

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR a ADS ČR na úhradu segmentu ambulantní dialyzační péče pro rok 2027

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2027 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2027, poskytovatelem vykázané do 28. února 2028 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. dubna 2028. Úhrada za hrazené služby vykázané po 31. březnu 2028 se násobí koeficientem 0,95.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2025 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. března 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2026.

Návrh je předložen za podmínky mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce od 1.1.2027 v ročním finančním objemu 25 mld. Kč.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující dialyzační péči se hodnota bodu stanoví ve výši 1,18 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,92 Kč.
2. Hodnocení kvality poskytované dialyzační péče: Pokud poskytovatel v hodnoceném období kvartálně referoval výsledky jím poskytované dialyzační léčby minimálně u 90 % pojištěnců v pravidelném dialyzačním léčení ošetřených na jednotlivých pracovištích (dialyzační střediska) do Registru dialyzovaných pacientů vedeného Českou nefrologickou společností, o.s., pak zdravotní pojišťovna nejpozději do 31. března kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období z dat reportovaných do Registru dialyzovaných pacientů vyhodnotí ve spolupráci s Českou nefrologickou společností, o.s. níže uvedená kvalitativní kritéria a navýší hodnotu bodu za jednotlivá pracoviště poskytovatele dle následujících podmínek:
 - a) Za pacienta v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoelimačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to alespoň do 90 dní od prvního dne jejich vykázaní.
 - b) Hodnota bodu podle bodu 1 se navýší pracovišti poskytovatele o 0,05 Kč, pokud toto pracoviště poskytovatele splní pouze 1. úroveň plnění níže uvedených kritérií, kterou se rozumí splnění všech stanovených parametrů kvality dialyzační péče, nebo o 0,07 Kč v případě, že toto pracoviště poskytovatele splní 2. úroveň plnění níže uvedených kritérií, kterou se rozumí splnění nejméně tří ze čtyř stanovených parametrů dialyzační péče:

Parametr kvality dialyzační léčby	1. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnicích daný parametr kvality	2. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců do 80 let ošetřených na pracovišti poskytovatele plnicích daný parametr kvality
Hodnota Hb \geq 100 g/l	70 %	85 %

Hodnota P 1,1-1,8 mmol/l	45 %	60 %
Hodnota eKt/V u hemodialýzy $\geq 1,2$	75 %	90 %
Hodnota Albuminu ≥ 35 g/l	50 %	65 %

- c) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší poskytovateli o 0,02 Kč v případě, že alespoň 6 % referovaných pojištěnců u tohoto poskytovatele (IČZ) je ošetřeno metodami domácí dialýzy, tj. peritoneální dialýza (výkony č. 18513 a 18515) a domácí hemodialýza (výkony č. 18523), přičemž pojištěnci léčení peritoneální dialýzou se pro účely vyhodnocení započítávají s váhou 1,5.
- d) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší pracovišti poskytovatele podle hodnoty BON_{TR} následovně:

$$BON_{TR} = \begin{cases} 0 & S = 0 \\ N_{min} + S * (N_{max} - N_{min}) & S > 0 \end{cases}$$

kde:

N_{min} je minimální navýšení hodnoty bodu ve výši 0,02 Kč,

N_{max} je maximální navýšení hodnoty bodu ve výši 0,04 Kč,

S je skóre pracoviště, nabývá hodnot $\{0; 1\}$ a stanoví se následovně:

$$S = \begin{cases} 0 & K_{TR} < LT \\ \text{MIN}\left(1; \frac{K_{TR} - LT}{HT - LT}\right) & K_{TR} \geq LT \end{cases}$$

kde:

LT je dolní hranice plnění kritéria transplantace ve výši 10 %,

HT je horní hranice plnění kritéria transplantace ve výši 18 %,

K_{TR} je podíl pacientů <80 let zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny nebo již transplantovaných vypočtených následovně:

$$K_{TR} = \frac{(PP_{TXP} * 2 + PP_{TXO} + P_{WLP} * 2 + P_{WLO})}{PP_{CELK}}$$

kde:

PP_{TXP} je počet pacientů s preemptivní transplantací <80 let

PP_{TXO} je počet pacientů s transplantací, bez pacientů s preemptivní transplantací <80 let

PP_{WLP} je počet pacientů s preemptivním zařazením na čekací listinu <80 let

PP_{WLO} je počet pacientů zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny <80 let, bez pacientů preemptivně zařazených na čekací listinu

k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.

- e) Výkon č. 76667 - Vyšetření žijícího dárce ledviny 20 000 Kč.
 - i. Popis: Vykazuje se při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Tato hrazená služba se vykazuje na číslo pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, který je příjemcem orgánu.
 - ii. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.
- 2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:
 - a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantální společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.
 - b) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří mají zdravotní kontraindikaci k transplantaci ledvin.

C) Regulační omezení

- 1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
 - a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
- 2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
- 3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli

celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu časného záchytu rakoviny plic a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené zdravotní služby definované v části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
5. Regulační omezení podle bodu 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely přiměřeně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
8. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
9. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužije, pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin

týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb pro danou odbornost.

10. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

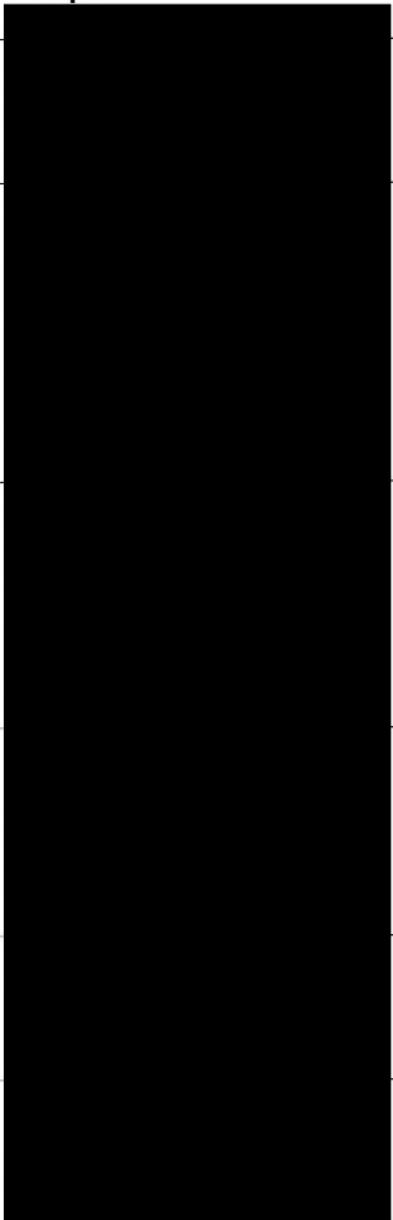
Prezenční listina

Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2027

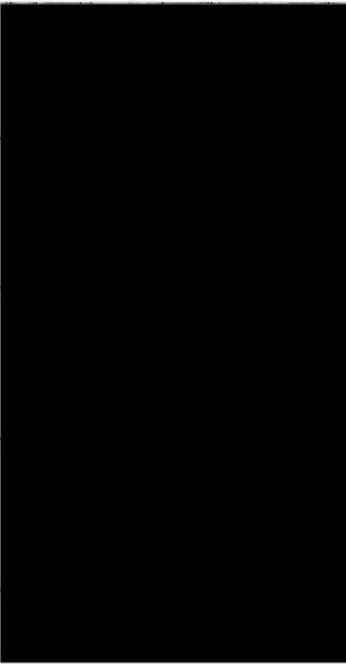
Datum: 28. května 2026

Místo: Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Drahobejlova 1404/4, Praha 9
(zasedací místnost č. 306)


Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VoZP	Markéta Benášová PETR HANBAK	
ČPZP	Lucie Linhová	
OZP	Jiří ŠLAJS	
ZPMV	UYSKOCIK PETR	
ZPŠ	Petr ŠTACH	
RBP	PAVEL ZYDRAČKA	

Zástupci VZP

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
DRÁHOVÁ LIDSTE VZP ČR		
VZP	PRŮBÁZEK	
VZP	MRUŽKA	
VZP	JANOUŠ	

Zástupci MZČR

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
	JINDŘICH LAUSCHMANU	
	Hana Kovářková	

