



Metodika implementace výstupů prediktivních modelů do úhradových mechanismů zdravotní péče v ČR s možným zohledněním různých scénářů a strategií

Metodický materiál projektu

*Konstrukce modelů pro predikci regionálních potřeb a dostupnosti
zdravotní péče a s tím souvisejících ekonomických a personálních
ukazatelů*

Autor / Autoři:	Hlavní autor: prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D. Spoluautoři: Ing. Markéta Bartůňková, RNDr. Tomáš Pavlík, Ph.D., Mgr. Zbyněk Bortlíček, RNDr. Jiří Jarkovský, Ph.D., mgr. JUDr. Vladimíra Těšitelová, LL.M., RNDr. Martin Komenda, Ph.D.
Verze:	2.0
Datum:	28.2. 2026



Obsah

Obsah.....	2
Přehled použitých zkratk 4	4
1. Úvod a legislativní rámec..... 5	5
1.1 Obecný úvod..... 5	5
1.2 Účel a rozsah metodiky..... 5	5
1.3 Vstupy a výstupy metodiky..... 6	6
1.3.1 Hlavní vstupy metodiky..... 6	6
1.3.2 Hlavní výstupy metodiky..... 6	6
1.4 Cíle a determinanty budoucího vývoje úhradových mechanismů zdravotních služeb ...7	7
1.5 Legislativní rámec systému úhrad v českém zdravotnictví 11	11
1.5.1 Základní legislativní rámec..... 12	12
1.5.2 Zákon o veřejném zdravotním pojištění 12	12
1.5.3 Relevantní prováděcí právní předpisy 14	14
1.3.4 Zákon o zdravotních službách..... 15	15
1.3.5 Zákon o sociálních službách..... 17	17
1.3.6 Financování sociálně-zdravotních služeb 17	17
2 Zdroje dat: komponenty NZIS pro predikce a optimalizaci úhrad zdravotních služeb..... 19	19
2.1 Obecný úvod..... 19	19
2.2 Národní zdravotnický informační systém (NZIS)..... 19	19
2.3 Demografická data a demografické projekce ČSÚ..... 21	21
2.4 Meziresortně propojená data o sociálních a zdravotních službách..... 21	21
3 Kategorizace prediktivních modelů z hlediska různých scénářů úhrad zdravotní péče..... 22	22
3.1 Prediktivní modely demografické..... 22	22
3.2 Prediktivní modely epidemiologické..... 22	22
3.3 Prediktivní modely kapacitní..... 23	23
3.4 Prediktivní modely spotřeb materiálu, léků..... 24	24
3.5 Komplexní integrace prediktivních modelů na celostátní a regionální úrovni..... 24	24
3.6 Predikce dopadu různých scénářů (nastavení) úhrad 25	25
4 Procesní rámec implementace prediktivních modelů do úhradových mechanismů zdravotní péče ²⁷	
4.1 Workflow implementace prediktivních modelů krok za krokem..... 27	27
4.2 Role a odpovědnosti klíčových aktérů 28	28
5 Vstup daty podložených predikcí do mechanismů úhrad zdravotních služeb: přehled konkrétních agend a režimů..... 29	29



5.1	Prediktivní systém optimalizace a diverzifikace režimů úhrad akutní lůžkové péče ...	29
5.1.1	Role klasifikačního systému CZ-DRG v optimalizaci úhrad.....	30
5.1.2	Diverzifikace úhradových režimů jako výsledek prediktivní optimalizace úhrad akutní lůžkové péče.....	31
5.1.3	Kapacitní a úhradové predikce zavádějící a posilující centralizaci vysoce specializované akutní péče (centra VSP).....	33
5.1.4	Predikce kapacitní a úhradové optimalizace intenzivní lůžkové péče.....	33
5.2	Predikce vedoucí k optimalizaci kapacit a úhradového zajištění dlouhodobé a následné lůžkové péče, dlouhodobé sociální a sociálně zdravotní ošetrovatelské péče	34
5.3	Modely predikce úhradových scénářů v segmentu vysoce inovativní farmakologické léčby (tzv. centrová péče).....	36
5.4	Nová datová základna a prediktivní modely podporující dohodovací řízení	36
6	Výsledky implementace prediktivních modelů v úhradové strategii Ministerstva zdravotnictví ČR	38
6.1	Kritické zhodnocení výchozího stavu a zdůvodnění priorit úhradové koncepce Ministerstva zdravotnictví ČR.....	38
6.2	Nová koncepce optimalizace úhrad se opírá o prediktivní modely a data NZIS.....	40
6.3	Konkrétní realizované kroky a cíle optimalizace úhrad zdravotní péče na podkladě prediktivních modelů.....	42
6.3.1	Prioritní oblasti optimalizace úhrad na bázi dat.....	42
6.3.2	Aktuální vývoj v přehledu za období 2023–2025	45
6.4	Vstup prediktivních modelů do Dohodovacího řízení pro rok 2027.....	47
6.4.1	Nová podpora Dohodovacího řízení na bázi prediktivních kapacitních modelů.....	47
6.4.2	Otevřená data pro podporu dohodovacího řízení a optimalizaci úhradových mechanismů	48



Přehled použitých zkratk

CZ-DRG	– český klasifikační systém akutní lůžkové péče
ČSÚ	– Český statistický úřad
EHDS	– European Health Data Space
GDPR	– Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).
MKN-10	– Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů – 10. revize
NOR	– Národní onkologický registr
NRHOSP	– Národní registr hospitalizovaných
NRHZS	– Národní registr hrazených zdravotních služeb
NRPZS	– Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
NZIS	– Národní zdravotnický informační systém
NZIP	– Národní zdravotnický informační portál
NRZP	– Národní registr zdravotnických pracovníků
PLDD	– praktický lékař pro děti a dorost
PZS	– poskytovatel zdravotních služeb
Syntetická data	– Data uměle vygenerovaná prostřednictvím účelového nástroje pomocí vytvořeného matematického modelu nebo algoritmu s cílem vyřešit definovaný vědecký úkol.
SZV	– Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
URN	– Úložiště referenčních nemocnic
ÚZIS ČR	– Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
ZZS	– zdravotnická záchranná služba



1. Úvod a legislativní rámec

1.1 Obecný úvod

Pro účely této metodiky je vhodné stručně vymezit základní modely organizace a financování zdravotních systémů, protože institucionální rámec přímo ovlivňuje konstrukci úhradových mechanismů i možnosti využití prediktivních modelů při plánování kapacit, dostupnosti a finanční udržitelnosti péče. V mezinárodní literatuře se obvykle rozlišují dva základní referenční typy uspořádání, a to model bismarckovský a model beveridgeovský.

- Bismarckův model (např. Německo, Francie) je založen na veřejném a povinném zdravotním pojištění, v němž jsou úhrady zdravotních služeb zajišťovány prostřednictvím zdravotních pojišťoven oddělených od poskytovatelů péče. Tento typ uspořádání zpravidla pracuje s pluralitou plátců, smluvní sítí poskytovatelů a s výraznou rolí solidarity mezi pojištěnci.
- Beveridgeův model (např. Velká Británie, Španělsko) je založen na vyšší míře integrace financování a organizace zdravotní péče v rámci veřejného sektoru, obvykle s významnou vazbou na daňové příjmy a s centrálnější rolí státu při řízení sítě služeb a jejich financování.

V praxi se moderní zdravotnické systémy zpravidla nevyskytují v čisté podobě jednoho modelu. Jednotlivé země kombinují různé institucionální, regulační a úhradové prvky podle historického vývoje, rozsahu veřejných závazků, role státu, pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb. Pro metodické účely je proto podstatné zejména to, jak tyto prvky ovlivňují dostupná data, způsob alokace zdrojů a možnosti diferenciací úhrad.

Systém zdravotní péče v České republice vykazuje kombinaci prvků obou modelových uspořádání. Financování je založeno na veřejném zdravotním pojištění a pluralitě zdravotních pojišťoven, současně však stát významně vymezuje pravidla nároku, rozsah hrazených služeb, parametry úhradových mechanismů i institucionální rámec fungování systému.

Z metodického hlediska je tato kombinace podstatná tím, že úhradové mechanismy nelze nastavovat pouze podle produkce a historických nákladů, ale je nutné zohledňovat i populační vývoj, regionální dostupnost, personální kapacity, strukturu sítě poskytovatelů a očekávané změny potřeb zdravotních služeb. Právě proto je účelné zapojovat do rozhodování prediktivní modely, které umožní propojit epidemiologické, demografické, kapacitní a ekonomické informace v jednotném rozhodovacím rámci.

Tato metodika z uvedených důvodů vychází z předpokladu, že prediktivní modely mají sloužit jako systematická opora pro nastavování a průběžnou optimalizaci úhradových mechanismů napříč segmenty zdravotní péče, a to při respektování zákonného rámce, dostupných datových zdrojů i rozdílné situace v jednotlivých regionech a typech služeb.

1.2 Účel a rozsah metodiky

Tato metodika stanovuje postup pro využití výstupů prediktivních modelů při přípravě a úpravě úhradových mechanismů zdravotní péče v ČR. Jejím účelem je vytvořit opakovatelný a



transparentní rámec, který propojí datové vstupy, analytické zpracování, odbornou interpretaci a rozhodování o úhradových opatřeních.

Metodika je určena zejména pro využití v prostředí Ministerstva zdravotnictví, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, zdravotních pojišťoven a dalších odborných a institucionálních partnerů, kteří se podílejí na přípravě, validaci nebo aplikaci výstupů prediktivních modelů do úhradových mechanismů.

Rozsah metodiky zahrnuje vymezení hlavních typů prediktivních modelů, jejich vazbu na jednotlivé segmenty péče, základní proces implementace do úhradových mechanismů a pravidla pro odborné využití výsledků při tvorbě úhradové strategie. Metodika neplní funkci samostatného analytického reportu ani detailního legislativního komentáře.

Podrobné segmentové analýzy, scénáře vývoje a další analytické podklady jsou vedeny v samostatném analytickém reportu a v souvisejících přílohách. Tato metodika na ně navazuje, ale soustředí se především na způsob jejich využití v úhradových mechanismech.

1.3 Vstupy a výstupy metodiky

Pro praktické použití metodiky je vhodné stručně vymežit, s jakými typy vstupů pracuje a jaké typy výstupů má generovat pro potřeby úhradové strategie a souvisejících rozhodovacích procesů.

1.3.1 Hlavní vstupy metodiky

- datové komponenty NZIS, včetně registrů, produkčních dat a dalších relevantních národních zdrojů,
- demografické projekce a další populační podklady,
- nákladová a produkční data využitelná pro segmentové a úhradové modelování,
- údaje o kapacitách sítě poskytovatelů a o personálním zabezpečení péče,
- výstupy segmentových analýz, odborných posudků a podle potřeby i meziřesortně propojených datových zdrojů.

1.3.2 Hlavní výstupy metodiky

- podklady pro posouzení očekávaného vývoje potřeby zdravotních služeb a jeho dopadů do úhrad,
- segmentově orientované interpretační závěry pro potřeby úhradové strategie,
- varianty úhradových úvah a opatření opřené o modelové výstupy,
- podklady pro dohodovací řízení, úhradovou vyhlášku a další související rozhodovací procesy,
- zpětnovazební podněty pro aktualizaci dat, modelů a interpretačních pravidel v dalších obdobích.



1.4 Cíle a determinanty budoucího vývoje úhradových mechanismů zdravotních služeb

Systém zdravotní péče musí být citlivý, efektivní a dostatečně výkonný. Úhradové mechanismy musí být zaměřené na vysokou nákladovou efektivitu služeb, při zachování co nejvyšší kvality a dostupnosti. Těchto cílů je samozřejmě v praxi nesmírně těžké dosáhnout, nicméně jsou neoddiskutovatelnou podmínkou dlouhodobé udržitelnosti solidárního zdravotnického systému. Dostatečně robustní datová základna kontrolující vývoj nákladů a výnosů systému veřejného zdravotního pojištění je jednou z podmínek udržitelnosti celého systému. Zejména proto, že pokud mají být přijata efektivní opatření pro finanční zdraví systému, musí být přijímána s dostatečným časovým předstihem. A zde je i velký prostor pro kvalitní predikce vývoje systému.

Predikce vývoje systému komplikuje celá řada faktorů, které jsou pozitivními stránkami, zejména neustálý vývoj a progresse technologií a diagnosticko-léčebných postupů. Datová základna determinující nastavování úhrad tak pracuje s živým systémem a vyžaduje neustále iterace, optimalizace a nastavování mechanismů. Hlavními determinanty budoucího vývoje jsou ale faktory demografického vývoje a nemocnosti populace.

Stárnutí populace povede ke změnám v zastoupení různých kategorií pojištěnců, kdy se bude dále zvyšovat počet těch osob, za něž odvádí pojistné na zdravotní pojištění stát (tzv. státní pojištěnci), a naopak bude stagnovat počet ekonomicky aktivního obyvatelstva, které se již v současnosti na financování systému podílí téměř 70 % jeho celkových příjmů. S ohledem na demografický vývoj lze přitom očekávat, že poměr osob ekonomicky aktivních se bude oproti tzv. státním pojištěncům, kteří naopak čerpají s ohledem na objektivní skutečnosti (starobní důchodci, invalidní důchodci, děti včetně novorozenců) více péče, nadále snižovat. Bez přijetí potřebných opatření včetně legislativních změn povede tato situace nutně k vyčerpání zdrojů zdravotního pojištění. V této oblasti jsou velmi významné makroekonomické prediktivní modely, které postihují i očekávatelný vývoj trhu práce, zaměstnanost, oborově specifickou inflaci apod.

S postupujícím demografickým stárnutím populace je tak zejména nutné posilovat princip solidarity, kdy každý občan přispívá do základního fondu veřejného zdravotního pojištění dle stanoveného podílu z vyměřovacího základu a zdravotní péči čerpá dle svých potřeb. Stěžejním cílem pro další dekádu bude udržení všeobecné dostupnosti péče. Pacienti budou stále více nárokovat péči od lékařů, nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotní péče, kteří jsou přidruzeni ke zdravotnickému systému. Nepochybně musíme v dalších dekáдах počítat s významným nárůstem zdravotních potřeb v důsledku demografického stárnutí populace a nárůstu nemocnosti.

Lze shrnout, že systém zdravotní péče v každé zemi by měl být přizpůsoben tak, aby vyhovoval současným zdravotním potřebám dané společnosti a aby byl připraven na změny a vývoj potřeb ve střednědobém časovém horizontu. Financování systému by mělo pocházet z mnoha zdrojů, a to jak ve formě veřejných, tak soukromých vstupů. Poměr veřejných a soukromých výdajů by měl být koncipován tak, aby nezhoršoval dostupnost potřebné péče pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, neboť její odkládání vede nezdědky ke zhoršování zdravotního stavu pacienta a následnému navýšení výdajů systému na řešení mnohem závažnějšího zdravotního stavu. Důležitými prvky systému vždy bude nemocniční infrastruktura (zejména počet lůžek) a také počet, dostupnost a reálná úvazková kapacita



zdravotnického personálu. Predikovaný rostoucí nedostatek počtu zaměstnanců je jednou z nejdůležitějších výzev, kterým čelí subjekty s rozhodovací pravomocí ve zdravotnických systémech většiny zemí světa. Zejména na systému vzdělávání zdravotnických profesionálů a opatřeních k personální stabilizaci služeb lze demonstrovat, že správné fungování systému vyžaduje velmi komplexní opatření a spolupráci více resortů a mnoha institucí.

Tato metodika předkládá aktualizované analýzy a návrhy opatření vycházející především z dlouhodobé koncepce určené metodickými materiály a cíli programu „Zdraví 2030“, dále ze srovnávacích studií WHO, OECD („Health at Glance“) a také z detailních analytických materiálů některých zemí EU. Vlastní těžiště metodiky spočívá v popisu způsobu implementace prediktivních modelů do úhradových mechanismů; podrobné segmentové analytické rozborů jsou souběžně doloženy v analytickém reportu „Predikce vývoje potřeby zdravotní péče v ČR“ a v jeho přílohách.

Pro účely předání výsledků jsou k této metodice jako její vlastní přílohy přiřazeny zejména příloha č. 1 zaměřená na implementaci predikcí v akutní lůžkové péči a příloha č. 2 zaměřená na datovou podporu dohodovacího řízení. Další segmentové analytické podklady jsou nadále využitelné, avšak jsou systematicky vedeny u analytického reportu.

Klíčovými determinanty budoucího vývoje finanční stability českého zdravotnictví jsou zejména:

- **Stárnutí populace**

- Česká populace, stejně jako evropská populace, stárne. V následujících dvou dekádách musíme počítat s vývojem, kdy se počet obyvatel ve velmi pokročilém věku (80+) až zdvojnásobí. Stárnoucí populace vyžaduje posílení geriatrické péče a následné péče, narůstá význam dlouhodobé ošetrovatelské péče, pokud možno co nejvíce dostupné v přirozeném sociálním prostředí pacientů. To obecně znamená více lůžek následné péče a méně lůžek akutní péče, posilování komunitních ošetrovatelských a sociálně zdravotních služeb. Situace se začne rapidně zhoršovat od roku 2030, do té doby se změně situace musí přizpůsobit struktura části lůžkového fondu a včetně podpory geriatrické péče, musí dojít k razantnímu posílení kapacit dlouhodobé ošetrovatelské péče.
- **Velmi významnou komponentou systému zdravotních služeb musí být funkční a kapacitně dobře připravené segmenty přednemocniční péče a péče v závěru života u chronických pacientů. Závěrem života zde není míněna pouze paliativní péče, ale i dlouhodobá sociálně-zdravotní péče o chronicky nemocné pacienty (seniory) s vysokým stupněm ztráty soběstačnosti. Optimalizace úhrad těchto segmentů péče je proto jedním z hlavních cílů zde představené datové základny.**

- **Zdravotní stav populace**

- Zdravotní stav české populace není dobrý, což nevyhnutelně navyšuje přímé i nepřímé náklady veřejného zdravotního pojištění a systémů sociální podpory. Dlouhodobě i v mezinárodním srovnání evidujeme zkrácenou dobu života ve zdraví, zejména u mužů, dále vysoký podíl předčasných úmrtí (včetně úmrtí na preventabilní,

nepřenositelné, choroby jako jsou závažná kardiovaskulární onemocnění, zhoubné nádory apod.) a vysokou zátěž těmito chronickými nemocemi, jejichž prevalence začíná významně narůstat již v populačních skupinách ve věku 45+ (typicky hypertenze, onkologická onemocnění, diabetes mellitus). Tento stav je výzvou k posilování prevence ve všech jejích formách, s důrazem na prevenci primární a na programy včasného zachytu vážných onemocnění. Rovněž je nezbytné investovat do posilování zdravotní gramotnosti obyvatel, a to již u dětí předškolního věku.

- **Nastavení motivačních úhrad pro nejrůznější preventivní a screeningové programy je klíčové pro dlouhodobou udržitelnost systému a pro ozdravení populace. Jde o programy, které jsou z dlouhodobého hlediska náklady šetřící (zabránění vzniku vážných onemocnění nebo jejich včasný záchyt, prodloužení délky života ve zdraví). Z tohoto důvodu představují tyto programy velmi významnou komponentu komplexních predikcí směřujících k finanční udržitelnosti systému zdravotní péče.**
- **Personální kapacity**
 - Košetření pacientů bude třeba stále více zdravotníků, zejména v dosud poněkud opomíjených segmentech péče. Moderní technologie, personalizovaná medicína a nové terapeutické postupy tento problém výrazně prohloubily. Posunula se též pozice tzv. rodinných lékařů, kdy lékař pro stanovení diagnózy potřebuje stále lepší a složitější technické a laboratorní vybavení. Tím pádem dochází ke vzniku tzv. sdružených praxí, rozvíjí se jednodenní péče a celý systém zdravotních služeb se produkcí postupně posouvá od akutní lůžkové péče k jiným segmentům. Na to musí reagovat postupná restrukturalizační opatření, programy posilování kapacity škol vzdělávajících zdravotníky a implementace komplexních systémů integrované a dlouhodobé péče.
 - **NZIS z těchto důvodů vstupuje do nastavování úhrad i plánování potřebných personálních kapacit a hodnocením výše a efektivity jejich odměňování. Jakkoli je růst platů a mezd u zdravotnických profesionálů žádaný, nesmí celková úroveň personálních nákladů přerůst únosnou mezd (cca 50 – 55 % celkových nákladů maximálně).**
- **Ekonomické aspekty, technologický vývoj**
 - Rozvoj diagnostických a léčebných technologií nevyhnutelně zvyšuje náklady zdravotních služeb. Na to musí reagovat systém veřejného zdravotního pojištění všemi dostupnými mechanismy, jejichž cílem musí být zlepšování zdravotního stavu obyvatel (např. bonifikace pojištěnců zapojených do prevence, zvyšování efektivity systému, centralizace péče, optimalizace trajektorií pacientů systémem) a také tlakem na snižování jednotkových nákladů léčby. V opačném případě je vážně ohrožena finanční udržitelnost solidárního systému služeb. Příkladem může být rozvoj segmentu personalizované medicíny, kde se s nástupem nových generací léků výrazně zdražuje léčba. To se týká nákladů jednak na tzv. centrovou léčbu, které v posledních deseti letech začaly exponenciálně narůstat, a také nákladů na léčbu



vzácných onemocnění. Jen v posledním roce přibýlo více než 100 nových molekul, které vedou k léčebným postupům s jednotkovou cenou vyšší než 100 milionů korun.

- Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat vztahu vstupu nových technologií a léčivých přípravků, které mají potenciál nahradit dosavadní méně účinnou či finančně nákladnější léčbu. Z dosavadních zkušeností plyne, že investice do nových přístupů nepřináší automaticky úsporu v jiné části systému. Např. podpora jednodenní chirurgie či domácí péče nevedou k signifikantním úsporám v akutní či následné lůžkové péči, pokud oba systémy nekoordinovaně fungují vedle sebe, a dokonce jsou ve vzájemné kompetici. V budoucnu bude ale zcela nezbytné, aby nastavení úhradových mechanismů rychle reagovalo na tyto inovace, např. velmi slibné výsledky ve výzkumu léčivých přípravků na Alzheimerovu chorobu mohou znamenat významné úspory v následné péči o pacienty s tímto onemocněním. S tím ovšem přichází silný apel k implementaci integrovaných modelů péče optimalizujících návaznost různých segmentů služeb a nastavujících nejlepší možnou trajektorii pacienta v systému.
- **Komplexní predikce musí zahrnovat i finanční stránku komplexních systémů péče (tzv. integrované modely – „Disease management“), ve kterých jednotlivé segmenty péče na sebe logicky a bez zbytečného prodlení navazují. Zdravotní péče obecně bude čím dál více integrovaná a provázaná, zdravotně-sociální péče, paliativní péče a primární péče v kombinaci se změnami v elektronizaci zdravotnictví umožní poskytování služeb ve vzájemném souladu a zároveň umožní redukci péče s nízkou přidanou hodnotou.**
- **Struktura příjmů a stabilita zdravotnického systému**
 - Stárnutí populace bude nevyhnutelně navyšovat počet tzv. státních pojištěnců, tedy občanů, kteří nepřispívají do veřejného zdravotního pojištění a péči za ně platí stát přerozdělením daní. V ČR je to v současně době téměř 60 % obyvatel, kteří zdravotní pojištění neplatí, ale péči čerpají. Péči tak přímo či nepřímo financuje v rámci solidárních zdravotního pojištění zbývajících 40 % obyvatel. Počet i populační podíl státních pojištěnců přitom v následujících dvou dekadách významně naroste. Proto, aby nedošlo ke zhrocení solidárního „Bismarckova“ systému zdravotního pojištění, jsou nutné zásadní reformy.
 - Současně v Evropě narůstá počet zdravotníků, především lékařů, kteří nemají zájem vstupovat do systému zdravotního pojištění, tedy mít smlouvu se zdravotní pojišťovnou, ale dávají přednost platbám od pacientů v hotovosti. V některých oborech je tento trend již naprosto běžný (estetická chirurgie, částečně stomatologie). Obecně rovněž platí, že mladí zdravotníci již nejsou ochotni trávit ve zdravotnických zařízeních většinu svého života. Tím narůstá tlak na efektivní využívání času lékaře a také odborného nelékařského zdravotnického personálu.

1.5 Legislativní rámec systému úhrad v českém zdravotnictví

Nastavování úhrad zdravotních a sociálně zdravotních služeb musí nevyhnutelně mít silnou oporu v platných zákonech a na ně navazujících prováděcích předpisech. Tato kapitola stručně shrnuje hlavní legislativní normy, jejich obsahový význam a účinnost v dané oblasti. Přehled legislativních norem se opírá zejména o následující zdroje:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 38/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony
- Zákon č. 289/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Úhrady zdravotních služeb jsou v České republice založeny na systému veřejného zdravotního pojištění, který je jedním z modelů financování zdravotních služeb používaných ve světě. Tento systém je založen na principu povinného zdravotního pojištění a zajišťuje dostupnost zdravotního pojištění pro všechny osoby v souladu s platnou právní úpravou. Dalším principem je princip sociální solidarity, který funguje na bázi přerozdělení prostředků mezi všemi sociálními vrstvami nebo mezi zdravými a nemocnými. Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na bázi plurality zdravotních pojišťoven – plátců zdravotních služeb, kdy každý občan si může vybrat zdravotní pojišťovnu, u které je pojištěn a stejně tak je systém založen na svobodné volbě lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb. Neopomenutelnou úlohu hraje stát, stát, který na jedné straně garantuje financování některých sociálních skupin (tzv. státní pojištěnci – děti a důchodci), na straně druhé kontroluje zdravotní pojišťovny při jejich činnosti.

Financování sociálních služeb je v České republice legislativně zakotveno především v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovuje pravidla pro poskytování, plánování a financování těchto služeb. Financování sociálních služeb je řešeno v části šesté zákona (§ 101a – 105a), kde se stanovuje, že prostředky na sociální služby jsou poskytovány ze státního rozpočtu, rozpočtů krajů a obcí, případně z dalších veřejných i soukromých zdrojů. Klíčovým nástrojem je střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, který obce a kraje zpracovávají na základě zjištěných potřeb obyvatel a dostupných zdrojů. Tento plán slouží jako podklad pro rozhodování o financování konkrétních služeb a zajišťuje efektivní síť služeb v daném území.



1.5.1 Základní legislativní rámec

Hlavními pilíři legislativního ukotvení jsou následující obecně závazné právní předpisy:

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále také jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“)

- Upravuje, kdo je pojištěnec, jak funguje systém veřejného zdravotního pojištění, jaké plány a sazby mohou být použity a jak probíhá úhrada zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven.
- Stanovuje povinnost poskytovatelů uzavírat smlouvy o poskytování zdravotní péče (a o úhradách) se zdravotními pojišťovnami.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „zákon o zdravotních službách“)

- Upravuje, co se rozumí zdravotní službou, podmínky jejich poskytování, kvalifikace poskytovatelů, vedení zdravotnické dokumentace, standardy zdravotní péče a rámec pro organizaci péče.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“)

- Zákon definuje jednotlivé druhy sociálních služeb, podmínky jejich poskytování, práva a povinnosti uživatelů i poskytovatelů, a také
- mechanismy jejich financování.

Prováděcí právní předpisy

- Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva financí a dalších příslušných orgánů upravují konkrétní mechanismy úhrad (např. seznam hrazených služeb, podmínky úhrad, pravidla pro výpočet úhrad, případně sazebníky a jejich aktualizace).

1.5.2 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Zákon o veřejném zdravotním pojištění upravuje mechanismus úhrad zdravotních služeb, jehož cílem je zajistit dostupnou, účelnou a kvalitní zdravotní péči pro pojištěnce a zároveň stabilní financování poskytovatelů zdravotních služeb. V tomto systému figurují tři hlavní okruhy subjektů: zdravotní pojišťovny jako plátcí úhrad, poskytovatelé zdravotních služeb (např. nemocnice, praktičtí a odborní lékaři), kteří zdravotní služby poskytují, a pojištěnci, tedy pacienti, kteří zdravotní služby využívají a mohou být povinni hradit spoluúčasť dle platné legislativy (např. doplatky za léčivé přípravky). Jak bylo již uvedeno výše, systém veřejného zdravotního pojištění je povinným a plátcí pojistného jsou ve smyslu ustanovení § 4 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění pojištěnci, zaměstnavatelé a stát.

Hrazené zdravotní služby jsou definovány zákonem o veřejném zdravotním pojištění v § 13 a násl., který upravuje podmínky, za nichž jsou zdravotní služby hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podle tohoto zákona se hrazenými službami rozumí zdravotní péče, která je poskytována pojištěncům na základě jejich zdravotního stavu, a to v rozsahu a



za podmínek stanovených zákonem. Úhrada je realizována prostřednictvím zdravotních pojišťoven, které uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb (§ 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění). „...*Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle jiného právního předpisu, smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Smlouvy podle věty první včetně jejich změn a dodatků, které se týkají způsobu úhrady, výše úhrady a regulačních omezení úhrady, vždy obsahují určení období, pro které se způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v takové smlouvě použijí...¹*“.

Tyto služby mohou být hrazeny formou úhrady za jednotlivé výkony nebo prostřednictvím paušálních plateb, například podle systému DRG.

Zákon rovněž stanovuje, že některé zdravotní služby mohou být hrazeny pouze po předchozím souhlasu zdravotní pojišťovny, zejména pokud jde o nákladnější nebo specifické výkony. V určitých případech může být pojištěnec povinen hradit spoluúčast nebo doplatek, například za léky, zdravotnické prostředky.

Výše úhrad a jejich podmínky jsou výsledkem tzv. dohodovacího řízení, což je proces, při kterém se zdravotní pojišťovny, Ministerstvo zdravotnictví a zástupci poskytovatelů zdravotních služeb dohodnou na parametrech financování. Předmětem těchto jednání jsou nejen sazby za jednotlivé typy péče, ale i podmínky úhrad, objemové limity, kvalita poskytované péče, způsob vyúčtování a případné korekce či penalizace.

Dohodovací řízení probíhá zpravidla pravidelně, nejčastěji na roční bázi, a jeho výstupem je závazná dohoda, která určuje, jaké finanční prostředky budou pojišťovny poskytovatelům vyplácet. Pokud k dohodě nedojde, mohou být využity alternativní mechanismy, jako je rozhodnutí ministerstva nebo soudní řešení. Tento systém má za cíl zajistit transparentnost, předvídatelnost a udržitelnost financování zdravotní péče v České republice.

Jak o něm pojednává konkrétně § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění: „...*Hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku +). Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou +) v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezeních jinak.“.*

¹ § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů



Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále také jen „ÚZIS ČR“) sehrává zásadní roli v rámci systému CZ-DRG, který je upraven v § 41a zákona o veřejném zdravotním pojištění. Tento paragraf stanovuje právní rámec pro klasifikaci akutní lůžkové péče a vytvoření referenční sítě poskytovatelů zdravotních služeb.

ÚZIS ČR je odpovědný za tvorbu a každoroční aktualizaci klasifikačního systému CZ-DRG, který slouží k zařazování hospitalizačních případů do skupin podle diagnóz. Součástí této činnosti je stanovení relativní nákladovosti jednotlivých skupin, pravidel pro jejich zařazování a metodik pro vykazování hrazených služeb. Tyto informace ÚZIS ČR předává Ministerstvu zdravotnictví nejpozději 90 dní před koncem kalendářního roku. Ministerstvo následně zveřejňuje metodiky a poskytuje softwarové nástroje (např. Grouper) pro klasifikaci hospitalizačních případů.

Pro rozvoj systému CZ-DRG může ÚZIS uzavírat smlouvy s poskytovateli zdravotní péče o předávání informací o nákladovosti hospitalizací. Tím vzniká referenční síť nemocnic, která je klíčová pro sběr dat a výpočet relativních vah jednotlivých DRG skupin.

Referenční síť nemocnic byla vytvořena v roce 2015 na základě vícekritériální analýzy nemocnic v ČR a zahrnuje zařízení různých typů – fakultní, krajské, oblastní i specializované. Nemocnice v této síti poskytují detailní data o nákladech na hospitalizační případy, která slouží jako referenční základna pro oceňování péče v systému CZ-DRG. Za tuto spolupráci dostávají nemocnice příspěvek od zdravotních pojišťoven – obvykle 1 milion Kč ročně plus 100 Kč za každý validní případ použitý pro výpočet vah 3.

ÚZIS ČR zároveň provozuje Metodické a analytické centrum CZ-DRG, které zajišťuje vývoj, kultivaci a implementaci systému CZ-DRG do úhrad akutní lůžkové péče. Centrum se podílí na sběru a validaci dat, vývoji softwarových nástrojů, školení poskytovatelů a metodické podpoře systému.

Novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění realizovanou zákonem č. 289/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, dochází k:

- rozšíření systému CZ-DRG o jednodenní péči a tím dojde i k rozšíření či úpravám referenční sítě poskytovatelů (§41a),
- novému ustavení referenční sítě poskytovatelů dlouhodobé a následné lůžkové péče a péče ve vlastním sociálním prostředí (§41aa),
- novému ustavení referenční sítě pro léčivé přípravky, jejichž úhrada je podmíněna používáním na specializovaném pracovišti (§41ab).

Vytváří se tím podrobnější datová základna o nákladových datech poskytovatelů, se kterou lze pracovat při stanovení úhrad a zvýšení efektivity úhradových mechanismů.

1.5.3 Relevantní prováděcí právní předpisy

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení

Jak již bylo uvedeno výše Ministerstvo zdravotnictví každoročně vydává vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení, která obsahuje na jedné straně dohody, které jsou výsledkem dohodovacího řízení a v případě, kdy k dohodě nedojde,



obsahuje direktivu ze strany Ministerstvo zdravotnictví. V této souvislosti je však nezbytné upozornit na větu poslední § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ze které vyplývá, že tato vyhláška se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezeních jinak.

Tato vyhláška tedy stanovuje:

- hodnotu bodu,
- výši úhrad za hrazené zdravotní služby,
- regulační omezení pro jednotlivé segmenty péče.

Vyhláška č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách ve znění pozdějších předpisů

Tato vyhláška stanovuje rámcové smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Vydána byla na základě § 17 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění a upravuje následující oblasti:

- Standardizované podmínky pro uzavírání smluv mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními.
- Typy zdravotní péče, pro které se rámcové smlouvy vydávají – např. praktická lékařská péče, ambulantní specializovaná péče, nemocniční péče, domácí péče, záchranná služba, lékárenská péče, lázeňská péče aj.
- Závaznost rámcových smluv – individuální smlouvy se nesmí odchýlit od rámcové smlouvy, pokud to rámcová smlouva výslovně nepovoluje.
- Přílohy vyhlášky obsahují konkrétní vzory rámcových smluv pro jednotlivé typy poskytovatelů zdravotní péče.

1.3.4 Zákon o zdravotních službách

Zákon o zdravotních službách je klíčovým právním předpisem, který upravuje organizaci, poskytování a kontrolu poskytování zdravotních služeb v České republice. Jeho účelem je zajistit, aby zdravotní služby byly poskytovány bezpečně, kvalitně, odborně a v souladu s právem, a zároveň chránit práva pacientů i povinnosti poskytovatelů. Celkově zákon o zdravotních službách vytváří právní prostředí, které má za cíl zajistit dostupnost, bezpečnost a kvalitu zdravotní péče pro všechny občany. Zároveň jasně vymezuje odpovědnosti jednotlivých subjektů v systému zdravotnictví.

Zákon definuje, co se rozumí zdravotními službami (§ 2 zákona o zdravotních službách) jaké jsou jejich formy (např. ambulantní, lůžková, jednodenní, domácí, neodkladná péče) a kdo je může poskytovat.

Podle novely zákona o zdravotních službách realizované zákonem č. 38/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony (dále jen „novela zákona o sociálních službách“) lze podle § 2a zákona



o zdravotních službách poskytovat následující zdravotní služby pouze jako součást sociálně-zdravotních služeb podle § 36 zákona o sociálních službách:

- a) sociálně-zdravotní lůžková péče podle [§ 9 odst. 2 písm. e\)](#),
- b) ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb podle [§ 10 odst. 1 písm. c\)](#),
- c) zdravotní služby poskytované v rámci centra duševního zdraví podle [§ 44b](#).

Sociálně-zdravotní lůžková péče je nově subformou lůžkové zdravotní péče představující alternativu vůči dosavadní dlouhodobé lůžkové péči podle § 9 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách.

S ohledem na potřebu zvýšení kvality poskytované zdravotní péče poskytovateli sociálních služeb, kteří dosud poskytovali ošetrovatelskou a rehabilitační péči bez oprávnění uděleného podle zákona o zdravotních službách, se zrušila výjimka z obecné povinnosti poskytovat zdravotní služby pouze na základě oprávnění, stanovena v § 11 odst. 2 písm. b). Dosavadní poskytovatelé sociálních služeb poskytující ošetrovatelskou péči na základě § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách mohou tuto zdravotní péči poskytovat i nadále, za předpokladu získání oprávnění k poskytování ošetrovatelské péči v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c). Pro tyto poskytovatele změna znamená v zásadě pouze novou povinnost získat pro její poskytování oprávnění.

Dále ustanovení § 11 odst. 8 nově stanoví, že poskytovatelem sociálně-zdravotní lůžkové péče podle § 9 odst. 2 písm. e) může být pouze držitel registrace k poskytování pobytových sociálních služeb se shodným místem jejich poskytování, poskytovatelem ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c) může být pouze držitel registrace k poskytování (nikoli nezbytně pobytových) sociálních služeb v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v zařízeních odlehčovacích služeb se shodným místem poskytování. Doložení této registrace sociálních služeb bude nezbytnou podmínkou k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb v předmětném rozsahu podle § 16 odst. 1 písm. m). Zánik registrace k poskytování těchto sociálních služeb bude naproti tomu důvodem pro změnu, pozastavení nebo odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 24 odst. 1 písm. b).

ÚZIS má významnou roli při stanovení úhrad zdravotních služeb v rámci Národního zdravotnického informačního systému (dále také jen „NZIS“), jehož je podle § 70 odst. 3 zákona o zdravotních službách, správcem. Národní zdravotnický informační systém je jednotný celostátní informační systém veřejné správy určený podle § 70 odst. 1, mimo jiné, podle písm. g):

g) k vývoji a optimalizaci klasifikačního systému pro nastavení systému úhrad akutní lůžkové péče.²

Data z NRHZS a dalších registrů NZIS slouží jako referenční základna pro výpočty relativních vah, benchmarking a oceňování péče.

² § 70 odst. 1 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů



1.3.5 Zákon o sociálních službách

Financování sociálních služeb je legislativně zakotveno především v zákoně o sociálních službách, který stanovuje pravidla pro poskytování, plánování a financování těchto služeb. Tento zákon definuje jednotlivé druhy sociálních služeb, podmínky jejich poskytování, práva a povinnosti uživatelů i poskytovatelů, a také mechanismy jejich financování.

Základním principem financování je vícezdrojovost. Sociální služby jsou hrazeny z několika zdrojů: ze státního rozpočtu prostřednictvím dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, z rozpočtů krajů a obcí, z plateb samotných uživatelů (např. za stravu, ubytování nebo fakultativní služby), a také z příspěvku na péči, který je určen uživatelům služeb a může být využit k úhradě péče. Významnou roli ve financování hrají kraje, které od roku 2014 převzaly část odpovědnosti za plánování a spolufinancování sociálních služeb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí zajišťuje dotační politiku, vytváří koncepci financování systému, metodicky vede správní orgány a poskytovatele a koordinuje kontrolní činnost. Dotace jsou poskytovány na základě každoročního dotačního řízení, které stanovuje podmínky pro čerpání prostředků. Dotace mohou být určeny na provozní náklady, rozvoj kapacit, inovace služeb nebo investice do technického zázemí.

1.3.6 Financování sociálně-zdravotních služeb

Jak již bylo uvedeno výše v České republice jsou v současné době sociální a zdravotní služby poskytovány a financovány na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“), a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Existovaly tak oddělené systémy poskytování zdravotních a sociálních služeb, které jsou současně i odděleně financovány.

Novelou zákona o sociálních službách realizovanou zákonem č. 38/2025 Sb., která novelizovala rovněž zákon o zdravotních službách a zákon o veřejném zdravotním pojištění došlo k vytvoření takových podmínek, aby uživatelům sociálních a zdravotních služeb byly tyto služby dostupné v takové vzájemné kombinaci a koordinaci, která odpovídá jejich skutečným potřebám, a to u všech druhů péče a ve všech formách poskytování.

S přechodem na nový právní režim dochází ke změnám v udělování oprávnění k poskytování zdravotních a sociálních služeb, kdy se podle § 36 odst. 2 zákona o sociálních službách:

(2) Sociálně-zdravotní služby lze poskytovat v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, centrech duševního zdraví nebo v zařízeních odlehčovacích služeb, a to na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních sociálních služeb a zároveň oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních podle § 52 zákona o sociálních službách budou s účinností ode dne 1. ledna 2029 zrušeny. K 1. lednu 2027 budou moci na



základě přechodného ustanovení poskytovatelé uvedených pobytových služeb poskytovat zdravotní péči podle dosavadní právní úpravy.

Financování sociální složky sociálně-zdravotní lůžkové péče, včetně ubytování a stravy, se řídí zákonem o sociálních službách, potažmo vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Financování zdravotní složky sociálně-zdravotní lůžkové péče se řídí zákonem o veřejném zdravotním pojištění a jeho prováděcími právními předpisy. Zdravotní pojišťovna v případě potřeby může navíc poskytovatele motivovat k přijímání nových pojištěnců i úhradově v tzv. úhradových dodatcích uzavíraných podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, které jsou uzavírány vždy na kalendářní rok (tzn. může např. s poskytovatelem domácí péče sjednat, že za každého jejího pojištěnce v pobytové sociální službě, kterého na její žádost přijme do péče, obdrží sjednaný finanční bonus). Zda pojišťovna možnost finanční bonifikace využije, je na jejím uvážení, zejména přitom bude vycházet z toho, zda se daří pojištěncům zajistit hrazené služby i bez takovéto bonifikace.

S přechodem na nový právní režim poskytování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb se zvláštní smlouva po získání oprávnění k poskytování této ošetrovatelské péče přemění na smlouvu podle § 17 odst. 1 a 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tzn. standardní smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb, s tou odchylkou, že na žádost poskytovatele pobytových sociálních služeb s uděleným příslušným oprávněním bude zdravotní pojišťovna mít povinnost tuto smlouvu uzavřít (a tedy bude zachována kontraktační povinnost). Návazně je uzavření zvláštní smlouvy jako subtypu smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb výslovně vyjmutu z konání výběrových řízení podle ustanovení § 46 a následujících zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dále čerpání „běžné“ dlouhodobé lůžkové péče (tzn. s výjimkou intenzivní dlouhodobé péče) jako hrazené služby nad základní dobu poskytování 90 dnů bude možné pouze po schválení zdravotní pojišťovnou.

Současně se stanoví, že zdravotní služby sociálně-zdravotní lůžkové péče jsou službou hrazenou zdravotními pojišťovnami, přičemž ubytování a strava pojištěnce jsou hrazeny podle ustanovení zákona o sociálních službách stejným způsobem jako u pobytových sociálních služeb.



2 Zdroje dat: komponenty NZIS pro predikce a optimalizaci úhrad zdravotních služeb

2.1 Obecný úvod

Zabýváme-li se optimalizací a nastavením systému úhrad zdravotních služeb v celém jejich spektru, potom do těchto procesů více či méně zásadně vstupují všechny myslitelné a existující zdroje dat. Od dat demografických a populačních (plánování potřeb měnící se populace, migrace za prací, péčí), přes data o vlastní péči a jejích výsledcích (dostupnost, kvalita, nákladová efektivita) až po velmi detailní data diagnostická, genetická (zaměření na moderní technologie, predikce prevalence vzácných nemocí), apod. Cílem této metodiky není detailně popisovat jednotlivé zdroje dat, ale spíše se rámcově zaměřit na konkrétní mechanismy, jak data a od nich odvozené prediktivní modely determinují jednotlivé mechanismy úhrad a umožňují jejich variantní optimalizaci dle různých scénářů.

Při popisu hlavních datových zdrojů se tedy pouze obecně zaměřujeme na Národní zdravotnický informační systém a jeho hlavní komponenty, případně na hlavní zdroje populačních dat.

2.2 Národní zdravotnický informační systém (NZIS)

NZIS je jednotný celostátní informační systém veřejné správy, v němž jsou shromažďovány a zpracovávány údaje ze základních registrů orgánů veřejné správy, ministerstev, od poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších osob předávajících údaje do NZIS. Postup a podmínky správy a přístup k těmto údajům jsou komplexně upraveny v § 70–78 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcími předpisy, zejména vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů.

V navržené metodice hodnocení hrají zásadní roli zejména následující klíčové komponenty (registry, statistická šetření) NZIS:

- **Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS)** zajišťuje hodnocení vybavenosti, výkonnosti a výsledků poskytovatelů, včetně systému self-benchmarkingu. Parametry NRPZS jsou stanoveny v § 74 odst. 1 a 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. NRPZS je, obecně vzato, registrem veřejným s tím, že zákon explicitně (§ 74 odst. 3 písm. a) stanoví části, které zveřejnit nelze a z uvedeného důvodu se neobjevují v jeho veřejné části. Jsou jimi parametry chránící osobní údaje fyzických osob či respektující neveřejný charakter správního řízení v případě stejnopisů dokumentů vydaných v jeho rámci či údaje týkající se konkrétní obsazenosti lůžek u poskytovatelů. Dále zákon v následujících písmenech téhož paragrafu stanoví explicitně okruh osob oprávněných k přístupu k úplnému obsahu NRPZS. Zpravodajské jednotky NRPZS jsou pak uvedeny v § 75, stejně tak i lhůta pro předávání údajů, která je lhůtou bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 3 pracovních dnů ode dne, kdy se o vzniku údaje nebo o jeho změně zpravodajská jednotka dozví.
- **Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP)** zajišťuje zejména reprezentativní hodnocení personálních kapacit dostupnosti zdravotních služeb. Parametry NRZP jsou stanoveny v § 76 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. NRZP je registrem neveřejným, zákon explicitně uvádí



ve svém § 75 odst. 2 okruh osob, které jsou oprávněny k přístupu. Zpravodajské jednotky jsou pak stanoveny § 77, stejně tak i lhůta pro předávání údajů, která je lhůtou bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 3 pracovních dnů ode dne, kdy se o vzniku údaje nebo o jeho změně zpravodajská jednotka dozví.

- **Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZZ)** umožňuje hodnocení obsahu poskytované péče dle administrativních výkazů v rámci veřejného zdravotního pojištění. Jde o systém mapující komplexní trajektorii pacientů v systému zdravotních služeb s potenciálem hodnotit místní i časovou dostupnost, včetně dodržení klinických doporučených postupů. Parametry NRHZZ jsou stanoveny v § 77a odst. 1 až 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. NRHZZ je registrem neveřejným, zákon explicitně uvádí ve svém § 77a odst. 5 pouze zdravotní pojišťovny, které jsou oprávněny k přístupu. Zpravodajské jednotky jsou pak stanoveny § 77a odst. 2 a 4. Jsou jimi zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb v případě laboratorních výsledků. Lhůta pro předávání údajů je stanovena v prováděcí vyhlášce č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů.
- **Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP)**. Právní úprava obsahu NRHOSP je upravena v příloze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta, sociodemografické údaje (věk, pohlaví, zaměstnání) ovlivňující zdravotní stav pacienta, údaje vztahující se k hospitalizaci, o přijetí, diagnostické údaje o průběhu a léčbě nemoci (operace, komplikace, nákazy apod.), osobní anamnéza, stav pacienta při propuštění a potřeba dalších zdravotních služeb, údaje potřebné pro identifikaci poskytovatele poskytujícího lůžkovou péči.
- **Klasifikační systém CZ-DRG a jeho referenční databáze**. Hodnocení zátěže, výkonnosti, výsledků a reálných nákladů akutní lůžkové péče se v ČR opírá o legislativně ukotvený a plně udržitelný systém DRG. Systém CZ-DRG je vyvíjen a spravován na základě pověření Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) dle § 41a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Velkým přínosem české koncepce v této oblasti je dlouhodobě funkční referenční síť nemocnic, které každoročně generují referenční databázi všech hospitalizačních případů s vysokým rozlišením obsahu péče a nákladových položek.
- **List o prohlídce zemřelého (LPZ)** je základním zdrojem informací o každém úmrtí. Bezodkladně po prohlídce zemřelého jej vyplňuje prohlízející lékař, který kromě základních sociodemografických charakteristik zaznamenává také posloupnost příčin vedoucích ke smrti (od roku 1994 kódováno pomocí MKN-10).
- **Statistické výkazy a výběrová průřezová šetření**. Jde o významný nástroj využitelný pro hodnocení zpětné vazby pacientů či jejich blízkých v hodnocení zdravotních služeb a poskytovatelů. Velmi významný datový zdroj pokrývající administrativně obtížně dosažitelné hodnocení kvality života pacientů, spokojenosti s poskytovanými službami či s jejich dostupností.
- **Zdravotní registry NZIS**. V rámci přípravy této metodiky byl proveden audit obsahu stávajících zdravotnických registrů NZIS s cílem vytěžit informace a ukazatele reprezentativně popisující hlavní problémy zdravotního stavu obyvatel ČR. V generování různých forem datových souhrnů budou využita data zejména následujících zdravotních registrů:
 - Národní registr hospitalizovaných
 - Národní onkologický registr
 - Národní diabetologický registr
 - Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí
 - Národní registr úrazů
 - Národní registr intenzivní péče



- Národní registr kloubních náhrad
- Národní registr reprodukčního zdraví
- Národní registr nemocí z povolání
- Národní registr léčby uživatelů drog
- Národní registr pitev a toxikologických vyšetření
- Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve

2.3 Demografická data a demografické projekce ČSÚ

Cílem projekce ČSÚ dle zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, je v dlouhodobém pohledu nastínit směr budoucího populačního vývoje a ukázat na možné změny v početním stavu a věkovém složení populace – změny, které by nastaly při naplnění scénáře budoucího vývoje plodnosti, úmrtnosti a migrace. Projekce obyvatelstva z roku 2023 je dostupná ve třech variantách: střední, nízké a vysoké. Střední varianta představuje z pohledu autorů nejvíce pravděpodobný scénář budoucího vývoje populace, zatímco nízká a vysoká varianta dávají očekávanému vývoji početní velikosti a věkového složení obyvatelstva jakési mantinely.

2.4 Meziresortně propojená data o sociálních a zdravotních službách

Od roku 2025 disponují resorty MPSV a MZD vzájemně propojenými daty, která umožňují velmi podstatný vhled jednak do parametrů sociálních a sociálně zdravotních služeb (dostupnost, personální a kapacitní zajištění, úhrady). Tento datový most je legislativně opřen o schválenou novelu zákona o sociálních službách, která zahrnuje novelu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (*zákon o zdravotních službách*), ve znění pozdějších předpisů (§ 71a, §71b).

Nově vybudovaný systém umožňuje i predikce potřebných kapacit a od nich odvozených požadavků na zajištění úhrad. Predikce se tak staly mimo jiné základem Národního plánu rozvoje paliativní péče a Národního plánu podpory geriatrické péče.



3 Kategorizace prediktivních modelů z hlediska různých scénářů úhrad zdravotní péče

Tato kapitola shrnuje základní přehled hlavních typů prediktivních modelů, které vstupují do nastavování a optimalizace úhrad zdravotních a sociálně zdravotních služeb. Vstupy datových analýz a predikcí jsou samozřejmě velmi rozmanité, neboť jde o velmi širokou problematiku zahrnující rozmanitou škálu segmentů péče a úhradových mechanismů.

3.1 Prediktivní modely demografické

Do této kategorie spadá široká škála populačních predikcí, jejichž úlohou z hlediska nastavení systému úhrad je zejména kvantifikovat potřebné objemy péče s ohledem na měnící se strukturu populace. Nejde zde ale pouze o čistě demografické modelování vývoje populace, tato data do značné míry také určují predikci dostupných zdrojů systému veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.). Měnící se struktura pojištěnců totiž určuje výši odváděné zdravotní daně a finanční potenciál solidárního systému, tedy příjmovou stránku systému solidárního zdravotního pojištění.

Hlavní ukazatele, které tato kategorie zahrnuje, jsou následující:

- Demografie populace, vývoj počtu obyvatel, délka života vs. délka života ve zdraví, střední doba dožití
- Genderová a věková skladba populace, index závislosti a podíl seniorů
- Počty a věková struktura pojištěnců veřejného zdravotního pojištění
- Reprodukční vývoj společnosti, ukazatele reprodukčního zdraví
- Urbanizace společnosti, migrace mezi regiony x migrace do měst, demografická struktura domácností
- Vývoj zaměstnanosti včetně rozsahu migrace za prací, která může významně určovat místo preferované konzumace zdravotních služeb
- Rozdíl mezi regiony a jejich vývoj v čase, demografické parametry populace měst a venkovských oblastí

3.2 Prediktivní modely epidemiologické

Tuto kategorii nelze úplně jednoznačně oddělit od modelů epidemiologických, neboť jejím základním cílovým parametrem je kvantifikace počtu nemocných a také věkově specifické incidence a prevalence nějak léčených pacientů. Jde tedy o prediktivní základnu určující objem potřebných úhrad v dané oblasti služeb. S prodlužující se délkou života a s rostoucí úspěšností léčby i u velmi závažných stavů narůstá význam zejména prevalenčních modelů. Příkladem může být segment hematonekologie, kde úspěšné nové léky zásadně prodlužují přežití pacientů a rostoucí prevalence léčených je hlavním faktorem určujícím potřebné finanční zdroje.

Hlavní ukazatele, které tato kategorie zahrnuje, jsou následující:



- Zdravotní stav obyvatel obecně: ukazatele zdravotního stavu a jejich vývoj (zhoršení x zlepšení)
- Epidemiologie vybraných onemocnění (vždy počty, věkově specifické trendy, dosahované přežití, střední doba dožití): nádory, diabetes, CMP a oběhová soustava, psychiatrie, AlzD + demence, nemoci pohybového aparátu, bolesti zad, traumata a další
- Vývoj zdravotního stavu významných skupin obyvatel: děti a mladiství, lidé v produktivním věku + pracovní neschopnosti a jejich vývoj, senioři 60+, senioři 70+, polymorbidita – u jakých skupin, rozsah a typ polymorbidity, vývoj v čase, dlouhodobě nemocní

3.3 Prediktivní modely kapacitní

Tato kategorie sdružuje velmi různorodou skupinu prediktivních přístupů zaměřených na predikci potřeb určitého typu zdravotních služeb nebo jejich komplexní kombinace. Jde o modelovací přístupy, kde se nejvíce promítají nejrůznější scénáře vývoje úhrad, které mohou vycházet z různých výchozích dat. Příkladem mohou být například:

- Scénáře pracující s dosavadním retrospektivním vývojem objemu služeb v daném segmentu a projektující budoucí vývoj na bázi čistě statických metod
- Scénáře kriticky hodnotící přínos a nákladovou efektivitu různých přístupů (segmentů péče) a modelující jejich optimální mix na základě různých vah, či podílu na komplexní péči
- Scénáře vycházející s různých klinických doporučení, guidelinů a směřující k optimálnímu posílení určitých segmentů péče, často na úkor jiných (např. posilování komunitní ošetrovatelské péče v závěru život pacientů vs. opakované hospitalizace na akutním lůžku bez reálné možnosti zlepšit stav nemocného apod.).

Scénáře kapacitních modelů musí pracovat s daty o hustotě, dostupnosti a struktuře sítě poskytovatelů, což logicky určuje nabídku zdravotních služeb v hodnocených regionech a nepřímo také poptávku po nich (např. migrací pacientů z jiných regionů). Jde velmi často o spojené nádoby, a to i v negativním slova smyslu, kdy například je dlouhodobá insuficience a nedostupnost určitého segmentu kompenzována segmenty jinými. Síť poskytovatelů je třeba hodnotit jednak z hlediska infrastrukturní kapacity (počet míst poskytování, počet ordinací, lůžkový fond, přístroje, centra...) a také z hlediska vývoje produkce, tedy konzumace služeb měřené např. vykazovanými body, počtem operací, ošetrovacích dnů apod.

Hlavní ukazatele, které tato kategorie zahrnuje, jsou následující:

- Vývoj počtů hospitalizací x doby hospitalizací x člověkodny na lůžku
 - Akutní (resuscitační – intenzivní – normální OD)
 - Akutní (elektivní – urgentní)
 - Akutní (s operací – bez operace)
 - Následná, dlouhodobá – standardní vs. intenzivní a dle typu OD
- Které kategorie pojištěnců (demografické, klinické) jak ovlivňují čerpání hospitalizační péče, příčiny hospitalizací
- Lékařská služba první pomoci (pohotovost)
- Změny struktury nemocnic x vývoj lůžkového fondu



- Vývoj počtů interakcí s ambulantní primární péčí a s ambulantní specializovanou péčí
- Kapacity a konzumace komunitní ošetrovatelské péče v přirozeném prostředí pacienta
- Konzumace péče v závěru života
- Péče ve zdravotně sociálním pomezí – kapacity pobytové sociální služby, z toho počet lůžek v ústavním zařízení sociální péče, počet a struktura uživatelů (klientů), personální zabezpečení, příjmy a výdaje, počet neuspokojených žadatelů. Sociální lůžka, zdravotně sociální služby, domácí péče – vývoj konzumace a efekt pro zkrácování trvání a počtu akutních hospitalizací.

3.4 Prediktivní modely spotřeb materiálu, léků

Při plánování a optimalizaci úhrad je velmi často nutné predikovat i spotřebu významných zdrojů jako jsou zejména nákladné léky či materiál. Svou matematickou podstatou se tyto postupy neliší od výše popsaných modelů, zahrnují ale jiná vstupní data. Vedle demografických (vývoj populace) a epidemiologických (nemocnost) dimenzí zde hraje velkou roli i samotná cenotvorba, příp. smluvní politika, poskytovatelů a zejména zdravotních pojišťoven. Významnou roli může hrát i vývoj inflace ovlivňující jednotkové ceny dané komodity, případně dostupnost různých variant zboží (např. generifikace originálních léků apod.).

Predikce spotřeby samozřejmě významně odráží potřebu poskytované péče, kterou ale bývá obtížné odfiltrovat od jiných faktorů jako je regionální dostupnost určitého typu nabídky, smluvní a cenová politika dodavatelů, a další tržní faktory. Z toho důvodu je nutné tyto modely zaměřit na více cílových parametrů než pouze finanční náročnost a cena. Ideálně by predikce měla odrážet:

- Počet unikátních pacientů léčených danými léky či potřebujících daný materiál
- Je-li to kvantifikovatelné, pak jednotku časového nebo objemového rozsahu léčby, např. suma ošetrovacích dnů s danou farmakologickou léčbou
- Finanční náklady (dopad do úhrad zdravotních pojišťoven)

3.5 Komplexní integrace prediktivních modelů na celostátní a regionální úrovni

Integrace výše uvedených a vzájemně se ovlivňujících dimenzí hodnocení vytváří datovou základnu, od které lze odvodit i dlouhodobé predikce finanční náročnosti zajištění celého systému. Respektování všech dimenzí hodnocení je velmi důležité zejména na regionální úrovni v rámci hodnoceného státu. Při hodnocení potřeb populace relativně malých regionů totiž separátně hodnocené dimenze nemusí věrohodně odrážet skutečný stav. Až z kombinací více faktorů pak vyplynou závěry, které se týkají nejen samotného vývoje nemocnosti, ale také dostupnosti adekvátní péče nebo přístupu populace k nabízeným službám.

Hodnocení zdravotních potřeb zahrnuje epidemiologické, kvalitativní a srovnávací metody k popisu zdravotní zátěže populace nejen na celostátní, ale především regionální a místní úrovni. Právě na regionální úrovni je třeba identifikovat rozdíly v epidemiologii sledovaných onemocnění a nerovnostech v přístupu ke zdravotní péči. Úspěšné hodnocení zdravotních potřeb na úrovni regionů vyžaduje komplexní pochopení příčin nalezených nerovností, které je následně nutné rozebrat s ohledem na návrh opatření k jejich odstranění, alokaci zdrojů



potřebné k provedení změn, případně stanovení priorit pro co nejefektivnější využití těchto zdrojů.

Na regionální úrovni nám hodnocení potřeb zdravotní péče umožňuje následující:

1. popsat epidemiologii sledovaného onemocnění v místní populaci a kvantifikovat rozdíly od zátěže na regionální nebo celostátní úrovni;
2. popsat potřeby a priority pacientů v regionu i s ohledem na jejich zátěž dalšími nemocemi;
3. popsat nerovnosti ve struktuře a dostupnosti zdravotní péče a parametrizovat je s ohledem na jasný popis změn, které mají vést k jejich odstranění;
4. kvantifikovat meziregionální migraci obyvatel za určitým typem služeb a identifikovat příčiny této migrace, které nemusí vždy znamenat kritickou nedostupnost služeb – může jít o migraci danou objektivními faktory, jako je migrace v hraničních oblastech mezi regiony, centralizace vysoce specializované péče, konzumace péče v místě zaměstnání namísto místa trvalého bydliště pacienta apod.
5. popsat zdroje nezbytné k provedení navržených změn;
6. komunikovat změny pro pokrytí zdravotních potřeb dané populace se zástupci místních samospráv, a v důsledku tak ovlivnit změny zdravotní politiky na regionální úrovni.

Regionální úroveň pak musí vždy k výše uvedeným třem dimenzím přidat ještě komponentu sledující migraci obyvatel regionu za péčí do jiných oblastí a zároveň samozřejmě migraci obyvatel jiných oblastí do hodnoceného regionu. Jde o dodatečnou dimenzi, která nemá logickou vazbu na nemocnost populace. Její příčinou může být jednak faktická nedostupnost těchto služeb v daném regionu, ale mnohdy také žádoucí přesun obyvatel do vysoce specializovaných center (např. u vzácných onemocnění), která nemohou být zřízena ve všech regionech apod. Velký podíl může hrát i dojíždění obyvatel různých regionů za prací do velkých center, čímž přirozeně roste tlak na konzumaci zdravotních služeb v místě zaměstnání (zejména u ambulantní služeb, zubní lékařství apod.).

Migrace obyvatel za péčí je velmi komplexní ukazatel, a proto při hodnocení konzumace služeb musí být vždy rozlišovány dva úhly pohledu:

- konzumace daných služeb dle regionu bydliště pacienta odrážející nemocnost a potřeby obyvatel dané oblasti,
- konzumace daných služeb dle sídla poskytovatele a místa poskytování odrážející faktickou dostupnost služeb v daném regionu či objektivně danou migraci obyvatel za určitým typem péče.

3.6 Predikce dopadu různých scénářů (nastavení) úhrad

Z výše uvedeného popisu vyplývá, že skutečně robustní systém predikcí musí kombinovat a integrovat více klíčových dimenzí, které se nadto vzájemně významně ovlivňují. Např. existující a již vybudovaná infrastruktura poskytovatelů lůžkové péče determinuje potřebné personální kapacity nezbytné pro nasmlouvané spektrum a objem služeb. Velký počet poskytovatelů v daném segmentu péče tak může generovat až nesplnitelné personální



požadavky, přičemž hustota sítě nemusí odpovídat skutečným potřebám dané populace a její nemocnosti.

Dysbalance mezi různými segmenty péče pak v konečném důsledku vede k vzájemné redundanci nabízených služeb a také k nežádoucímu a neoptimálnímu nahrazování péče, která je v určité oblasti kapacitně podhodnocena. Příkladem může být suplování nedostatku dlouhodobé ošetrovatelské péče hospitalizacemi na akutním lůžku apod. Jakákoli asymetrie v oblasti blízké akutní péči pak nevyhnutelně vede k tlaku na služby zdravotnické záchranné služby a/nebo urgentních příjmů, což dramaticky zvyšuje finanční náročnost systému.



4 Procesní rámec implementace prediktivních modelů do úhradových mechanismů zdravotní péče

4.1 Workflow implementace prediktivních modelů krok za krokem

Implementace prediktivních modelů do úhradových mechanismů musí být vedena jako opakovatelný a transparentní proces, který propojuje datové vstupy, modelové výstupy, odbornou interpretaci a rozhodování o konkrétních úhradových opatřeních. Doporučený pracovní postup zahrnuje zejména následující kroky:

1. Konsolidace a příprava datových vstupů

V prvním kroku dochází ke shromáždění, konsolidaci a základnímu ověření datových vstupů. Zahrnuty jsou zejména komponenty NZIS, demografické projekce, produkční a nákladová data, údaje o personálních kapacitách a podle povahy segmentu také další relevantní zdroje. Cílem je zajistit dostatečně kvalitní, srovnatelný a interpretovatelný datový základ pro další modelování.

2. Tvorba a aktualizace prediktivních modelů

Na základě připravených datových vstupů jsou vytvářeny, aktualizovány nebo rekalibrovány demografické, epidemiologické, kapacitní a nákladové modely. V této fázi se stanovují předpoklady scénářů, časový horizont predikce a způsob segmentového členění.

3. Segmentová interpretace výsledků

Výstupy modelů jsou následně interpretovány po jednotlivých segmentech péče, a to se zohledněním regionálních rozdílů, dostupnosti služeb, personálních kapacit a očekávané nákladovosti. Cílem kroku není pouze vytvořit predikci, ale převést její výsledky do věcně srozumitelných závěrů pro úhradovou strategii.

4. Převod výsledků do úhradových úvah a variant řešení

Interpretované výstupy jsou převáděny do variant úhradových úvah, například do návrhů změn základních sazeb, bonifikačních mechanismů, segmentových alokací, centralizačních opatření nebo pravidel pro podporu návazné a dlouhodobé péče.

5. Odborná a institucionální validace

Před využitím v úhradové strategii musí být výsledky i navržené varianty validovány po odborné a institucionální stránce. Validace zahrnuje kontrolu metodické správnosti, posouzení souladu s právním rámcem, rozpočtovou únosnost i věcnou přijatelnost z pohledu hlavních aktérů.

6. Využití v úhradové strategii a v dohodovacím řízení

Validované výstupy se následně využívají při přípravě úhradové strategie Ministerstva zdravotnictví, při tvorbě podkladů pro úhradovou vyhlášku a podle povahy segmentu také jako analytická opora pro dohodovací řízení nebo další rozhodovací procesy.

7. Průběžná aktualizace a zpětná vazba



Proces implementace je nutné chápat jako cyklický. Po uzavření příslušného úhradového období má následovat vyhodnocení dopadů, identifikace odchylek mezi predikovaným a skutečným vývojem a promítnutí zjištění do další aktualizace dat, modelů a interpretačních pravidel.

4.2 Role a odpovědnosti klíčových aktérů

Pro praktické použití metodiky je vhodné výslovně vymezit role jednotlivých aktérů, aby bylo zřejmé, kdo odpovídá za datové vstupy, kdo za modelovou přípravu, kdo za odbornou interpretaci a kdo za rozhodnutí o implementaci do úhradových mechanismů.

Metodická poznámka: odpovědnost za modelové zpracování a odpovědnost za rozhodnutí o úhradovém využití výstupů mají být v textu metodiky důsledně oddělovány. Prediktivní model je odborný podklad pro rozhodování, nikoli automatický rozhodovací mechanismus.

- Ministerstvo zdravotnictví ČR: zajišťuje institucionální využití metodiky při tvorbě úhradové strategie, při přípravě úhradové vyhlášky a při stanovování priorit, které mají být podloženy prediktivními výstupy.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: zajišťuje nebo koordinuje datovou základnu, metodickou podporu modelování, přípravu analytických podkladů a technickou interpretaci výstupů v návaznosti na NZIS a další dostupné zdroje.
- Zdravotní pojišťovny: vstupují do procesu zejména jako partneři pro odborné posouzení dopadů do úhrad, do reálné proveditelnosti navrhovaných opatření a do využití výstupů v rámci dohodovacího řízení a smluvní politiky.
- Odborné společnosti a expertní pracovní skupiny: poskytují klinickou, odbornou a segmentovou interpretaci modelových výstupů a přispívají k posouzení toho, zda jsou navrhované úhradové implikace věcně správné a odborně obhajitelné.
- Poskytovatelé zdravotních služeb a další relevantní partneři: mohou poskytovat doplňující podklady k reálné dostupnosti péče, kapacitním omezením, organizačním změnám nebo regionálním specifikům, které je vhodné při interpretaci modelů zohlednit.



5 Vstup daty podložených predikcí do mechanismů úhrad zdravotních služeb: přehled konkrétních agend a režimů

Úhrady zdravotních služeb lze realizovat různými mechanismy a prostředky, které musí vždy respektovat specifika určitého segmentu služeb a měly by motivovat poskytovatele k posilování dostupnosti péče při její vysoké kvalitě. Vedle toho ovšem nelze pominout úlohu regulační, která má bránit zbytečným a redundantním indikacím péče a měla by systém vést k co nejvyšší efektivnosti.

Uvážíme-li různorodost jednotlivých segmentů péče, je evidentní, že celý zdravotnický systém nelze pokrýt jedním zdrojem dat a jedním typem predikcí potřeb. Naopak, různé segmenty péče jsou ovlivňovány různými faktory a vyžadují rozdílný přístup k modelování potřebných úhradových zdrojů. Pokud mají prediktivní modely podpořit i potřebné restrukturalizační projekty v systému organizace péče, musí nadto pracovat s různými, i virtuálními, scénáři budoucího vývoje.

Z těchto důvodů jsou v této kapitole metodicky samostatně popsány nejpodstatnější oblasti úspěšné implementace predikcí do mechanismů optimalizujících úhrady péče. Níže uvedené oblasti jsou dokumentovány jednak ve vlastní příloze metodiky č. 1, jednak v analytickém reportu „Predikce vývoje potřeby zdravotní péče v ČR“ a jeho přílohách č. 2 až 6.

5.1 Prediktivní systém optimalizace a diverzifikace režimů úhrad akutní lůžkové péče

Akutní lůžková péče představuje jeden z nejnákladnějších a nejsložitějších segmentů zdravotních služeb, kde je optimalizace úhrad velmi komplikovaná. Jde totiž o segment velmi heterogenní, který zahrnuje péči konzervativní, ale i vysoce akutní s kritickými výkony, péči intenzivní i ošetrovatelskou. Přesto je možné, a samozřejmě nutné, zde exaktně hodnotit reálné náklady a po zvážení celkové produkce a vývoje potřeby optimalizovat úhrady. Celému systému přitom velmi pomáhá rozumná diverzifikace úhradových mechanismů, které reflektují rozdílné potřeby rozdílných přístupů k akutní lůžkové péči.

Prediktivní produkční a finanční modely vycházejí zejména z dat klasifikačního systému CZ-DRG sbíraných zejména z nemocnic zapojených do referenční sítě DRG. Dalšími nezbytnými zdroji dat jsou významné komponenty NZIS, zejména Národní registr hrazených zdravotních služeb a Národní registr hospitalizací. Tyto registry mimo jiné umožňují velmi potřebnou nezávislou kontrolu predikcí a analýz ze strany zdravotních pojišťoven.

Optimalizace úhrad v akutní lůžkové péči by měla nejen co nejspravedlivěji krýt reálné náklady poskytovatelů, ale také vytvářet správné motivace vedoucí ke kvalitní a vysoce efektivní péči. Žádoucími trendy, kterých by měl efektivní systém úhrad dosahovat jsou zejména:

- Neprodulžování doby hospitalizací nad rámec potřebné kvalitní péče
- Efektivní koncentrace péče bez nadbytečných překládů a rehospitalizací



- Koncentrace vysoce specializované péče v rukách zkušených týmů, které realizují dostatečný počet výkonů a garantují jejich vysokou kvalitu
- Zajištění plynulé návaznosti následné, rehabilitační či dlouhodobé péče

5.1.1 Role klasifikačního systému CZ-DRG v optimalizaci úhrad

Klasifikační systémy využívající principu DRG (*Diagnosis Related Groups*) umožňují standardizovaný popis poskytované zdravotní péče v definovaných jednotkách, nejčastěji tzv. DRG skupinách, které jsou dostatečně klinicky a ekonomicky homogenní. Tyto jednotky mají kromě klinické definice také svůj ekonomický rozměr, kdy jsou jim standardizovanými postupy přiřazeny nákladové údaje. Možnost nákladového ocenění vede k tomu, že DRG systémy jsou v řadě států převážně spojovány s úhradou akutní lůžkové péče, respektive jsou využívány v rámci různě komplexních úhradových mechanismů poskytovatelů akutní lůžkové péče. Cílem těchto úhradových mechanismů založených na realizovaných hospitalizačních případech je úhrada průměrných očekávaných nebo kalkulovaných nákladů na jeden případ klasifikovaný do dané DRG skupiny. Princip úhrad založených na DRG systémech je tak kompromisem mezi výkonovým systémem, kdy hradíme více či méně veškerou poskytnutou péči, a systémem globálních paušálů, kdy jsou platby za poskytnutou péči na jejím objemu spíše nezávislé.

Vývoj vlastní české verze patientského klasifikačního systému založeného na principech DRG, který je označován jako CZ-DRG, byl podpořen projektem DRG Restart. První verze CZ-DRG byla dokončena v roce 2018 a vydána jako klasifikační systém pro rok 2019 Českým statistickým úřadem sdělením o zavedení Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG v referenční síti poskytovatelů akutní lůžkové péče (Sdělení ČSU č. 159/2018 Sb.). V roce 2025 je v rámci ČR v platnosti již sedmá verze systému CZ-DRG. Systém CZ-DRG je, stejně jako předchozí systém IR-DRG, především klasifikačním systémem (statistickou klasifikací), které jsou v ČR vydávány Českým statistickým úřadem na základě zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Klasifikace jsou tak závazné pro orgány vykonávající státní statistickou službu a pro zpravodajské jednotky při poskytování údajů pro statistická zjišťování, při jejich zpracování a dále v těch případech, kdy tak stanoví zvláštní právní předpis.

DRG systémy, které slouží pro monitoring a úhradu akutní lůžkové péče mají většinou dvě hlavní části: produkční a ekonomickou. Část produkční se zaměřuje především na logiku a datovou realizaci klasifikace, resp. seskupování klasifikačních jednotek (produktů akutní lůžkové péče) v rámci hierarchie systému, část ekonomická pak na korektní ocenění těchto jednotek a adekvátní stanovení nákladových indexů. Produkční část systému zahrnuje validaci a zpracování informací o pacientech a jejich léčbě, přičemž cílem zpracování produkčních dat je sestavení jednotek DRG klasifikace, které označujeme jako hospitalizační případy, a jejich následná klasifikace pomocí různě složitých, nicméně jednoznačně definovaných pravidel. Část ekonomická naopak zahrnuje zpracování ekonomických, manažerských a personálních dat spolupracujících zařízení akutní lůžkové péče a jejím cílem je dosažení nákladového ocenění jednotek produkce (tzv. nákladových jednic).



Jádrem produkční části systému CZ-DRG je klasifikační systém hospitalizačních případů, který obsahuje strukturu a definice všech jednotek klasifikace, tzv. DRG skupin, do kterých můžeme s využitím standardizovaných dat a definovaných klasifikačních pravidel zařadit jednotlivé hospitalizační případy. Klasifikace hospitalizačních případů by však nebyla možná bez jejich korektního sestavení z jednotek aktuálně platného datového rozhraní pro vyúčtování zdravotní péče, kterými jsou jednotlivé doklady předávané poskytovateli zdravotním pojišťovnám a které jsou před sestavením případu obsahově validovány. Samotné sestavení hospitalizačního případu se řídí postupem popsáním v metodice sestavení hospitalizačního případu.

Ekonomická část CZ-DRG se zase primárně opírá o metodiku nákladového oceňování, která nám umožňuje ke klasifikovaným případům přiřadit náklady na základě ekonomických údajů předávaných sítí spolupracujících poskytovatelů akutní lůžkové péče, tzv. sítě referenčních nemocnic. Tato množina poskytovatelů však musí být reprezentativní, tedy musí respektovat strukturu nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči napříč ČR. Základním předpokladem identifikace referenčního souboru tak bylo vytvoření typologie poskytovatelů s ohledem na akutní lůžkovou péči v ČR. Obě části systému CZ-DRG jsou pak informačně propojené s datovým úložištěm referenčních nemocnic, které je primární datovou základnou vývoje CZ-DRG a jeho komponent. Z výše uvedeného je patrné, že produkční i ekonomická data v ČR úzce souvisí s administrativními daty zdravotních pojišťoven, která jsou jim předávána poskytovateli v rámci vyúčtování zdravotní péče.

Na klasifikované hospitalizační případy s přiřazenými reálnými náklady navazuje proces kalkulace nákladových indexů jednotlivých DRG skupin, které se označují jako relativní váhy. Zmíněný proces se řídí podle metodiky výpočtu relativních vah, jejímž cílem je definovat postup, jak vybrat z celkového souboru hospitalizačních případů případy reprezentativní (typické), vypočítat z nich hodnoty průměrných nákladů na jeden hospitalizační případ zařazený do dané DRG skupiny a převést tyto průměrné náklady do podoby bezrozměrného čísla, tzv. relativní váhy dané DRG skupiny systému CZ-DRG. Aby bylo možné úhradově vyčíslit konkrétní hospitalizační případ, je posledním krokem přiřazení relativní váhy k hospitalizačnímu případu na základě jeho parametrického popisu, který obsahově vychází z již zmíněného datového rozhraní pro vyúčtování zdravotní péče.

5.1.2 Diverzifikace úhradových režimů jako výsledek prediktivní optimalizace úhrad akutní lůžkové péče

V případě akutní lůžkové péče existují ve světě různé úhradové mechanismy, které mají své silné a slabé stránky a které navíc nelze jednoduše oddělit od úhradových mechanismů ostatních segmentů zdravotní péče, např. péče ambulantní. Úhrada akutní lůžkové péče v ČR se v současné době řídí vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení, která je každoročně aktualizována, a kromě segmentu ALP pokrývá i další segmenty zdravotní péče v ČR. Vyhláška pro kalkulaci výše úhrad v oblasti akutní lůžkové péče pracuje s klasifikačním systémem hospitalizačních případů (v současnosti se systémem CZ-DRG verze 7), kdy jednotlivé klasifikační třídy systému odpovídající klinickým oblastem, tzv. DRG báze a DRG skupiny, a jim odpovídající úhrady jsou rozděleny do samostatných složek



s různým mechanismem výpočtu. Pro rok 2025 byly v rámci úhradové vyhlášky definovány čtyři složky: individuálně smluvně sjednaná složka úhrady, paušální úhrada, úhrada vyčleněná z paušální úhrady a úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG, což znamená, že pro rok 2025 úhradová vyhláška v segmentu ALP počítá se čtyřmi různými mechanismy úhrady:

1. **Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady** – zahrnuje individuální dohodu pojišťovny a poskytovatele o rozdílné výši a způsoby úhrady jakékoli akutní lůžkové péče, což znamená, že pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel ALP dohodnou individuální podmínky úhrady zdravotních služeb, které jsou zahrnuty v bodech níže, úhrada za tyto služby se pak do úhrady uvedené v těchto bodech nezapočítává.
2. **Úhrada vyčleněná z paušální úhrady** – představuje laicky řečeno nelimitovanou úhradu vybraných segmentů péče, kde úhrada není redukována v případě jakéhokoli zvýšení objemu poskytnuté péče. Základ tvoří dosažená produkce dle systému CZ-DRG a výše tzv. individuální základní sazby, což je průměrná platba za jednotku casemixu vypočítána na základě produkce poskytovatele v předchozím referenčním období. Pro úhradu v aktuálním období je casemix násoben základní sazbou a koeficientem navýšení úhrady, přičemž výsledek tak není závislý na redukované změně produkce. Úhrada péče o konkrétního pacienta, resp. případ je tak dopředu známá, nicméně je stále odlišná pro každého poskytovatele a pojišťovnu. Oblast ALP, které se v současnosti tato forma úhrady týká, jsou DRG báze pro totální endoprotézy kloubů, operace pro poranění, resekce střeva a konečníku, vaginální porody, novorozence, chirurgické výkony na mozku a lebce, výkony maxilofaciální chirurgie apod.
3. **Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG**. Případovým paušálem dle CZ-DRG je myšleno jednotné úhradové ohodnocení klasifikační jednotky, kterou je v tomto případě DRG skupina systému CZ-DRG. Celková úhrada případů hospitalizací případovým paušálem dle CZ-DRG je tedy definována jako celkový casemix (součet relativních vah) případů hospitalizací dle klasifikace CZ-DRG vynásobený hodnotou tzv. centrální základní sazby. Ta je sice jednotná pro všechny poskytovatele ALP, nicméně může být dále modifikována dle příslušných kritérií. Pro rok 2025 se jedná o formu úhrady platnou pro transplantační výkony, kardiochirurgické výkony, výkony intervenční kardiologie, operace páteře, resekce plic, resekce prsu, radikální výkony v urologii, ale také menší výkony pro odstranění kýly.
4. **Paušální úhrada** – představuje finančně shora limitovanou úhradu akutní lůžkové péče spadající do všech ostatních DRG bází a skupin, které nejsou zahrnuty do tří výše uvedených kapitol. Výše paušální úhrady se odvíjí od celkové výše paušální úhrady v předchozím referenčním období. Ta je po dosažení určitého procentuálního objemu casemixu (dosažení tzv. risk koridoru) referenčního období garantována a po jeho překročení je každé další navýšení casemixu úhradově redukováno. Výsledná úhrada tak závisí především na výši historického paušálu a přepočítané změně objemu a spektra poskytované péče. DRG systém je zde využit ke kvantifikaci této změny v rámci daného poskytovatele a zdravotní pojišťovny v čase.

Výše uvedená optimalizace a diverzifikace úhrad akutní lůžkové péče je již v praxi realizována, a to včetně opatření vedoucích ke sblížení základních sazeb nemocnic. Implementované postupy metodicky přibližuje analytická příloha metodiky č. 1.

5.1.3 Kapacitní a úhradové predikce zavádějící a posilující centralizaci vysoce specializované akutní péče (centra VSP)

Centralizace vysoce specializované akutní lůžkové péče je neodmyslitelnou součástí všech programů směřujících k optimalizaci kapacit v tomto segmentu zdravotních služeb. Existuje celá řada výkonů, které se provádí v menším množství. Jsou to především výkony u onkologicky nemocných dětí, u pacientů se vzácným onemocněním, onkologických pacientů, transplantace a rozsáhlé chirurgické výkony, léčba cévních mozkových příhod a srdečního infarktu, včetně některých intervenčních výkonů na srdci cévách a dalších orgánech. Pokud se tyto výkony nekonzentrují na několik pracovišť (podobně jako se koncentrují transplantace do IKEM Praha a CKTCH Brno nebo léčba dětí s onkologickým onemocněním do FN Motol a FN Brno), jsou rozdíly v kvalitě péče o tyto pacienty veliké.

Proto je nutné tyto výkony podle doporučení odborných společností centralizovat a v centrech je hradit nákladově. Přitom je nutné průběžně hodnotit kvalitu provádění těchto výkonů tak, aby byl systém otevřený a centra mohla jak vznikat, tak zanikat. Vedle ustavování tzv. „center koncentrace“ je nutné zavést i institut „center excellence“, kdy jsou vybraná pracoviště bonifikována za nadprůměrné výsledky, dodržování doporučených postupů a kvalitu.

Připravená datová základna a prediktivní modely potřeb vysoce specializované péče v této oblasti odhalily řadu nedostatků a vedly k přípravě nezbytných změn:

- V roce 2023 byla připravena zcela nová metodika akreditace center vysoce specializované péče, včetně metodiky hodnocení kvality péče. Metodika nově zavádí centra koncentrace a centra excellence.
- Součástí nastaveného hodnocení je i systém datových auditů prováděných na základě indikátorů výkonnosti a kvality péče, které budou publikovány v podobě tzv. resortních referenčních statistik.

Prediktivní modely se zaměřují zejména na úhradovou podporu centralizace péče:

- Pro většinu CZ-DRG skupin hrazených případovým paušálem (bez psychiatrie) jsou definována centra vysoce specializované péče, ve kterých by péče měla být prováděna, přičemž centralizace ale nově není podmínkou úhrady případovým paušálem.
- U některých skupin je definováno i více možností center. Úhradová motivace tak supluje nedostatky smluvní politiky.

Implementované postupy metodicky přibližuje a konkrétní data o centralizaci péče shrnuje analytická příloha metodiky č. 1.

5.1.4 Predikce kapacitní a úhradové optimalizace intenzivní lůžkové péče

České zdravotnictví vykazuje i v mezinárodních srovnáních velmi hustou síť pracovišť intenzivní lůžkové péče a vysoce nadprůměrný počet lůžek na pracovištích ARO/NIP. Tento systém je nezbytné podrobit kritickému auditu, neboť dostupná data ukazují zejména u oborových JIP relativně nízkou obloženost a spektrum vykazované péče neodpovídající typu pracoviště.



Provedená detailní analýza všech pracovišť ČR odhalila zejména následující slabá místa, která vyžadují další rozbor i s ohledem na predikovanou potřebu zajištění intenzivní péče v regionech, avšak po nezbytné restrukturalizaci:

- Relativně nízká obloženost, zejména oborových JIP pracovišť. V datech u některých poskytovatelů nesouhlas mezi smluvně sjednanými pracovišti s lůžky intenzivní péče a vykazováním ošetrovacích dnů intenzivní péče. V důsledku toho je na některých pracovištích využití nad 100 % a na jiných nízké až nulové využití.
- Vysoká heterogenita ve vykazování intenzivní péče u hospitalizačních případů s kritickými výkony. Jde o faktor bránící exaktnímu ocenění nákladů akutní lůžkové péče.
- Problematická indikace a nasazení dlouhodobé vysoce intenzivní péče u části pacientů, zejména polymorbidních seniorů v pokročilém věku.
-

Problémem intenzivní péče v ČR je její smluvní heterogenita, určitá forma intenzivní péče je vykazována fakticky ve všech MDC skupinách akutní lůžkové péče. Velmi vysoká heterogenita existuje i ve vykazování různých typů ošetrovacích dnů. Pozice, zaměření a produkce pracovišť intenzivní péče jsou přitom v čase dlouhodobě stabilní a v makro-datech neměnné.

Výše uvedené analýzy vedly k návrhu kritického skórovacího systému, který umožní prediktivní posuzování potřeb intenzivní péče na úrovni jednotlivých regionů. Implementační souvislosti této oblasti shrnuje analytický report „Predikce vývoje potřeby zdravotní péče v ČR“, příloha č. 2.

5.2 Predikce vedoucí k optimalizaci kapacit a úhradového zajištění dlouhodobé a následné lůžkové péče, dlouhodobé sociální a sociálně zdravotní ošetrovatelské péče

Vedle optimalizace sítě urgentních příjmů a zajištění relevantní centralizace specializované akutní péče stojí české zdravotnictví před vážným úkolem posílit kapacitu dlouhodobé a následné lůžkové péče a zajistit její plynulou návaznost na péči akutní.

Dlouhodobá lůžková péče zahrnuje služby specificky zaměřené na osoby, které se o sebe nemohou postarat například z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Stárnutí populace bude pro zdravotnické systémy představovat velkou výzvu právě v oblasti rostoucí poptávky po dostupné a kvalitní zdravotní péči o nejstarší pacienty. Pomineme-li finanční stránku dlouhodobé lůžkové péče, bude hlavní limitací v geriatrici dostupnost zdravotnického personálu, který se bude o pacienty ve vysokém věku starat.

Kapacitní zajištění tohoto segmentu péče je v ČR již v současnosti nedostatečné, což je patrné i z počtu smluvně zajištěných lůžek. I dle velmi konzervativních modelů chybí v dané oblasti minimálně 2–3 tis. lůžek, přičemž predikce do roku 2035–2040 ukazují na další potřebu minimálně v objemu 9,5 tis. lůžek. Demografické stárnutí populace bude význam tohoto segmentu nepochybně zvyšovat a bude sílit tlak na restrukturalizaci lůžkového fondu zejména převodem akutních lůžek do režimu dlouhodobé ošetrovatelské péče. I odborná literatura většiny států EU hovoří o potřebě přechodu od globálního „modelu akutní péče“ k „modelu dlouhodobé péče“.



Zpráva WHO z roku 2016 (The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing) zdůrazňuje potřebu přepracovat systémy péče o geriatrické pacienty, které zajistí pokrytí integrovaných služeb bez finanční zátěže, které se soustředí na potřeby a práva starších lidí, a poskytují péči založenou na společném cíli funkčních schopností. Identifikuje jednoduché strategie, které lze do těchto systémů začlenit, jako je použití komplexních hodnocení k identifikaci křehkých pacientů, prevence polyfarmacie a posílení vazeb mezi dlouhodobou péčí a zdravotnickými službami.

Nevyvážené kapacity lůžkové péče v neprospěch následné a dlouhodobé péče jsou v mnoha regionech dále umocňovány nedostatečnou kapacitou komunitní ošetrovatelské péče, geriatrické péče a sociálně zdravotních služeb. V důsledku toho velký podíl dlouhodobé péče nebo péče v závěru života chronicky nemocných pacientů (tzv. očekávatelná úmrtí) neoptimálně saturují akutní lůžka. Situace v ČR je v tomto ohledu excentrická i v mezinárodních srovnáních.

Zásadně by tedy měly být rozvíjeny systémy pro poskytování dlouhodobé péče. V 21. století neexistuje země, která by si mohla dovolit nemít komplexní systém dlouhodobé péče. Cílem těchto systémů by mělo být udržet úroveň funkčních schopností u starších lidí, kteří mají podstatnou ztrátu způsobilosti nebo jsou touto ztrátou vystaveni vysokému riziku, a zajistit, aby tato péče a podpora byla v souladu s jejich základními právy, základními svobodami a lidskou důstojností. Tyto systémy mají mnoho potenciálních přínosů nad rámec toho, že umožňují starším lidem závislým na péči žít důstojný život. Mezi tyto přínosy patří omezení nevhodného využívání akutních zdravotnických služeb, pomoc rodinám vyhnout se katastrofálním výdajům na péči a uvolnění příbuzných a blízkých osob pacienta tak, aby se mohli věnovat aspiracím přesahujícím poskytování péče, jako je vzdělávání a formální účast na trhu práce.

Výše uvedené klade velmi závažné nároky na metodiky predikcí potřeb. Aby modely skutečně relevantně postihovaly budoucí vývoj potřeb populace, a zároveň vedly k efektivnímu uspořádání spektra služeb, musí zahrnovat i projekce dlouhodobých trajektorií pacientů v systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb a také na důkazech založené komplexní „disease management“ programy. Je nezbytné definovat „cestu pacienta“ ve smyslu transparentní, předvídatelné a pokud možno automatické trajektorie pacienta systémem, aby nezůstával v prodlevách mezi specializacemi, centry a periferiemi. S tím úzce souvisí důraz na „průvodcovskou“ roli pojišťoven, elektronizaci agend sledujících trajektorie pacientů v systému a důsledná implementace klinických doporučených postupů. Odborná literatura hovoří o „**patient centered care**“, která nabývá na významu zejména u dlouhodobě chronicky nemocných pacientů, seniorů či pacientů na konci života.

Z výše uvedeného popisu vyplývá, že skutečně robustní systém predikcí musí kombinovat a integrovat více klíčových dimenzí, které se nadto vzájemně významně ovlivňují. Např. existující a již vybudovaná infrastruktura poskytovatelů lůžkové péče determinuje potřebné personální kapacity nezbytné pro nasmlouvané spektrum a objem služeb. Velký počet poskytovatelů v daném segmentu péče tak může generovat až nesplnitelné personální požadavky, přičemž hustota sítě nemusí odpovídat skutečným potřebám dané populace a její nemocnosti.

Disbalance mezi různými segmenty péče pak v konečném důsledku vede k vzájemné redundanci nabízených služeb a také k nežádoucímu a neoptimálnímu nahrazování péče,



kteřá je v určité oblasti kapacitně podhodnocena. Příkladem může být suplování nedostatku dlouhodobé ošetrovatelské péče hospitalizacemi na akutním lůžku apod. Jakákoli asymetrie v oblasti blízké akutní péči pak nevyhnutelně vede k tlaku na zdravotnickou záchrannou službu a/nebo na urgentní příjmy, což dramaticky zvyšuje finanční náročnost systému.

Metodicky popsané výsledky prediktivních modelů v této oblasti doplňuje analytický report „Predikce vývoje potřeby zdravotní péče v ČR“, přílohy č. 3 a 4.

5.3 Modely predikce úhradových scénářů v segmentu vysoce inovativní farmakologické léčby (tzv. centrová péče)

Samostatnou kapitolou je úhrada léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., které jsou označovány jako tzv. centrové léky. I když jsou centrové léky běžně podávány i za hospitalizace, současný mechanismus je vyjímá z HP a jsou hrazeny poskytovateli pojišťovnou separátně. V rámci ocenění DRG skupin systému CZ-DRG je tak nutno s těmito náklady pracovat odděleně. Úhrada centrových léků však není neomezená, v jednotlivých skupinách onemocnění jsou stanoveny celkové limity na objem úhrady, které opět kopírují spotřebu centrových léčiv v referenčním období.

Dokončená rekonstrukce Národního zdravotnického informačního systému dovoluje komplexní multi-zdrojovou integraci všech datových zdrojů týkajících se inovativních léčiv a obecně technologií. Jde o systém pokrývající všechny dimenze pro relevantní predikci budoucích trendů – tedy predikce epidemiologické a finanční, včetně nezbytných korekcí na jednotkový vývoj cen a na vývoj trhu ve smyslu nástupu nových léčebných postupů (léčiv) a generifikace stávajících. Základním cílovým parametrem těchto modelů je predikce prevalence léčených pacientů.

Koncepce odhadu skutečné prevalence léčených založená na počtu pacientů-měsíců na léčbě integruje objektivně danou potřebu (počet pacientů k indikaci) se skutečným chováním trhu. Například ne všechny nové preparáty jsou plně dostupné ihned od počátku kalendářního roku, reálný vývoj ovlivňuje i chování pacientů, dostupnost péče apod.

Multidimenzionální prediktivní modely založené na datech NZIS jsou v této oblasti kompletně vyvinuty a plně implementovány, včetně predikcí dopadů segmentu inovativní léčby do úhrad.

Tyto postupy a jejich aktualizované výsledky pro roky 2025 a 2026 dokumentuje analytický report „Predikce vývoje potřeby zdravotní péče v ČR“, příloha č. 5.

5.4 Nová datová základna a prediktivní modely podporující dohodovací řízení

Velmi zásadním metodickým výstupem komplexních prediktivních modelů je implementace výstupů do souhrnných datových souhrnů a otevřených dat sloužících jako podklad dohodovacího řízení. Tyto výstupy jsou dnes publikovány v rozsahu 36 datových výstupů tříděných do 8 základních dimenzí:

- DIMENZE 1. Ceny a objemy



- DIMENZE 2. Vývoj personálních nákladů
- DIMENZE 3. Nákladová struktura poskytovatelů zdravotních služeb
- DIMENZE 4. Seznam výkonů
- DIMENZE 5. Struktura pojištěnců a náklady zdravotních pojišťoven
- DIMENZE 6. Produkce a náklady segmentu lůžkové péče
- DIMENZE 7. Produkce a náklady komunitních ošetrovatelských služeb
- DIMENZE 8. Produkce a náklady jednodenní péče

Metodický popis, zdroje data zejména aktualizovaná data jsou publikovány na adrese (<https://www.nzip.cz/kategorie/347-datova-podpora-dohodovaci-rizeni-datove-souhrny>)



6 Výsledky implementace prediktivních modelů v úhradové strategii Ministerstva zdravotnictví ČR

Prediktivní modely potřeb zdravotní a zdravotně sociální péče jsou v ČR nejen vyvíjeny, ale jsou již uplatňovány v reálné praxi. A to jak na úrovni Ministerstva zdravotnictví, tak v jednotlivých krajích. Prediktivní modely vstupují do nezbytných programů restrukturalizace péče, podporují úhrady centralizované vysoce specializované péče a napomáhají motivačním úhradovým projektům v oblasti dlouhodobé ošetrovatelské a paliativní péče. Koncepte datové základny v optimalizaci organizace péče a jejích úhrad je v nové verzi publikována jako recenzovaný „e-book“ na Národním zdravotnickém informačním portálu (<https://www.nzip.cz/koncepce2025>).

Tato kapitola metodiky představuje zcela novou koncepci Ministerstva zdravotnictví ve financování zdravotních služeb a shrnuje řadu opatření, která již byla implementována pro nápravu chronických problémů s financováním zdravotní péče. Právě identifikace problematických oblastí a nastavení opatření vedoucích k nápravě jsou hlavním přínosem datových predikcí potřeb a finanční náročnosti péče.

V kapitole jsou shrnuta konkrétní opatření přijímaná k odstraňování nerovností v úhradách a pro posilování nákladové efektivity, vždy však se zřetelem na prioritizované nosné segmenty péče a kvalitu jejich služeb. Mezi významné priority patří například podpora primární péče, preventivních a screeningových programů, postupující centralizace vysoce specializované péče a další.

Implementace datových modelů a predikcí v praxi je již značně pokročilá. Systém úhrad akutní lůžkové péče se již plně opírá o funkční systém CZ-DRG a směřuje k dalšímu sjednocování základních sazeb nemocnic. Centralizace vysoce specializované péče se opírá o zcela novou metodiku vydanou v roce 2023 a zahrnuje i novou agendu predikcí léčebné zátěže a zpětného vyhodnocování efektu centralizace. Demografické a epidemiologické predikce jsou základem pro plánování potřebných kapacit komunitní ošetrovatelské péče a sociálně-zdravotních služeb.

6.1 Kritické zhodnocení výchozího stavu a zdůvodnění priorit úhradové koncepce Ministerstva zdravotnictví ČR

Český systém financování lůžkové péče trpěl ještě v nedávné minulosti řadou zásadních problémů, které významně zasahovaly velké množství segmentů péče. Hlavní problémy k řešení lze stručně shrnout v následujících bodech:

- Tím hlavním byly významné nerovnosti ve výši úhrad pro jednotlivé nemocnice. Ačkoliv byl v roce 2021 plošně implementován nový systém klasifikace hospitalizací a úhrad, tzv. systém CZ-DRG, historicky vzniklé rozdíly v úhradách přetrvávaly. Jednotlivé nemocnice dostávaly za stejnou péči různé úhrady, a dokonce péče o identické pacienty pojištěné u různých pojišťoven byla v rámci jedné nemocnice hrazena různými

částkami. Tento systém kromě své inherentní nespravedlnosti poškozoval rovnost přístupu pacientů k péči, kdy čekací doby na zákroky mohly být kvůli různé úhradě ovlivněny pojišťovnou pacienta (nemocnice preferovaly pacienty s vyšší úhradou). Tento systém dále znemožňoval jakékoliv sledování efektivity a benchmarking nemocnic, kdy hospodářský výsledek nemocnice byl více ovlivněn historickou výší úhrad než kvalitou managementu a efektivitou poskytování péče. Neefektivita a nespravedlnost byla tolerována. Pro ilustraci, ještě v roce 2022 byl podíl akutní lůžkové péče hrazené tzv. jednotnou základní sazbou (tj. principem za stejnou péči stejná úhrada) pouhých 3,4 %. Nerovnosti v úhradách se pak v menším měřítku týkají i ambulantní péče.

- Různé základní sazby nemocnic ale nejsou jedinou příčinou neefektivity českého systému úhrad. V zahraničních zdravotních systémech se v posledních 20 letech začala významně prosazovat jednodenní péče, která namísto několikadenní hospitalizace umožňuje propuštění pacienta po operaci do 24 hodin. Tento přístup je jednak významně levnější, ale zároveň je komfortnější a bezpečnější pro pacienty, kterým hrozí menší riziko nákazy v nemocnici, a dále vyžaduje menší množství práce zdravotnického personálu a méně přesčasů. Přes své výhody nebyla jednodenní péče v českém systému úhrad nikterak zakotvena, nebyla podporována, a tudíž se neprosazovala. Ještě v roce 2021 se některé výkony v ČR jednodenním způsobem prakticky neprováděly, jak ukazují srovnávací analýzy například v publikacích OECD.³
- Zásadní neefektivita ale existují i v organizaci zdravotní péče. Již řadu let v ČR existují centra vysoce specializované péče (CVSP), která by měla zajišťovat a koncentrovat péči o pacienty s nejtěžšími diagnózami. V praxi je ale často i vysoce náročná péče prováděna mimo tato centra, často velmi neefektivně a hlavně za nižší kvality s horšími výsledky pro pacienty. CVSP tak ve vícero oblastech neplnila svoji roli a náročná lůžková péče nebyla v ČR řízena a koordinována. Podobně neřízená byla i návazná péče o pacienty, kteří již nevyžadují akutní nemocniční péči. Tito pacienti by měli být ošetřováni v zařízeních následné péče nebo by jim měla být poskytována domácí péče, zdravotně-sociální péče případně paliativní péče. Bohužel ale všechny tyto návazné typy péče byly v ČR historicky podfinancovány a neměly dostatečnou kapacitu zajistit adekvátní péči o pacienty, a tento problém se navíc stále prohluboval z důvodu stárnutí populace a zvyšování poptávky po této péči.
- Organizační problémy jsou ovšem hlubší než jen v případě CVSP a návazné péče. Síť nemocnic a počty akutních lůžek již neodpovídají moderní době a reálné poptávce po péči. Objem a struktura lůžkového fondu nereaguje adekvátně na měnící se potřeby populace, vyvíjející se nemocnost a na technologický progres v diagnostice a léčebné péči. Řada nemocnic nyní provozuje oddělení s obložeností pod 50 % a péče se přesunuje do ambulantního nebo jednodenního režimu. Špatná organizace a neefektivita poskytování péče pak také přispívá k enormnímu množství přesčasů. Problémy v organizaci péče lze ale spatřovat rovněž v primární a ambulantní péči, kdy pacient prostupuje systémem nekoordinovaně a řada onemocnění, kterým by šlo prevencí a ambulantní péčí předcházet, se tak léčí až v nemocničním prostředí⁴:

³ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

⁴ OECD and European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Czech Republic: Country Health Profile 2023.

- Primární a ambulantní péče je navíc stále dominantně poskytována v režimu sólo praxí s jedním lékařem a sestrou, namísto efektivnějších týmových praxí či center primární péče.

Řada výše uvedených problémů je způsobena nefunkčními institucemi a mechanismy stojícími za financováním zdravotnictví. Z makroekonomického pohledu v minulosti problémy způsobovala příjmová stránka zdravotnictví, kdy platba za státní pojištění byla stanovována chaoticky ad-hoc a neumožňovala dlouhodobější plánování financování systému. Systém dohodovacího řízení, kde mají být úhrady domlouvány, se zároveň do určité míry vyčerpal a neumožňuje provádění systémových změn.

V dané situaci a při nutnosti provést skutečně zásadní reformy organizace péče jako přípravu na demografické stárnutí populace hraje robustní datová základna systému úhrad a její prediktivní nadstavba klíčovou roli. Následující kapitola shrnuje hlavní změny systému, které byly iniciovány a do značné míry již úspěšně implementovány právě s přispěním exaktních predikcí vývoje potřeb péče, příjmů a výdajů v.z.p.

6.2 Nová koncepce optimalizace úhrad se opírá o prediktivní modely a data NZIS

Ministerstvo zdravotnictví na základě nové koncepce financování zdravotnictví v posledních dvou letech realizovalo řadu klíčových opatření pro nápravu chronických problémů s financováním zdravotní péče.

Stěžejním cílem je finanční stabilita a předvídatelnost celého systému, proto jedním z klíčových opatření je přijetí automatické valorizace platby za státní pojištění, která zajistila odpolitizování příjmů zdravotnictví, umožnila víceleté plánování a zároveň přinesla stabilní a předvídatelný tok financí pro zdravotnictví v krátkodobém až střednědobém horizontu. Tento krok se zásadně projevil i na stabilitě publikovaných predikcí příjmů systému veřejného zdravotního pojištění.

Díky předvídatelnosti příjmů lze dlouhodobě plánovat a také realizovat reformní změny na výdajové straně, počínaje způsobem, jakým jsou výdaje dohodovány. Dohodovací řízení potřebuje podporu, co nejvíce podrobných dat a analýz a jasnou deklaraci veřejných priorit. Širší datová základna dostupná již na počátku dohodovacích jednání a změny v přerozdělení příjmů pojištěnoven pomohou účastníkům řízení v dosahování dohod. Tato oblast již byla v rámci metodiky plně realizována a naplněna první verzí 36 publikovaných datových sad souhrnů jako podpora dohodovacímu řízení (<https://www.nzip.cz/kategorie/347-datova-podpora-dohodovaci-rizeni-datove-souhrny>).

Na výdajové straně se v posledních letech podařilo napravit řadu problémů a vývoj úhradového systému bude dále pokračovat. Podařilo se podpořit dlouhodobě podfinancované ale klíčové komponenty systému: více financí pro následnou péči, paliativu, primární péči a zdravotně-sociální péči jsou nákladově efektivní investice, které umožní poskytovat péči pacientům tam, kde to je pro systém nejvýhodnější. Prevenci kromě podpory primární péče v budoucnu zlepší i změny ve fondech prevence zdravotních pojištěnoven, kdy pojištěnci budou motivováni k péči o své zdraví prostřednictvím individuálních zdravotních účtů, které budou reflektovat účast pojištěnce na prevencích, screeningu apod.



I v oblasti dostupnosti péče je aktuálně řešena řada dlouhodobě problematických oblastí. Kriticky nedostupné služby jako péče o duševní zdraví, péče o děti a stomatologie jsou v současné době významně podporovány. Do budoucna bude prosazována větší odpovědnost zdravotních pojišťoven za zajištění dostupnosti péče, což je jejich zákonná povinnost. Na pojišťovny přejde povinnost zajistit pacientům pohotovostní péči, dále budou povinny pacientům důsledně hledat lékaře a budou muset sledovat čekací doby na zákroky. Zásadní změny se rovněž připravují ve stomatologii, kde budou pacientům z velké části hrazeny moderní léčebné metody, což významně zlepší dostupnost péče.

Zásadní obrat nastal v podpoře jednodenní péče, která byla poprvé zakotvena v úhradové vyhlášce a oblasti jako chirurgie, kardiologie, ORL, ortopedie nebo gynekologie budou čím dál častěji řešeny v jednodenním provedení. V rámci dohodovacího řízení vznikl nový segment jednodenní péče. Do budoucna bude tato podpora pokračovat a je v plánu i systémové ukotvení jednodenní péče v rámci referenční sítě poskytovatelů a prostřednictvím klasifikace analogické s CZ-DRG.

Postupně se snižují nerovnosti ve financování, v roce 2025 bude více než 25 % akutní lůžkové péče hrazeno jednotnou základní sazbou, a celkově se u akutní péče nerovnosti snižují. V příštích několika letech je strategickým cílem se dostat alespoň na 30 % péče hrazené jednotně dle reálných nákladů a začít s daty podloženým benchmarkingem nemocnic podle jejich ekonomických výsledků. I v ambulantní péči se úhradové nůžky zavírají, od roku 2024 jsou nemocniční ambulance včetně urgentních příjmů hrazeny novým modelem, který narovnáva historické nespravedlnosti a v následujících letech bude dále kultivován.

Po třiceti letech dochází ke skutečně kontrolované koncentraci vysoce specializované péče do center. Celý proces tvorby CVSP byl restartován, vznikla nová metodika rozlišující centra koncentrace a centra excelence a byl založen expertní tým, který na CVSP bude dohlížet. Od roku 2023 dochází k řízenému procesu koncentrace péče, kde specializovaná péče poskytovaná mimo centra je penalizována a do budoucna bude postupně docházet k úplnému odsmlouvání této péče. To v kombinaci s podporou jednodenní, následné a ambulantní péče vyvolá zásadní změny ve struktuře sítě nemocnic a akutních lůžek. Síť poskytovatelů akutní lůžkové péče bude donucena se přeorientovat na reálné potřeby pacienta a moderní způsoby poskytování péče.

V roce 2025 také došlo k definici týmových praxí primární péče a jejich úhradové podpoře, čímž se postupně začne měnit způsob organizace primární (ale i ostatní ambulantní) péče. Týmové praxe přinesou lepší efektivitu a dostupnost péče nastaveným sdílením přístrojové techniky, zastupitelností lékařů, přenesením administrativy od zdravotníků na nelékařský personál a v neposlední řadě prodloužením ordinačních dob. Týmové praxe jsou ale jen prvním krokem reformy organizace primární péče, další významnou změnu přinese vznik multidisciplinárních týmových praxí (v zahraničí také známých jako centra primární péče), která kromě výhod týmových praxí budou mít navíc přesah do oblasti veřejného zdraví a komunitního duševního zdraví a budou zaměstnávat celý multidisciplinární tým profesionálů, který zajistí integrovanou a komplexní péči o pacienty.

Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat vztahu vstupu nových technologií a léčivých přípravků, které mají potenciál nahradit dosavadní méně účinnou či finančně nákladnější léčbu. Z dosavadních zkušeností plyne, že investice do nových přístupů nepřináší automaticky úsporu v jiné části systému. Např. podpora jednodenní chirurgie či domácí péče nevedou



k signifikantním úsporám v akutní či následné lůžkové péči, pokud oba systémy nekoordinovaně fungují vedle sebe a dokonce jsou ve vzájemné kompetici. V budoucnu bude ale zcela nezbytné, aby nastavení úhradových mechanismů rychle reagovalo na tyto inovace, např. velmi slibné výsledky ve výzkumu léčivých přípravků na Alzheimerovu chorobu mohou znamenat významné úspory v následné péči o pacienty s tímto onemocněním. S tím ovšem přichází silný apel k implementaci integrovaných modelů péče optimalizujících návaznost různých segmentů služeb a nastavujících nejlepší možnou trajektorii pacienta v systému.

Zdravotní péče obecně bude čím dál více integrovaná a provázaná, zdravotně-sociální péče, paliativní péče a primární péče v kombinaci se změnami v elektronizaci zdravotnictví umožní poskytování služeb ve vzájemném souladu a zároveň umožní redukcii péče s nízkou přidanou hodnotou.

Do roku 2026 by tak české zdravotnictví díky změnám ve financování mělo být významně efektivnější, kvalitnější, a hlavně více zaměřené na potřeby pacientů.

6.3 Konkrétní realizované kroky a cíle optimalizace úhrad zdravotní péče na podkladě prediktivních modelů

6.3.1 Prioritní oblasti optimalizace úhrad na bázi dat

Obsah nové strategie resortu v oblasti optimalizace úhrad zahrnuje zejména

1) Institucionální a systémové změny

a) Předvídatelnost a stabilita financování zdravotnictví

- Automatická valorizace platby za státní pojištěnce – návaznost na inflaci a růst reálné mzdy
- Částečné úpravy přerozdělení – narovnání přerozdělení za mimořádně nákladné pojištěnce

b) Podpora dohodovacího řízení

- Publikace oficiální příjmové predikce zdravotnictví
- Každoroční deklarace úhradových priorit resortu
- Iniciační diskuze o víceletém financování
- Zveřejňování otevřených dat dohodovacího řízení

c) Změny fondového hospodaření zdravotních pojišťoven

- Přijetí novely zákona o veřejném zdravotním pojištění (účinnost od 2026)
- Významné posílení fondů prevence s cílem vzniku Individualizované nabídky preventivních bonusů pojišťoven
- Vznik nového fondu obecně prospěšných činností na podporu systémových změn a aktivit ve zdravotnictví (zaměřeno zejména na podporu dostupnosti péče



v problematických odbornostech a lokalitách, patientských organizací a zvyšování efektivity úhradových mechanismů)

2) Vyšší efektivita zdravotnictví

a) Podpora jednodenní péče

- Pilot v roce 2023; v letech 2024 a 2025 rozšíření odborností a výkonů, spolupráce s odbornými společnostmi, poskytovateli i pojišťovnami
- Vznik nového segmentu jednodenní péče v dohodovacím řízení
- Nastavení úhrad vychází z exaktní kalkulace dle CZ-DRG, motivuje k provádění v jednodenním režimu
- Podpora jednodenní péče i v nemocnicích – v rámci akutní lůžkové péče zaručen plynulý přechod mezi úhradou jednodenní péče a vícedenní péčí
- V novele zákona o veřejném zdravotním pojištění zahrnuta možnost vzniku referenčních sítí a klasifikace jednodenní péče

b) Podpora prevence a primární péče

- Navýšení úhrad primární péče – praktičtí lékaři, stomatologové
- Podpora screeningů + nové screeniny nádorů prostaty a aneurysmatu břišní aorty, časný záchyt očních vad dětí, screening sluchu
- Definice a úhradová podpora týmových praxí
- Navyšování kompetencí poskytovatelů primární péče – rozvolnění preskripčních omezení
- V rámci nové právní úpravy od 2026 významná změna v možnostech financování preventivních programů včetně individualizované bonifikace pojištěnců/pacientů za řádnou péči o vlastní zdraví

c) Odstraňování úhradových nerovností

- Sbližování základních sazeb CZ-DRG
- Navyšování podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou dle reálných nákladů – v roce 2025 již přes 25 %
- Snižování historických nerovností ve financování ambulancí a urgentních příjmů
- Implementace doporučených postupů a operativních doporučení do úhrad

d) Centralizace vysoce specializované péče

- Nová metodika center vysoce specializované péče (CVSP)
- Koncentrace péče do CVSP, úhradové motivace
- Podpora center pro vzácná onemocnění (ERN)

e) Podpora a optimalizace systému CZ-DRG

- Podpora a rozvoj referenční sítě DRG



- Řešení nákladových heterogenit a výjimek
- Nová pravidla pro vysoce specializované poskytovatele
- Zkracování čekacích dob, nastavení správných motivací

3) Lepší dostupnost péče

a) Podpora péče o děti

- Ve všech ambulantních segmentech nové bonifikační výkony pro děti
- Podpora dětské psychiatrie, psychologie, stomatologie a praktických lékařů pro děti a dorost
- Úhradová deregulace péče o děti

b) Podpora péče o duševní zdraví

- Podpora transformace lůžkové psychiatrické péče – vznik akutních lůžek, transformace následných lůžek
- Úhradová podpora všech typů péče o duševní zdraví
- Podpora telemedicíny

c) Podpora péče po standardní pracovní době

- Nový úhradový model pro urgentní příjmy
- Nové bonifikační výkony za práci v noci, o víkendu a ve svátek; podpora LPS
- Převod odpovědnosti za zajištění LPS z krajů na zdravotní pojišťovny

d) Reforma stomatologie

- Přijetí komplexní novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, který významně zlepšuje dostupnost stomatologických služeb
- Významné navýšení úhrad, podpora moderních metod – konec amalgámu, částečná úhrada fotokompozitu
- Podpora endodoncie, ortodoncie a prevence

e) Podpora moderních a inovativních léčebných metod

- Úhrada robotických výkonů a dalších moderních metod
- Úhrada moderních lékových terapií, široká dostupnost léčby
- Úhrada genové terapie a léků na vzácná onemocnění

f) Úhrada přeshraniční péče

- Úprava úhrady přeshraniční péče zakotvena v novele zákona o veřejném zdravotním pojištění
- Zjednodušení administrativy, rozvolnění podmínek za účelem snadnějšího čerpání péče zejména v příhraničních regionech se zhoršenou dostupností v některých oborech zdravotních služeb



- Možnost uzavírání smluv se zahraničními poskytovateli zdravotních služeb

4) Vyšší zaměření péče na potřeby pacientů („patient-centered care“)

a) Podpora paliativní péče

- Rozvoj paliativních týmů nemocnic
- Rozvoj kamenných i domácích hospiců
- Integrace se sociálně-zdravotním pomezím a péčí o duševní zdraví
- Reforma specializovaných paliativních ambulancí s návštěvní službou
- Podpora péče o děti a pacienty s neoncologickou diagnózou

b) Podpora sociálně-zdravotního pomezí

- Posílení financování péče v pobytových sociálních zařízeních, podpora integrace péče
- Vznik nových sociálně-zdravotních ošetrovacích dnů
- Podpora péče porodních asistentek v šestinedělí
- Umožnění tvorby referenční sítě poskytovatelů péče ve vlastním sociálním prostředí

c) Podpora následné, domácí a geriatrické péče

- Lepší průchodnost pacienta systémem – deregulace překladů na následnou péči
- Podpora navyšování kapacit následné a domácí péče
- Systém bonifikací pro zajištění vysokého kvalitativního standardu
- Nová koncepce geriatry
- Postupná transformace části lůžek akutní péče na lůžka následné péče

d) Rozvoj telemedicíny

- Legislativní úprava telemedicíny – zákon i vyhláška upravující pravidla
- Rozvoj nových výkonů – duševní zdraví, srdeční selhání
- Lepší průchodnost nových telemedicínských zdravotnických prostředků

6.3.2 Aktuální vývoj v přehledu za období 2023–2025

V metodickém rámci implementace představuje novela zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., schválená Parlamentem PS ČR, jeden z hlavních nosičů změn, které vytvářejí podmínky pro systematické promítnutí datově podložených predikcí do úhradových mechanismů. Pro potřeby této metodiky jsou podstatné zejména následující okruhy změn:

- 1) Z hlediska institucionálního a systémového nastavení je relevantní zejména úprava fondového hospodaření zdravotních pojišťoven a posílení fondů prevence, které zvyšují prostor pro cílené financování aktivit podporujících prevenci a stabilitu systému. Vznik fondu veřejně prospěšných činností je v tomto kontextu významný jako nástroj, z něhož lze financovat aktivity zlepšující fungování zdravotního systému v ČR a zdravotní stav obyvatel.
- 2) Z hlediska datové základny a úhradové metodiky je zvláště významné umožnění tvorby referenčních sítí poskytovatelů v segmentech následné a dlouhodobé péče, jednodenní



péče, péče ve vlastním sociálním prostředí a u nákladů na tzv. centrové léky. Data z referenčních sítí rozšiřují analytickou základnu pro zdravotní politiku a vytvářejí přesnější podklady pro nastavení úhrad v těchto segmentech.

- 3) Z hlediska dostupnosti péče novela zavádí několik změn, které je v metodickém rámci třeba zohledňovat jako faktory ovlivňující budoucí poptávku, síť poskytovatelů i nastavení úhrad. Ve stomatologii novela umožňuje částečnou úhradu moderních stomatologických metod při současném zachování hrazené základní varianty ošetření v situaci zákazu amalgámových výplní. Tím se současně sleduje zachování finanční dostupnosti péče i motivace nesmluvních poskytovatelů k uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami. V oblasti přeshraniční péče novela nově umožňuje, aby zdravotní pojišťovny mohly aktivněji reagovat na situace, kdy je třeba zajistit časově nebo místně dostupnou péči jinými nástroji než v dosavadním režimu.
- 4) Z hlediska péče zaměřené na potřeby pacientů je pro metodiku důležité i rozšíření kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků. Tato změna vytváří předpoklady pro přesnější zacílení indikace zdravotní péče na potřeby pacienta a pro úpravy úhradových mechanismů v segmentech, kde lze očekávat změnu dělby práce mezi jednotlivými profesemi; příkladem je fyzioterapie, v níž může fyzioterapeut nově samostatně rozvrhnout konkrétní terapeutický plán.

Vedle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění pracuje tato metodika i s dalšími legislativními a nelegislativními nástroji, které umožňují praktickou implementaci datových výstupů a predikcí. Jedním z těchto nástrojů je revize procesu dohodovacího řízení, pro jehož podporu Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s ÚZIS připravilo specializovanou datovou agendu. Účastníkům jednání jsou tak zpřístupňována otevřená data o nákladech, produkci a pojištěncích, která rozšiřují jejich informační základnu pro přípravu úhradových dohod a pro interpretaci regionálních a segmentových rozdílů.

Pro období úhradových vyhlášek na roky 2024 a 2025 se v metodickém pohledu jako relevantní implementační kroky jeví zejména následující opatření:

- 1) Další rozšíření jednodenní péče na oblast kardiologie v roce 2025, včetně doplňujících úprav a menších rozšíření v dalších oblastech.
- 2) Navýšení podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou na 25 % v roce 2025 a zúžení risk-koridoru o dodatečných 5 %.
- 3) Zavádění nových screeningových programů, například screeningu aneurysmatu břišní aorty.
- 4) Pokračující podpora následné péče a deregulace překladů z akutní do následné péče.
- 5) Podpora péče porodních asistentek v šestinedělí prostřednictvím bonifikace u náročných porodů.
- 6) Další centralizace vysoce specializované péče, pro rok 2025 nově i v oblasti chirurgie.
- 7) Podpora geriatrické péče.

Z metodického hlediska uvedené změny v úhradách vytvářejí rámec pro reformu nemocniční sítě a pro transformaci části akutních lůžek na lůžka následné a dlouhodobé péče. Jednání zdravotních pojišťoven s nemocnicemi v průběhu roku 2024 a dosažené dohody o redukci akutních lůžek a rozvoji lůžek následné péče proto tato metodika chápe jako implementační krok, který má pokračovat i v následujících letech.



Obdobně i v oblasti telemedicíny již existuje prováděcí vyhláška, která legislativně ukotvuje pravidla poskytování této péče. Pro potřeby metodiky je tato změna významná tím, že vytváří stabilní rámec pro rozšiřování telemedicínských forem péče ze strany poskytovatelů, odborných společností i zdravotních pojišťoven a umožňuje jejich budoucí promítnutí do úhradových mechanismů.

6.4 Vstup prediktivních modelů do Dohodovacího řízení pro rok 2027

6.4.1 Nová podpora Dohodovacího řízení na bázi prediktivních kapacitních modelů

Ministerstvo zdravotnictví (MZD) v lednu 2026 nově určilo směr a priority dohodovacího řízení (dále DŘ) se zdůrazněním role nové datové podpory, která má umožnit více individuálních dohod v regionech a omezit plošná opatření, která nedokážou reagovat na rozdílnou situaci v jednotlivých částech republiky. Data mají za cíl obohatit dohodovací řízení o nové rozměry, zejména o predikce budoucího vývoje potřeb a zlepšit přípravu poskytovatelů i pojišťoven na nevyhnutelné budoucí změny.

Prediktivní modely a jejich výstupy popsané v předchozích kapitolách této metodiky tak vstupují přímo do tvorby zdravotně pojistných plánů pojišťoven a strategií MZD na další období. Jmenovitě jde zejména o tyto oblasti:

- Data podporující realizační kroky pro připravované národní strategie v oblasti onkologie, kardiovaskulárních onemocnění, geriatric, paliativní péče či reorganizace porodnické sítě.
- Prioritní podpora primární péče, následné a dlouhodobé péče, jednodenní péče, sociálně zdravotní péče a dalších segmentů relevantních pro zajištění péče o stárnoucí populaci.
- Prediktivní modely pro plánování personálních kapacit v regionech a subregionech, včetně predikcí pro nastavení potřebných kapacit na straně vzdělavatelů, VOŠ i VŠ.
- Data mapující dostupnost a predikující potřebné kapacity sociálních a sociálně zdravotních služeb, s důrazem na kvantifikaci péče neformálních pečujících a komunitní ošetrovatelské péče.

Součástí implementačního rámce je průběžné rozšiřování a aktualizace datové základny ÚZIS ČR podle potřeb jednotlivých segmentů a zdravotních pojišťoven tak, aby se dohodovací řízení i příprava úhradové vyhlášky opíraly o aktuální a ověřené informace a bylo možné včas reagovat na změny očekávané v českém zdravotnictví. Nedílnou součástí tohoto rámce je také odborná edukace a metodická komunikace směrem k jednotlivým aktérům systému, realizovaná formou seminářů a konferencí.

- V metodickém rámci měla tato resortní odborná konference funkci společné platformy pro vysvětlení role dohodovacího řízení a jeho datové podpory ze strany NZIS a ÚZIS ČR. Skutečnost, že akce proběhla pod záštitou ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha, předsedy sněmovního zdravotnického výboru Jana Maška a předsedy senátního zdravotnického výboru Tomáše Fialy, je v této souvislosti relevantní především jako potvrzení významu tématu pro institucionální ukotvení budoucích úhradových mechanismů.



- Hlavním metodickým sdělením konference byla potřeba sdílených a integrovaných dat napříč celým zdravotnickým systémem. Zatímco jednotlivé zdravotní pojišťovny pracují primárně se svými vlastními daty, datová podpora z úrovně NZIS umožňuje nahlížet systém v jeho celku – napříč pojišťovnami, obory péče i regiony a okresy. Klíčovým zdrojem je přitom Národní registr hrazených zdravotních služeb, doplněný například o výkazy od poskytovatelů. Takto propojená data otevírají prostor pro přesnější plánování zdravotní péče, odhad kapacitních potřeb i kvalifikovanější nastavení úhradových parametrů.
- V metodickém rámci je současně důležité, že problematika úhrad byla posuzována také optikou poskytovatelů zdravotních služeb, kteří upozorňují na praktické dopady nastavení úhradových mechanismů v každodenním provozu. Tento typ víceaktérové odborné diskuse slouží jako validační mechanismus pro práci s daty ÚZIS: detailní a konsolidovaná data přinášejí do debat vyšší míru transparentnosti a opory pro argumentaci jednotlivých stran, umožňují lépe popsat reálné náklady, produkci i regionální rozdíly a omezují prostor pro odhady či neúplné interpretace.

6.4.2 Otevřená data pro podporu dohodovacího řízení a optimalizaci úhradových mechanismů

Nové datové podklady jsou veřejně dostupné [na portálu NZIP](#), včetně nových data a datové podpory pro predikce potřeb sociálních a sociálně zdravotních služeb.

<https://www.nzip.cz/dohodovaci-rizeni>

<https://www.nzip.cz/szd>

Datové výstupy publikované na výše uvedených portálech jsou jednak výstupem nově vytvořených informačních systémů, a jednak jsou samy o sobě i metodikou podporující využitelnost dat a predikcí včetně jejich implementace do nastavování úhradových mechanismů. Za tímto účelem jsou data rozčleněna do dimenzí, které reflektují potřebu jednotlivých segmentů a pokrývají tři hlavní oblasti nutné pro jakékoli zásahy do zdravotní péče a jejich úhrad: kapacitní stav a dostupnost infrastruktury, personální kapacity a kvantifikace nákladů.

Rozšířený systém otevřených dat je takto publikován ve formátu „e-book“ a poprvé poskytuje všem účastníkům jednotný a detailní pohled na dostupnost zdravotní péče, kapacity jednotlivých segmentů i očekávaný vývoj potřeb pacientů v regionech. Cílem je podpořit věcnou dohodu napříč segmenty zdravotnictví a připravit systém na demografické změny v následujících letech.

Nově publikovaná data zahrnují více než 50 datových sad v osmi dimenzích. Umožňují sledovat dostupnost zdravotní péče až na úroveň obcí s rozšířenou působností, vyhodnocovat regionální rozdíly v zajištění jednotlivých segmentů, analyzovat počty výkonů podle jednotlivých nemocnic i modelovat budoucí potřeby zdravotních služeb. Veřejnosti i odborníkům jsou dostupná v otevřených formátech včetně přehledných tabulek, aby s nimi mohli pracovat všichni účastníci dohodovacího řízení za stejných podmínek.



Mezi výstupy prediktivních modelů se zásadním významem pro optimalizaci úhrad a dohodu mezi poskytovateli a pojišťovny patří zejména:

- Vývoj průměrných platů a mezd v členění dle typu zdravotnických pracovníků (lékaři, sestry, ostatní NLZP) v trendu za předchozí roky celkem a dle jednotlivých segmentů. Personální náklady v současnosti představují více než 57 % celkového objemu úhrad z v.z.p. a jejich modelování je pro dohodovací řízení zásadní.
- Hodnocení zátěže PZS v primární péči (personální zabezpečení, kapitace, struktura pojištěnců v kmeni, struktura péče).
- Strukturovaná data o vývoji cen u léků a materiálových položek. Tyto podklady umožňují modelovat specifický vývoj inflace v těchto kategoriích.
- Datové sady se strukturou pojištěnců ZP za předchozí kalendářní rok (věkové kategorie, nákladovost, spádová oblast – regiony).
- Datové sady s vývojem a výší základních sazeb mezi jednotlivými poskytovateli akutní lůžkové péče (ALP) a zdravotními pojišťovnami (ZP). Tyto vstupy jsou přímo využívány pro modelaci dostatečnosti úhrad v paušálních úhradách zejména internistické péče.
- Produkce (počty HP, casemix) v segmentu akutní lůžkové péče jako podklad pro nezbytné restrukturalizační kroky.
- Publikace predikcí počtu (objemu) ošetřovacích dnů v různých segmentech komunitní ošetřovatelské péče a sociálně zdravotní péče.

Ucelený přehled publikovaných dat a metodické výstupy již implementované do úhrad či vstupující do aktuálního dohodovacího řízení jsou doloženy v příloze metodiky č. 2; související segmentové analytické podklady jsou současně doloženy v analytickém reportu „Predikce vývoje potřeby zdravotní péče v ČR“, zejména v příloze č. 6.