

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, APZZ, ASPZS a UNIFY ČR na úhradu ve skupině poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí pro rok 2027

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

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč. Tyto výkony nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 5 za hodnocené ani referenční období.
2. Pro výkony neuvedené v bodě 1 se stanoví hodnota bodu ve výši 0,73 Kč.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz **G10 – G14, I60 – I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí **5 %**, navýší se hodnota bodu dle bodu 2 o 0,07 Kč.
4. V případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21113, 21115 a 21315** podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než **50 %**, se navýší hodnota bodu dle bodu 2 o 0,01 Kč.
5. Celková výše úhrady pro výkony neuvedené v bodě 1 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,02 + KN) * POPzpoZ * PUROo + \max [(1,02 + KN) * PUROo * POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

kde:

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

PUROo je přepočtená průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále v textu také „ZU“) na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byly vykázaný v referenčním období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí a úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období, vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu

HB_{skut} za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace úhrady. Hodnota PUROo se stanoví následovně:

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

Kde:

UHR _{ref}	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za hrazené služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
POP _{ref}	je počet unikátních pojištěnců poskytovatele v referenčním období ošetřených v rámci hrazených služeb, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
PB _{ref}	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
HB _{min}	minimální hodnota bodu určená pro výpočet PUROo ve výši 0,60 Kč
KP _{ref}	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
HB _{skut}	je skutečná hodnota bodu v referenčním období pro jednotlivé výkony poskytovatele stanovená jako: $HB_{skut} = HB_{ref} * \frac{UHR_{ref}}{PB_{ref} * HB_{ref} + KP_{ref}}$

Kde:

UHR _{ref}	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
KP _{ref}	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
PB _{ref}	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
HB _{ref}	je hodnota bodu platná v referenčním období pro jednotlivé služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady

- POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období
- UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období
- UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období
- KN** je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:
- 0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21113, 21115 a 21315** podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než **50 %**,
 - 0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21221 a 21415** podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a

zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než 14 %,

- c) **0,10** – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz **G10 - G14, I60 - I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí **5 %**,
- d) **0,02** – v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání vydaného příslušným profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy tohoto profesního sdružení, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
6. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 5 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
7. Výpočet celkové výše úhrady dle bodu 5 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně unikátních pojištěnců.
8. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5.
9. Za každého ošetřeného a zdravotní pojišťovnou uznaného unikátního pojištěnce, u kterého byla zahájena péče odbornosti 902 nejdéle do 14 dnů od ukončení hospitalizace v akutní péči nebo jednodenní péče, bude uhrazena poskytovateli odbornosti 902 částka ve výši:
- $$(400 + 400 * \min(1; (14 - \text{počet dnů})/7)) * \min(1; \max(0; 15 - \text{počet dnů}))$$
- kde:
počet dnů = počet dnů od ukončení hospitalizace v akutní péči nebo jednodenní péče do zahájení péče odbornosti 902.
10. Částka vypočtená dle bodu 9 se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5.

11. Pro výkony č. 09555, 09556 a 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.
12. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedná dvanáctiny 107 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

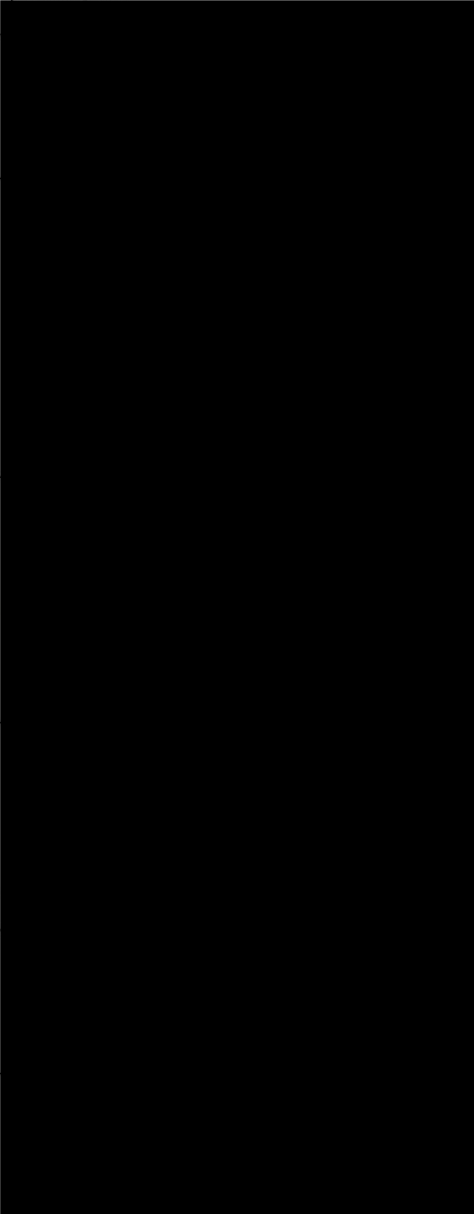
Prezenční listina

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

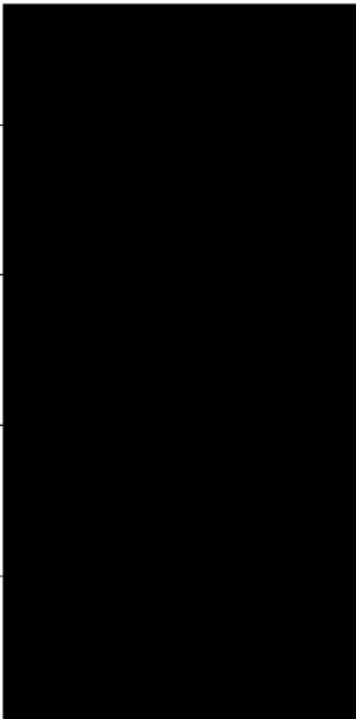
Datum: 27. května 2026

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

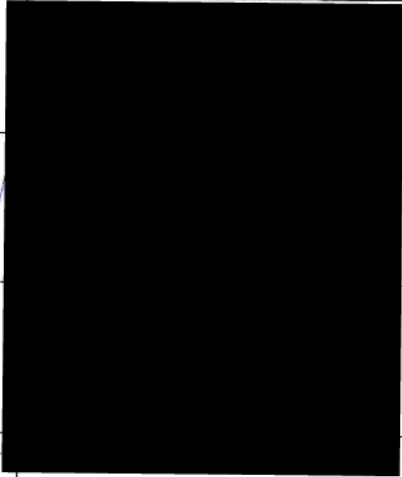
Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VoZP	Manikeltz Bencíková Petr Krasák	
ČPZP	Línková Lucie	
OZP	Jan Štáfl Milan Čejnek	
ZPMV	Petr Vyšecík Ladislav Hadravský	
ZPŠ	Zuzana Brzňáková	
RBP	Pavel Rydýcha	

Zástupci VZP

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VZP	Ludmila Macháňková	
VZP	MRAZEK	
VZP	DŘEMAROVÁ	
VZP	JANKOV	
VZP	HALADA	

Zástupci MZČR

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
MZČR	T. Trödel	
MZČR	J. LAUSCHMANN	
MZČR	P. ČECH	

Zástupci poskytovatelů: Fyzioterapie – nelékařské profese

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
UNIFY ČD. K.Ú.	Lenka Schloßbergerová	
ASPZS	Malan JS	
APZZ	Petr Karmesík	