfinancovanosti nebo naopak převisu úhrady nad produkcí.

[2] https://centrumprovazeni.cz/3d-flip-book/metodika-centra-provazeni/

K § 5 odst. 2 a příloze č. 1, části B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetřovatelská lůžka, hospice, ochranná léčení) bude i v roce 2027 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace, ovšem pro rok 2027 budou nově zaváděny i doplňkové výkonové mechanismy nad rámec paušální sazby. Výše paušální sazby se odvíjí od výše v roce 2026 (bez smluvních bonifikací a bonifikací ke koeficientu KN v roce 2026) a od bonifikačních koeficientů.

V následné lůžkové péči nedošlo v dohodovacím řízení k dohodě, nicméně bylo za souhlasu účastníků tohoto řízení provedeno pilotní ověření nového mechanismu tzv. rozhodčího panelu podle připravované legislativní změny zákona o veřejném zdravotním pojištění. Na základě definovaného koridoru celkových nákladů této péče v roce 2027 (kde byl ohraničen povolený růst nákladů mezi 3 % a 8 %) byl rozhodčím panelem podle stanovených pravidel zvolen návrh zdravotních pojišťoven (dále jen „zvolený návrh“). Předseda rozhodčího panelu rozhodnutí zdůvodnil vyšší prioritou pro finanční udržitelnost systému oproti vyšší podpoře poskytovatelů následné péče. Návrhy diskutované v rozhodčím panelu si byly finančně významně blíže než v rámci dohodovacího řízení. Zároveň byl v rámci rozhodčího panelu a předložených odůvodnění návrhů diskutován očekávaný růst objemu péče, kdy bylo konstatováno, že z důvodu vyčerpání volných kapacit a pomalejší transformaci péče bude růst počtu ošetřovacích dnů pro rok 2027 spíše pomalejší. Ministerstvo zdravotnictví z parametrů zvoleného návrhu vyšlo, přičemž jej upravilo pouze v několika dílčích ohledech pro zajištění souladu s národními strategiemi, prioritami ministerstva a legislativními změnami.

Základní růst úhrady je v souladu se zvoleným návrhem stanoven na 2 %, přičemž u OD 00005, 00024, 00030 a 00037 činí základní růst úhrady 3,5 %. Úhrada za OD 00090 a 00091 ochranného léčení je pro poskytovatele poskytující tuto péči nově zavedena v definované výši, protože předchozí úhradový mechanismus nedostatečně poskytovatele motivoval k zavádění tohoto druhu péče.

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 ošetřovacích 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 2026 jsou zachována 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).

Navýšená výše úhrady propustek je rozšířena ze stávajícího OD 00021 také na OD 00026, 00090 a 00091.

V souladu se zvoleným návrhem je také stanovena úhrada za signální výkony péče o chronické rány, péče o invazivní vstupy a antibiotickou terapii u pacientů s OD 00005, 00024, 00030 a 00037. Pro tyto výkony budou od roku 2027 účinné specifické výkony v seznamu zdravotních výkonů.

Nad rámec zvoleného návrhu je upravena bonifikace za přítomnost geriatra podle písmene e). V podobě známé do roku 2026 je zachována bonifikace pro OD 00037, pro OD 00005 je bonifikace zachována ve snížené výši 0,02, ale také s nižším požadavkem na úvazek. Pro OD 00024 je zaveden nový bonifikační mechanismus za přítomnost geriatra, který motivuje k jeho významně vyššímu zapojení, a který provádí doporučení pracovní skupiny pro oblast geriatrie působící na Ministerstvu zdravotnictví.

Nad rámec zvoleného návrhu je podpořeno posuzování křehkosti u geriatrických pacientů v OD 00005, 00024 a 00037, u těchto OD je také stanovena bonifikace ve výši 20 Kč za OD při vykázání doplňkového kódu MKN označujícího křehkého pacienta (o 20 Kč se navyšují všechna OD hospitalizace křehkého pacienta). Celkový dopad navýšení za geriatrii oproti zvolenému návrhu je cca 0,5 mld. Kč.

Taktéž nad rámec zvoleného návrhu je v návaznosti na změny provedené v obecné části seznamu výkonů zavedeno odečítání extramurální péče od úhrady podle ošetřovacích dnů, s omezením pouze na výkony podle seznamu výkonů, které byly v referenčním období agregovány do ošetřovacích dnů.

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 pobývající 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 navázáním na definované transformační koeficienty (viz výše).

U výkonů následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče a následné ventilační péče dochází k navýšení úhrady oproti roku 2026 v souladu se zvoleným návrhem o cca 2 %. Současně je zde také zavedeno odečítání extramurální péče od úhrady za ošetřovací dny.

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 cca 2 % oproti roku 2026.

U poskytovatelů ošetřovatelské péče na nezdravotním sociálním lůžku v nemocnici je úhrada řešena odkazem na přílohu č. 6, kde je na základě dohody v segmentu domácí péče upraven úhradový mechanismus pro příbuznou ošetřovatelskou péči v zařízeních sociálních služeb.

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 došlo k dohodě v rámci dohodovacího řízení.

Průměrný růst úhrad podle dohody činí u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost cca 5,3 % mezi roky 2027 a 2026. Navyšují se všechny tři složky úhrady – kapitační platba, výkonová složka i úhrada za epizodu péče.

Dochází k navýšení nejvyšší základní kapitační platby u poskytovatele, který splňuje podmínku alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu. Na výši kapitační platby má dále vliv dohodnuté zvýšení věkových indexů ve skupinách dětí od narození až do 14 let a seniorů ve věku od 75 výše.

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. Tuto bonifikaci ale podle dohody obdrží pouze poskytovatel, který v období od 1. ledna 2022 skutečně vzdělával alespoň jednoho školence nebo rezidenta.

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 2027.

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.

Dle dohody uzavřené v rámci dohodovacího řízení dochází k vypuštění bonifikace za splnění kvalitativních kritérií očkování a screeningů. Zdravotní pojišťovny a poskytovatelé se dohodli, že tyto bonifikace budou součástí bonifikačních programů jednotlivých zdravotních pojišťoven. Dle Ministerstva zdravotnictví může tento decentralizovaný přístup snížit efektivitu motivace plynoucí z bonifikace, a jednotlivé indikátory screeningových programů a očkování tak budou v následujících letech důsledně vyhodnocovány.

Dochází k růstu hodnot bodu pro vyjmenované výkony – prevence, očkování a další hrazené služby nezahrnuté do kapitační platby. Úhrada za epizodu péče se navyšuje o 3 Kč na 90 Kč.

V roce 2027 bude podle dohody bonifikováno provádění vyšetření diferenciální diagnostiky POCT ultrasonografií (POCUS) ve výši 5 000 Kč za každý kalendářní měsíc, kdy má poskytovatel výkon č. 01050 podle seznamu výkonů nasmlouván, pokud splní stanovený celoroční počet těchto výkonů.

Pro rok 2027 byly zachovány podmínky týmových praxí a dochází k navýšení měsíční úhrady z 10 400 Kč na 10 800 Kč.

Dohoda ruší úhradu za podpůrnou psychoterapii u praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) ve výši 5 000 Kč za měsíc. Podle dohody měla být úhrada nově stanovena výkonově, výkon do seznamu výkonů ale nakonec nebyl předložen, a proto předpokládáme, že tato péče bude hrazena na základě individuálních smluvních ujednání.

Nově dochází podle dohody k zavedení úhrady za terénní sestru. Tato úprava byla předmětem protestu segmentu domácí péče. Cílem je podpořit poskytovatele v poskytování návštěvní služby sester jejich registrovaným pacientům. Opatření reaguje na rostoucí zátěž ordinací a stárnutí populace, kdy je potřeba zajistit kvalitativní změny v poskytování primární péče. Cílem je udržet imobilní, seniorní a polymorbidní chronické pacienty v kompenzovaném zdravotním stavu v jejich domácím prostředí co nejdelší dobu. Terénní sestra registrujícího praktického lékaře těží z toho, že podrobně zná kmen pacientů registrovaných daným lékařem. Ministerstvo přistoupilo k formálním úpravám části dohody týkající se úhrady péče terénních sester za účelem zvýšení jednoznačnosti a aplikovatelnosti dohody jako součásti právního předpisu, přičemž se snažilo maximálně ctít a zachovat věcné záměry dohody. Zdravotní pojišťovny očekávají dopady této novinky v řádu desítek milionů Kč. Ministerstvo zdravotnictví se domnívá, že konstrukce bonifikačního mechanismu připouští i významně vyšší náklady, a proto toto riziko vyšších nákladů je zmíněno v citlivostní analýze výše a bude během příštího roku důsledně sledováno.

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.

Segment poskytovatelů ambulantních specializovaných služeb nedospěl v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. Úhrady proto stanovilo Ministerstvo zdravotnictví, které nicméně významně zohlednilo poslední návrh Všeobecné zdravotní pojišťovny, který v rámci dohodovacího řízení dospěl relativně blízko ke svému přijetí, když zásadní nesouhlas pocházel zejména od dvou menších zdravotních pojišťoven.

Úhrady podle tohoto návrhu znamenají pro segment ambulantních specialistů meziroční růst cca 4,9 % (bez centrových léků).

V části A bodu 1 písm. a) a b) vyhláška i pro rok 2027 pokračuje v podpoře duševního zdraví na základě obecné nedostupnosti této péče. Úhrady zde rostou tempem 4,6 až 5,6 % s podporou moderních typů péče o duševní zdraví. Byly zavedeny nové bonifikace za využívání depotních léčiv a u odborností nespecializovaných na děti za péči o pojištěnce do 25 let věku. Za pozornost stojí změny v písmenu a), kde sice došlo k meziročnímu snížení hodnoty bodu, ale byly nově zpřístupněny bonifikace ve výši 0,07 Kč, u nichž je pravděpodobné plnění ze strany dotčených poskytovatelů, a tedy celkový vývoj hodnoty bodu je růstový, v rámci modelace ministerstvo předpokládá 100% plnění těchto kritérií všemi poskytovateli, kteří v roce 2027 tuto možnost budou nově mít. Dále byla sjednocena hodnota bodu dětských klinických psychologů a dětských center duševního zdraví s dětskými psychiatry.

Z objemové regulace mechanismem PURO jsou nově vyňaty výkony kontinuální a automatizované peritoneální dialýzy v odbornosti 108 nefrologie za účelem podpory této péče a sjednocení výše a podmínek úhrady s přílohou č. 8.

Byla přepracována část věnovaná screeningům karcinomu kolorekta v návaznosti na změny prováděné v seznamu výkonů. Předkladatelé změn v této oblasti navrhovali navýšení úhrady u screeningových koloskopií o 30 %. Poskytovateli akceptovaný návrh Všeobecné zdravotní pojišťovny, ze kterého je ve zbytku segmentu vycházeno, představoval navýšení úhrad o 10 %. Ministerstvo zdravotnictví přistoupilo při stanovení úhrady ke kompromisní variantě a stanovilo navýšení o 21 %, což představuje hodnotu bodu 1,43, která je na horní hranici přípustných hodnot (maximální hodnota bodu je typicky dána hodnotou bodu výkonů praktických lékařů). U výkonů souvisejících se screeningem, které nebyly předmětem změnových řízení, je hodnota bodu zachována, a u nového výkonu č. 15800 je hodnota bodu stanovena na 1,00 Kč, jak je u nových výkonů standardní.

Z objemové regulace je nadále vyňata péče poskytovaná pojištěncům do dosažení 15 let věku. Je též valorizováno navýšení úhrady za specializovanou ambulantní péči v denních stacionářích, kterým v minulosti nebyla věnována po úhradové stránce dostatečná pozornost, a u nichž není automaticky valorizován v seznamu výkonů počet bodů.

Na základě konsenzu z dohodovacího řízení bylo upuštěno od tabulkového stanovení bonifikací v závislosti na tom, zda je poskytovatel plnil či neplnil již v referenčním období.

V návaznosti na zohlednění různých temp růstu hodnoty bodu vyplývajících ze sjednocení hodnot bodu pro rok 2026 pro odbornosti regulované mechanismem PURO je zachována úprava růstu jednotlivých odborností modifikací koeficientu navýšení kladným koeficientem – pro odbornosti s nejvyšší změnou hodnoty bodu je stanoven nejvyšší koeficient.

Je zachováno vynětí tzv. centrových léků (označené symbolem „S“) z úhrady podle ustanovení přílohy č. 3, a jejich úhrada podle samostatné přílohy č. 15.

V mechanismu stanovení zálohových plateb je i nadále preferována jistota fixního procenta před přesností zacílení růstu dle konkrétní odbornosti a poskytovatele. Výši zálohových plateb mohou však poskytovatelé a pojišťovny upravit individuální dohodou.

Byl přidán bod č. 8 pro zvýšení transparentnosti a finanční předvídatelnosti. Zajišťuje, že poskytovatelé včas (do 30. dubna) zjistí od pojišťoven průměrnou úhradu na unikátního pojištěnce, což jim umožní lépe plánovat rozsah péče a řídit své náklady v daném roce.

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.

Dohoda uzavřená v dohodovacím řízení pokračuje v úhradovém mechanismu zavedeném v loňském roce – měsíční agregované úhradě 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 vybrané gynekologické výkony. Pro rok 2027 zůstává 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 (nově splňují i ti, kteří alespoň jeden den v týdnu poskytují hrazené služby jako nositelé výkonů u poskytovatele lůžkových služeb nebo poskytovatele jednodenní péče), podmínku udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví, zvýšená úhrada, pokud doloží, že alespoň v části období od 1. ledna 2025 se aktivně na vzdělávání podílel, podmínku vlastnictví platného certifikátu ISO 9001 a 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. Uzavřená dohoda v této části navrhovala zvýšení podmínky vykázání prevence na 36 měsíců za podmínky, že dojde ke změně frekvence vykazování výkonů screeningu děložního hrdla. Na základě dodatečných jednání byly změny ve frekvenci odloženy, proto zůstává zachována podmínka 24 kalendářních měsíců. Podmínka provedení preventivní prohlídky v posledních 24 kalendářních měsících si klade za cíl zvýšení podílu pojištěnek, které u daného poskytovatele absolvují pravidelnou prevenci. Měla by být motivační pro poskytovatele, aby aktivně oslovovali své pojištěnky, které prevenci delší dobu neabsolvovaly. Pro nárok na plnou úhradu měsíční agregované úhrady musí být u poskytovatele dále 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.

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. Došlo k navýšení všech tří balíčkových úhrad, v prvním trimestru o 20 % a v druhém a třetím trimestru o 10 %. 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 vykázána genetická vyšetření v odbornostech 208 nebo 816 podle seznamu výkonů. Druhý z nich je pak index ultrazvukových vyšetření. Oba indexy zůstávají v souladu s dohodou v nezměněné podobě.

Úhrada služeb asistované reprodukce (IVF) probíhá i nadále přes domluvené balíčky a dochází k rozšíření stávající skladby balíčkových úhrad vybraných hrazených služeb IVF. Část

stávajících balíčkových úhrad zůstává zachována ve stávající výši. Dohoda nadto rozděluje agregovanou úhradu IVF na stimulaci a punkci, oplodnění a kultivaci embryí, embryotransfer, přípravu pro KET a zhodnocení embryotransferu.

Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb se stanovuje v korunách a je hrazena bez limitace. Pro rok 2027 budou nově vyčleněny také výkony návštěvy těhotné nebo matky v šestinedělí porodní asistentkou, výkony přepravy v návštěvní službě, kompletní spermiogram a některé výkony dětské gynekologie při provedení poskytovatelem odbornosti 603.

Pro odbornost 604 dětská gynekologie je stanovena hodnota bodu ve výši 1,05 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 abscesu nebo cysty bartolinské žlázy, drenáž, chemickou exstirpaci, konizaci cervixu jakoukoliv technikou s výjimkou užití laseru, hysteroskopii diagnostickou a operační hysteroskopii.

Dohoda také zavádí novou úhradu za tzv. týmovou praxi. Poskytovateli, který splní základní podmínky týmové praxe, se měsíční agregovaná úhrada navýší o 6 Kč. Pokud zároveň splní podmínku, že má pro účely předporodní péče o pojištěnku a péči o matku v šestinedělí k dispozici porodní asistentku v minimálním rozsahu 20 hodin týdně a zároveň budou u pojištěnek dané pojišťovny vykazovány výkony této péče, navýší se úhrada o dalších 5 Kč. V části týmové praxe v gynekologii ministerstvo provedlo několik zásahů, které směřovaly k vyšší jednoznačnosti a předejití sporům při aplikaci této právní úpravy. Zejména jde o stanovení výše úvazku 1,0 pro účely této týmové praxe na 30 hodin týdně, upřesnění týkající se více míst poskytování a navázání počtu registrovaných pojištěnek podle písm. f) výslovně na výši úvazku lékaře se symbolem L3 podle seznamu výkonů.

Nad rámec dohody došlo k vyčlenění preventivních laboratorních balíčků v těhotenství z regulace vyžádané péče gynekologů.

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. 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. Ministerstvo posoudilo soulad dohody s právními předpisy a veřejným zájmem a vyhodnotilo, že dohoda je s těmito kritérii v souladu. Odhadujeme, že se jedná o meziroční nárůst segmentu cca o 4,3 %.

Dohoda z velké části obsahovala buď pouze formální formulační změny, nebo změny spočívající v započtení zrušeného kódu 00944 do úhrady kódů, ke kterým byl tento kód

vykazován. Výjimkou je navýšení úhrady za ošetření dočasného zubu plastickou výplní na 1 000 Kč (kód 00831), zavedení nového kódu 00945 pro cílené vyšetření registrovaného pojištěnce, navýšení úhrady za chirurgickou extrakci či jiné chirurgické výkony velkého rozsahu, za chirurgické ošetřování retence zubů a za neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních na 3 000 Kč (kódy 00952, 00954 a 00852), navýšení úhrady za aplikaci prefabrikované korunky na dočasný zub nebo na stálý zub u pojištěnců do 18 let na 1 650 Kč, resp. 1 690 Kč (kódy 00977 a 00822) a zavedení nového kódu za příležitostnou návštěvní službu 00818. Poslední změna z dohody spočívá v možnosti vykázat sedaci nezletilého pojištěnce (kódy 00978 a 00979) i tehdy, pokud nebylo možno poskytnout péči, která měla být po sedaci poskytnuta.

Dohodou také byly navýšeny úhrady stomatologických výrobků ze skupiny 8 Rekonstrukční a pooperační náhrady.

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 nebylo dosaženo dohody, ale v rámci jednání byla nalezena významná míra shody na návrhu VZP ČR, se kterým poskytovatelé významně nesouhlasili pouze v části stanovující úhradu magnetických rezonancí. Ministerstvo vyhodnotilo aktuální vývoj v oblasti magnetických rezonancí a shledalo, že i přes snížení počtu bodů, které proběhlo na rok 2026, roste v letošním roce počet vykázaných magnetických rezonancí a ošetřených pojištěnců o 10 %. Vzhledem k tomuto růstu se proto řídilo návrhem VZP ČR i v případě úhrady magnetické rezonance.

Vyhláška tedy 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 skiagrafie 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).

Pro rok 2027 úhradová vyhláška očekává meziroční růst úhrad cca o 8,7 %.

K § 10 a příloze č. 5, části B

V subsegmentu laboratoří bylo dosaženo dohody. Pro rok 2027 tak dochází k návratu k úhradovému mechanismu, který byl používán do roku 2025, což oproti roku 2026 představuje významné rozvolnění regulací.

U výkonově hrazených služeb souvisejících s prevencí a screeningy dále dochází k mírnému navýšení hodnot bodu u stávajících výkonů a zároveň dochází k vyčlenění nových výkonů,

které jsou vykazovány v souvislosti s prevencí. Jedná se o balíčky výkonů, které odpovídají vyhlášce o preventivních prohlídkách. Zároveň jsou vyčleněny balíčky spojené s vyšetřováním těhotných a některé výkony prediktivní diagnostiky. Pro definici a nastavení úhradového mechanismu těchto nových balíčků fungovala během roku pracovní skupina, která na principech celoročního dohodování a kooperace mezi plátci, poskytovateli a ministerstvem našla shodu na kultivaci úhrad v oblasti preventivní péče.

Koeficient navýšení je nastaven na 1,00 pro laboratoře lékařské genetiky a na 1,03 pro ostatní laboratorní odbornosti uvedené v bodě 2 písm. b). V tomto subsegmentu pro rok 2027 úhradová vyhláška očekává meziroční růst úhrad cca o 5,2 %, plynoucí z podpory prevence, růstu objemu péče a deregulace oproti roku 2026.

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 913, 914, 916, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů. V tomto segmentu bylo dosaženo dohody v rámci dohodovacího řízení. U poskytovatelů domácí zdravotní péče se očekává meziroční růst úhrad v souladu s dlouhodobým trendem růstu objemu péče ve vlastním sociálním prostředí, v celkovém objemu tedy je očekáván růst úhrady segmentu domácí péče o cca 7,1 %. Mírně nižší dynamika růstu počtu unikátních pojištěnců je očekávána z důvodu podpory terénních sester u praktických lékařů, které nově ošetří část nekomplikovaných pacientů ve vlastním sociálním prostředí.

Nově dochází k navýšení hodnoty bodu poskytovatelů odbornosti 925, kteří poskytují ve zvýšené míře péči v době od 22 do 6 hodin nebo v den pracovního klidu nebo volna. Pokud je podíl těchto výkonů alespoň 10 % na celkovém počtu výkonů ošetřovacích návštěv, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč. Tato bonifikace je zahrnuta za stejných podmínek i ve výpočtu celkové výše úhrady navýšením koeficientu KN o hodnotu 0,03 (navazuje na podobnou bonifikaci KN z roku 2026, která však pracovala s podílem pojištěnců, nikoliv poměrem výkonů). 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 1,06. Výpočet celkové výše úhrady bude i nadále zahrnovat zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců. Dále bylo dohodnuto upuštění od tabulkového stanovení bonifikací v závislosti na tom, zda je poskytovatel plnil či neplnil v referenčním období.

Výpočet celkové výše úhrady se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 30 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 vedle již výše uvedeného případu také tehdy, pokud

podíl vybraných materiálových výkonů je alespoň 35 % a pokud podíl počtu ošetřených s vybranými diagnózami překročí 35 %.

Odbornosti 914 a 921 zůstávají jako celek vyčleněny z regulace celkové výše úhrady na podporu dostupnosti této péče.

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 1,23 Kč, nově je zahrnut i výkon č. 09527 podle seznamu výkonů, kterým je hrazena prohlídka zemřelého mimo lůžkové oddělení. Maximální celková výše úhrady za 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 jako u jiných odborností 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.

Na základě dohody z dohodovacího řízení byl k limitu pojištěnců předaných jinému poskytovateli ve výši 10 % pojištěnců ošetřených v roce 2027 doplněn limit pro předání specificky poskytovateli v odbornosti 720 podle seznamu výkonů ve výši 25 % (předávání poskytovateli ambulantní paliativní péče je u pojištěnců, jejichž stav se dostatečně stabilizoval, medicínsky vhodným postupem). Tyto limity se posuzují zvlášť, pokud není ani jeden překročen, poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů se uhradí i hrazené služby poskytnuté pojištěncům předaným do péče jiných poskytovatelů.

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 2027 navázána na přítomnost dvou nejdůležitějších z těchto povolání, a to klinického psychologa či psychoterapeuta a zdravotně sociálního pracovníka.

Celkem představuje růst úhrad odbornosti 926 cca 4,1 %, a to včetně předpokládaného růstu počtu ošetřených pojištěnců, a tedy i objemu péče.

Příloha č. 6 nově upravuje také výši úhrady zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. d) zákona, která byla doposud součástí přílohy č. 1. Z uzavřené dohody vyplývá, že se bude v roce 2027 pokračovat v nastaveném mechanismu úhrady, dochází pouze k parametrickým změnám. Hodnota bodu se zvyšuje z 1,22 na 1,23 Kč za bod, dochází ke stanovení indexu navýšení na 1,05 a minimální HB je stanovena na 1,03 Kč. Meziroční růst úhrad se odhaduje ve výši cca 8,7 %, tažený především růstem objemu péče.

Za zmínku stojí, že v tomto segmentu v současné době probíhá projekt KOMPAS ve spolupráci s ÚZIS, jehož cílem je vytvořit systém klasifikace případů domácí péče a péče ve vlastním prostředí, a současně s tím kultivovat i úhradové mechanismy v tomto segmentu. I přes dílčí první výstupy projektu se účastníci dohodovacího řízení rozhodli tyto výstupy nezačleňovat do úhradového mechanismu pro příští rok (např. skrze rozšířené vykazování), a to přesto, že se

jednalo o deklarovanou prioritu Ministerstva zdravotnictví. Zároveň dohoda neobsahuje ani motivace k zapojení poskytovatelů do nově budované referenční sítě poskytovatelů péče ve vlastním sociálním prostředí, která je s projektem KOMPAS synergická. Tyto rozvojové projekty tak budou pro rok 2027 budovány spíše na bázi dobrovolného zapojení poskytovatelů bez větších finančních motivací.

Poskytovatelé sdružení v tomto segmentu dále v rámci dohodovacího řízení podali protest proti dohodě v segmentu praktických lékařů z důvodu zavádění nového úhradového mechanismu terénní sestry. Jednou z obav bylo, že terénní sestry ošetří lehčí pacienty a na domácí péče zbyde ošetřování pouze náročných pacientů, což povede k úhradovým regulacím skrze mechanismus PURO. Zdravotní pojišťovny v rámci jednání k tomuto protestu deklarovaly připravenost tyto situace v průběhu roku 2027 operativně řešit.

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 byla uzavřena dohoda a znění vyhlášky a průměrný meziroční růst segmentu předkladatel odhaduje na 3,4 %.

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 se hodnota bodu stanovuje na 1,32 Kč, u ostatních výkonů dochází ke snížení hodnoty bodu na 0,73 Kč. Index navýšení byl upraven na 1,02. V roce 2027 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 % (stejné kritérium nově vede také k navýšení HB odbornosti 902 o 0,01 Kč); 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 %.

Na základě konsenzu z dohodovacího řízení bylo upuštěno od tabulkového stanovení bonifikací v závislosti na tom, zda je poskytovatel plnil či neplnil již v referenčním období. Do výpočtu celkové výše úhrady se také nezahrne nově stanovená úhrada (bonifikace) při zahájení péče o pojištěnce do 14 dnů od ukončení hospitalizace nebo od poskytnutí výkonu jednodenní péče. Poskytovatel může získat až 800 Kč za případ.

Nově se také výpočet celkové výše úhrady nepoužije u poskytovatelů, kteří ošetřili méně než 30 pojištěnců dané pojišťovny.

Pro rok 2027 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 bylo dosaženo dohody v dohodovacím řízení. Znění vyhlášky pro tento segment obsahuje rozšíření úhradového mechanismu, zejména dochází k dalšímu rozvoji bonifikačních kritérií. Nadále 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. Hodnota bodu se nově navýší pracovišti, které plní kritérium podílu pojištěnců s transplantací.

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 se odhaduje meziroční růst úhrad cca o 4,5 %. Meziroční změna hodnoty bodu je o 0,02 Kč (z 1,32 Kč na 1,34 Kč), hodnota bodu pro výkony přepravy je stanovena na 1,53 Kč za bod. Poskytovateli zdravotnické záchranné služby nadále náleží 1 550 Kč za každou epizodu péče o pojištěnce.

K § 15

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby. Klíčovou novinkou je směřování růstu přednostně do výkonu přepravy č. 40, tzn. přeprava v největších městech, kde se poskytovatelé zdravotnické dopravní služby potýkají s nejvýznamnějšími ekonomickými problémy.

V segmentu zdravotnické dopravní služby se odhaduje meziroční růst úhrad cca o 5,2 %.

V souvislosti s vývojem cen pohonných hmot jsme si vědomi složité ekonomické situace poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a zdravotnické dopravní služby. Tento krátkodobý a obtížně předvídatelný vývoj však není možné řešit nastavením celoroční úhrady pro rok 2027, neboť by tím došlo k promítnutí aktuálních cenových výkyvů do úhrady na celý následující rok. Řešení jeho dopadů je proto ponecháno na individuálních jednáních zástupců segmentu se zdravotními pojišťovnami.

K § 16

Hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby jsou již kompletně implementovány do přílohy č. 1 a není zde pro ně stanovena specifická hodnota bodu. V případě, že by zdravotní pojišťovny nadále chtěly hradit lékařskou pohotovostní službu mimo páteřní síť poskytovatelů akutní lůžkové péče, bude třeba pro tyto služby sjednat individuální úhradový dodatek.

Pro stanovení výkonové složky úhrady hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se použije § 9. Je zachována paušální složka ve

výši 9 600 Kč za den poskytování této služby v souladu s vyhláškou o pohotovostních službách, která vychází z kalkulace podle nákladů krajů a z nákladů poskytovatelů na tuto službu.

K § 17

Stanoví se výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče a péče v ozdravovnách. V tomto segmentu bylo dosaženo dohody v rámci dohodovacího řízení.

Úhrada je navýšena oproti roku 2026 o 2 %. U tohoto segmentu je očekáván mírný pokles objemu péče následující trend z minulých let.

U ozdravoven dochází také k navýšení úhrady za ošetřovací den o 2 %, tzn. z 1 310 Kč na 1 336 Kč za ošetřovací den.

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 2027 stanovena na výši 58 Kč (hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč), tzn. meziroční růst o 3,5 %. Odchylně je úhrada stanovena pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči s růstem 1,3 % oproti úhradě roku 2026.

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. Vzhledem k tomu, že výše hodnot bodu těchto výkonů se objevovala v celé řadě uzavřených dohod, byla bodová hodnota stanovena v souladu s těmito dohodami.

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 2027 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 2027 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 2027 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 zachována na hodnotě bodu 1,04 Kč v roce 2027. 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 33 Kč.

V dohodě byla nově sjednána také úhrada za lékárenskou pohotovostní službu. Ta je hrazena paušální částkou ve výši 3 600 Kč za jeden den poskytování pohotovostní služby v rozsahu alespoň podle vyhlášky č. 380/2025 Sb., o pohotovostních službách.

K § 20 a příloze č. 13

Úhrada samostatné jednodenní péče v roce 2027 dozná minimálních změn. V tomto segmentu bylo dosaženo dohody v rámci dohodovacího řízení. U stávajících výkonů jsou ponechány úhrady ve výši stanovené pro rok 2026. Dle dohody dochází k rozšíření spektra výkonů, které budou hrazeny v jednodenní formě.

Stanovení jednodenní výše úhrady pro akutní lůžkovou péči je nadále vyděleno do samostatné přílohy č. 14, a příloha č. 13 tak slouží už jen poskytovatelům samostatné jednodenní péče.

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 i nadále 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 sálcích, 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.

Vzhledem k růstu samostatné jednodenní péče o více než 40 % v letošním roce (pokud se nadprodukce oproti očekávání zdravotně pojistných plánů pojišťoven potvrdí) představuje i nulový jednotkový růst úhrad prorůstové nastavení úhrad. Zároveň dohoda neobsahuje

motivace k účasti v nově budované referenční síti poskytovatelů jednodenní péče, která by sbírala nákladová data pro kultivaci úhrad jednodenní péče. Zapojení do této sítě a nákladová kultivace jednodenní péče do budoucna zůstává otázkou.

Některé nově zahrnuté výkony v oblasti kardiologie jsou současně výkony, které jsou centralizovány do center vysoce specializované péče. Ministerstvo zdravotnictví očekává, že tyto nové JPL výkony budou nasmlouvány pouze poskytovatelům s příslušným statusem centra vysoce specializované péče, jak je definován v příloze č. 10 vyhlášky u jednotlivých DRG skupin.

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 2027.

Příloha: Seznam zkratek 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 výkonnosti
ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*)
BMI	Index tělesné hmotnosti (*Body Mass Index*)
CAR-T	Terapie T-lymfocyty s chimérickým antigenním receptorem
Casemix index poskytovatele	Ukazatel náročnosti hospitalizačních případů daného poskytovatele
CDZ	Centrum duševního zdraví
CT	Výpočetní tomografie
CZ-DRG	Český systém klasifikace hospitalizačních případů založený na diagnosticky příbuzných skupinách
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče
Dolní časový outlier	Případ hospitalizace, u něhož je délka hospitalizace pacienta pod spodní hranicí rozpětí obvyklé délky hospitalizace
DRG	Diagnosticky příbuzné skupiny (*Diagnosis-Related Groups*)
ERAS	Protokol urychleného zotavení po operaci (*Enhanced Recovery After Surgery*)
ERN	Evropské referenční sítě (*European Reference Networks*)
Generifikace	Proces, při kterém se originální lék stává dostupným jako generický typ léku
HB	Hodnota bodu
HIV	Virus lidské imunodeficience
Horizon scanning	Metoda systematického zkoumání informací včetně budoucích trendů a technologií
HPB	Hepatopankreatobiliární oblast, tedy oblast jater, slinivky břišní a žlučových cest
HTA	Hodnocení zdravotnických technologií (*Health Technology Assessment*)
I.D.	Intradermálně, do kůže
I.M.	Intramuskulárně, do svalu

IČP	Identifikační číslo pracoviště
IČZ	Identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb přidělené VZP
ISO 9001	Mezinárodní norma systému managementu kvality
ISSU	Individuálně smluvně sjednaná úhrada
IVF	Oplodnění ve zkumavce, resp. in vitro fertilizace
JIP	Jednotka intenzivní péče
JPL	Jednodenní péče
KET	Kryoembryotransfer
KN	Koeficient navýšení
KOMPAS	Projekt klasifikace případů domácí péče a péče ve vlastním sociálním prostředí
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	Mezinárodní klasifikace nemocí
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 10. revize
MR	Magnetická rezonance
mRS	Modifikovaná Rankinova škála (*Modified Rankin Scale*)
NA	Údaj není použitelný nebo není k dispozici (*not applicable*)
Nákladový modifikátor	Úhradový mechanismus, který zohledňuje zvýšenou nákladovost poskytovatelů poskytujících nejkomplikovanější 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
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj *(Organisation for Economic Co-operation and Development)*
ORPHA Kód	Kód vzácného onemocnění podle klasifikace Orphanet
PLDD	Praktické lékařství pro děti a dorost, případně praktický lékař pro děti a dorost
POCT	Vyšetření prováděné v místě péče o pacienta (*Point-of-Care Testing*)

POCUS	Ultrazvukové vyšetření v místě péče o pacienta (*Point-of-Care Ultrasound*)
PROMs	Pacientem hodnocené výsledky léčby (*Patient-Reported Outcome Measures*)
PURO	Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období
RIA	Hodnocení dopadů regulace (*Regulatory Impact Assessment*)
RSV	Respirační syncytiální virus
S.C.	Subkutánně, podkožně
TEP	Totální endoprotéza
UPV	Umělá plicní ventilace
ÚV	Úhradová vyhláška
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
Value-based healthcare	Hodnotově orientované zdravotnictví – Úhradový model, ve kterém je finanční ohodnocení poskytovatelů vázáno na prokazatelně dosažené zdravotní výsledky pacienta, nikoliv na celkový objem provedených výkonů.
VZP / VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZPP	Zdravotně pojistný plán / zdravotně pojistné plány
ZULP	Zvlášť účtovatelný léčivý přípravek
ZUM / ZUMy	Zvlášť účtovaný materiál / zvlášť účtované materiály
ZZS	Zdravotnická záchranná služba