Stanovisko Endoprotetické komise ČSOT, listopad 2026

Stanovisko ČSOT k návrhu VZP ČR na individuální úhradu primárních totálních endoprotéz kyčle a kolena pro rok 2027

Výbor České společnosti pro ortopedii a traumatologii (ČSOT) obdržel cestou Asociace nemocnic České republiky (ANČR) metodiku Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP) pro sjednávání individuální úhrady kloubních náhrad kyčelního a kolenního kloubu (TEP) v roce 2027 vycházející z doporučení úhradové vyhlášky připravené Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZČR). Endoprotetická komise ČSOT předloženou metodiku podrobně analyzovala a zaujímá k ní následující odborné stanovisko.

1. PREAMBULE

ČSOT oceňuje snahu VZP o nastavení transparentnějšího systému úhrad primárních totálních endoprotéz kyčelního a kolenního kloubu a o větší důraz na kvalitu poskytované péče, vykazování klinických parametrů a sledování výsledků léčby. Při předchozích jednáních nabídla ČSOT VZP spolupráci na přípravě vyváženého modelu úhrad za endoprotetickou péči.

Základem tohoto modelu musí být spravedlivé financování skutečně poskytnuté zdravotní péče, zohlednění klinické náročnosti pacientů, podpora specializovaných pracovišť a dlouhodobá udržitelnost kvality a dostupnosti endoprotetické péče v ČR.

Předložený návrh VZP tyto základní principy podle našeho názoru dostatečně nenaplňuje. Přestože obsahuje některé pozitivní prvky, jeho hlavní konstrukce zůstává založena na sjednávání základní sazby, objemové diferenciaci a konvergenci úhrad k cílové hodnotě 79 000 Kč. Neřeší přitom zásadní rozdíly v náročnosti jednotlivých pacientů ani rozdílné postavení a funkci jednotlivých poskytovatelů v systému endoprotetické péče.

Za největší riziko považujeme, že ekonomická regulace nebude doprovázena odpovídající klinickou stratifikací. V konečném důsledku tak může vést k omezení dostupnosti péče pro nejsložitější pacienty, k jejich přesouvání mezi pracovišti a k ekonomickému tlaku na kvalitu implantátů a operačních postupů.

2. ZÁSADNÍ PŘIPOMÍNKY ČSOT K NÁVRHU VZP

2.1. Nedostatečné zohlednění klinické náročnosti pacientů

Předložená metodika vychází především z historického case-mixu a individuální základní sazby poskytovatele. Nezavádí však skutečnou stratifikaci pacientů podle klinické a technické náročnosti primární implantace.

Dva pacienti se stejnou diagnózou a stejným zařazením v systému DRG mohou představovat zásadně odlišnou ekonomickou i odbornou zátěž. Rozdíl může být dán věkem, BMI, klasifikací

ASA, komorbiditami, anatomickými deformitami, předchozími operacemi, neurologickým postižením, stavem měkkých tkání či zvýšeným rizikem infekčních a mechanických komplikací.

Tito pacienti mohou vyžadovat delší předoperační přípravu, zkušenější operační tým, náročnější implantáty, vyšší materiálové náklady a často také intenzivnější pooperační péči.

Pokud úhradový mechanismus tyto rozdíly nezohlední, vzniká ekonomická motivace k preferování jednodušších a méně rizikových pacientů. Takový systém může postupně vést k nežádoucímu výběru pacientů („cherry picking“) a k přesouvání klinicky nejnáročnějších případů na pracoviště, která jsou již nyní zatížena jejich řešením.

ČSOT proto trvá na zavedení transparentní kategorizace pacientů minimálně do skupin standardní, komplexní a vysoce rizikové péče s odpovídajícími úhradovými koeficienty.

Pro rok 2027 ČSOT navrhuje pilotně ověřit koeficienty podle několika předem daných kritérií, zejména klasifikace ASA, BMI, základní diagnózy, přidružených komorbidit a předchozích operací. Výši koeficientů je třeba ověřit na nákladových datech. Připravenost pracovišť a časné revize řeší body 2.2 a 2.4.

2.2. Úloha a připravenost specializovaných pracovišť

Existují pracoviště, která provádějí převážně standardní primární implantace, a pracoviště, která vedle primární operativy zajišťují také náročné revizní výkony, léčbu periprotetických zlomenin, infekcí a komplikovaných stavů po předchozích operacích a přebírání pacientů z jiných nemocnic.

Tato centra musí udržovat personální, přístrojové a organizační zázemí, multidisciplinární spolupráci a připravenost k řešení komplikací, a to i v době, kdy jejich kapacita není plně využita.

Tato připravenost představuje reálné náklady, které nelze zahrnout pouze do jednotkové ceny primární implantace. Její existence je přitom nezbytná pro fungování celého systému.

Za problematické považujeme, že návrh VZP přiznává nákladový modifikátor pouze velmi úzce definované skupině poskytovatelů podle jejich statutu vysoce specializované péče, nikoliv podle skutečné role v endoprotetické síti, rozsahu revizní operativy a schopnosti přebírat nejsložitější pacienty.

ČSOT opakovaně navrhuje vytvoření systému center kloubních náhrad (CKN), rozdělených podle rozsahu, odbornosti, personálního a technického zajištění a schopnosti řešit komplikované případy. Úhrada musí tuto strukturu zohlednit.

2.3. Riziko zhoršení kvality implantátů a poskytované péče

Předložený model vytváří významný tlak na snižování jednotkových nákladů. Při absenci odpovídajícího zohlednění klinické náročnosti může tento tlak dopadat také na výběr implantátů, materiálových kombinací a technologického vybavení.

Máme obavu, že některá pracoviště budou v ekonomicky náročných podmínkách nucena upřednostňovat nejlevnější dostupná řešení před implantáty a technologiemi s dlouhodobě doloženými výsledky.

Takový vývoj nelze považovat za skutečnou racionalizaci zdravotní péče. Rozhodující musí být celkové náklady na léčebnou epizodu a dlouhodobá životnost implantátu, nikoliv pouze pořizovací cena primární náhrady.

ČSOT odmítá, aby se ekonomická dostupnost endoprotetické péče zajišťovala na úkor medicínsky odůvodněné volby implantátu a bezpečnosti pacienta.

2.4. Problematické nastavení bonifikací a sankcí za komplikace

Podle předloženého návrhu VZP vzniká nárok na bonifikaci, pokud podíl pacientů s vybranými závažnými komplikacemi nepřekročí 2%. Návrh dále předpokládá sankci při časné revizi či reimplantaci do 90 dnů.

Výskyt komplikací nelze hodnotit bez zohlednění klinického profilu pacientů. Pracoviště, které přijímá pacienty s vyšším interním, anatomickým a operačním rizikem, bude přirozeně vystaveno vyšší pravděpodobnosti komplikací než pracoviště operující převážně standardní pacienty.

Výsledek navíc závisí na velikosti hodnoceného souboru. Například při 100 pacientech zvýší jediná další komplikace pozorovaný podíl ze 2% na 3%. Překročení hranice tedy může být důsledkem náhodného kolísání.

Za zvlášť problematické považujeme sankci za časnou revizi nebo reimplantaci. Je nezbytné rozlišovat mezi komplikací skutečně související s kvalitou primárního výkonu a komplikací vyplývající z individuálního rizika pacienta či objektivně nepředvídatelného průběhu. Samotné provedení časné revize navíc může představovat správný a nezbytný léčebný postup, který zabrání závažnějším následkům.

Systém nesmí vytvářet ekonomickou motivaci k odkládání indikované revize ani k odmítání rizikových pacientů.

Požadujeme proto rizikově adjustované hodnocení komplikací, transparentní metodiku jejich přiřazování a možnost odborného posouzení jednotlivých případů. Do odborného posouzení případu navrhujeme finanční sankci za časnou revizi neuplatňovat.

2.5. Objemová regulace a dostupnost péče

VZP deklaruje, že všechny provedené výkony budou uhrazeny. Navržená metodika však rozlišuje úhradu podle sjednané základní sazby a objemu výkonů, přičemž výkony nad příslušnou hranici jsou hrazeny nižší sazbou 75 050 Kč, případně se uplatňují další limity podle sjednané varianty.

Nejde tedy o přímé administrativní omezení počtu operací, ale o ekonomickou regulaci, která může mít obdobný praktický dopad.

V prostředí rostoucí poptávky po endoprotetických výkonech může takový mechanismus vést k odkládání operací, prodlužování čekacích dob nebo k omezení příjmu ekonomicky náročnějších pacientů.

ČSOT zdůrazňuje, že čekací doba není pouze administrativním ukazatelem. U pacientů s pokročilou artrózou může dlouhé odkládání výkonu vést k progresi deformity, svalové atrofii, zhoršení mobility, nárůstu komorbidit a celkovému zhoršení zdravotního stavu. Následná operace pak může být odborně i ekonomicky náročnější.

Požadujeme proto, aby jakákoliv objemová regulace byla podmíněna průběžným sledováním skutečné dostupnosti péče, čekacích dob, počtu odložených výkonů a regionálních rozdílů.

2.6. Registrace pacientů a administrativní požadavky

ČSOT podporuje systematický sběr dat, sledování výsledků léčby a využívání pacientských dotazníků (PROMs). Považujeme však za nezbytné, aby byl tento proces organizačně a metodicky připraven.

Národní registr kloubních náhrad eviduje provedené operace. Evidence pacientů doporučených k implantaci může sloužit také ke sledování čekacích dob. Pokud však bude VZP zavádět vlastní registr TEP, je třeba zabránit opakovanému vykazování týchž údajů a rozdílům v jejich definicích.

Registrace všech pacientů s doporučením k implantaci musí mít jasně definovaná pravidla, zejména pokud jde o odpovědnost za správnost údajů, aktualizaci pořadníků, změnu klinického stavu pacienta a vyřazování pacientů, kteří již nejsou k operaci indikováni.

Za nezbytné považujeme přednostně využít a funkčně propojit existující národní registry a zajistit, aby nové povinnosti byly zaváděny až po ověření jejich praktické funkčnosti.

3. VZTAH PŘEDLOŽENÉHO MATERIÁLU K NÁVRHU KONCEPCE PŘIPRAVENÉHO ČSOT A MZČR

ČSOT již počátkem roku 2026 představila komplexní návrh koncepční úpravy úhrad endoprotetické péče. Tento návrh vznikal s cílem odstranit nedostatky současného systému a vytvořit dlouhodobě udržitelný model založený na skutečné hodnotě poskytované péče.

ČSOT podporuje koncepční směr řešení připravovaného Ministerstvem zdravotnictví, jak byl představen na společném jednání v říjnu 2026, který považuje za odborně správný a systémově odpovídající potřebám české endoprotetiky.

Úplné zavedení této koncepce již v roce 2027 však nepovažujeme za reálné vzhledem k času potřebnému pro přípravu legislativních, datových a organizačních podmínek.

Návrh VZP podle nás nedostatečně zohledňuje základní principy připravované koncepce ČSOT a Ministerstva zdravotnictví, a to zejména:

- **skutečnou klinickou náročnost pacienta a koeficient obtížnosti;**
- **diferenciaci standardních, komplexních a vysoce specializovaných center;**
- **ekonomické ocenění připravenosti center a přebírání nejnáročnějších pacientů;**

- **samostatné a odpovídající financování revizní a septické endoprotetiky;**
- **hodnocení kvality s korekcí na rizikovost pacientů;**
- **dlouhodobé sledování dostupnosti a výsledků léčby.**

ČSOT proto považuje za důležité, aby přechodné řešení pro rok 2027 zachovalo prostor pro následné zavedení komplexního modelu a nevytvořilo překážky jeho realizace.

4. SMLUVNÍ POSTAVENÍ POSKYTOVATELŮ A TRANSPARENTNOST SJEDNÁVÁNÍ ÚHRAD

Poskytovatel má podle návrhu VZP předložit vlastní cenovou nabídku, přičemž výše nabídnuté sazby následně určuje nejen výši úhrady, ale také rozsah výkonů hrazených v jednotlivých cenových hladinách. Současně je stanovena cílová sazba 79 000 Kč a konvergenční mechanismus pro poskytovatele s vyššími historickými sazbami.

Pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna do 31. března 2027 na výši a způsobu úhrady nedohodnou, uplatní se pro dotčené služby úhrada vyčleněná z paušální úhrady podle vyhlášky č. 205/2026 Sb.

Možnosti jednotlivých nemocnic při vyjednávání ovlivňuje jejich povinnost zajistit dostupnost péče, provozní připravenost a léčbu i těch nejnáročnějších pacientů. ČSOT proto upozorňuje na riziko, že ekonomická situace pracoviště může převážit nad posouzením potřeb pacientů při sjednávání ceny a rozsahu péče.

ČSOT považuje za nezbytné, aby sjednávání individuálních úhrad probíhalo podle předem známých, transparentních a pro všechny poskytovatele spravedlivých pravidel. Součástí musí být možnost přezkoumat vstupní data, výpočty individuálních sazeb, referenční objemy i způsob uplatnění jednotlivých bonifikací a sankcí.

5. RIZIKA PŘI NEDOHODĚ

ČSOT se obává, že v takovém případě může dojít k postupnému omezování dostupnosti primárních implantací, zejména na pracovištích, jejichž historické náklady a struktura pacientů neodpovídají cílové sazbě VZP.

Ekonomický tlak se může projevit nejen omezením počtu výkonů, ale také preferováním standardních pacientů před pacienty s komplikovaným klinickým nálezem. Nejnáročnější pacienti pak mohou být opakovaně předáváni mezi pracovišti nebo zůstávat na čekacích listinách bez reálné možnosti včasného řešení.

Takový vývoj by mohl zvýšit zatížení specializovaných center a současně zvýšit riziko komplikací při pozdějším řešení již pokročilých a zanedbaných stavů.

Nedohoda mezi poskytovatelem a pojišťovnou nesmí být důvodem k odložení medicínsky indikované operace ani k omezení dostupnosti péče pro pacienta.

6. DOPORUČENÍ ČSOT PRO DALŠÍ JEDNÁNÍ

Na základě výše uvedeného doporučujeme pro další úhradová jednání následující:

- **Doplnit metodiku o klinickou stratifikaci pacientů** a odpovídající koeficienty obtížnosti, které zohlední skutečné náklady na léčbu komplexních pacientů.
- **Zohlednit roli a připravenost pracovišť** v systému endoprotetické péče, včetně center přebírajících komplikované pacienty a zajišťujících revizní a septickou operativu.
- **Přehodnotit bonifikační a sankční mechanismy**, zejména jednotný limit komplikací 2 % a sankce za časné revize, s důrazem na rizikovou adjustaci a odborné posouzení příčin komplikací.
- **Zajistit ochranu dostupnosti péče** a mít pod kontrolou mechanismy, které by vedly k odkládání operací nebo k preferování méně náročných pacientů.
- **Garantovat odpovídající kvalitu implantátů a materiálů**, aby cenová regulace nevedla ke zhoršení dlouhodobých výsledků léčby.
- **Zajistit transparentní a vyvážené smluvní prostředí**, včetně zpřístupnění vstupních dat, výpočtů a pravidel pro stanovení individuálních úhrad.
- **Upřednostnit jednotnou národní registraci a propojení datových systémů**, s jasnými pravidly pro registraci pacientů a sběr PROMs.
- **Připravit přechodné řešení pro rok 2027**, které nebude bránit následnému zavedení koncepčního modelu úhrad připravovaného Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s ČSOT.

7. SHRNUTÍ

ČSOT považuje předložený návrh VZP v současné podobě za nedostatečný. Zásadní výhrady se týkají zohlednění klinické náročnosti pacientů, připravenosti specializovaných pracovišť a ochrany dostupnosti a kvality péče.

Nezpochybňujeme potřebu ekonomické racionalizace ani transparentního hodnocení kvality. Odmítáme však model, který může ekonomicky znevýhodnit právě ta pracoviště, která přebírají nejsložitější pacienty a zajišťují nejnáročnější segment endoprotetické péče.

ČSOT je připravena aktivně spolupracovat s MZČR a zdravotními pojišťovnami na vytvoření přechodného řešení pro rok 2027 i na následném zavedení systémové reformy.

Základním principem musí zůstat, že pacient má dostat odpovídající léčbu podle své zdravotní potřeby, nikoliv podle ekonomické výhodnosti jeho případu pro konkrétní nemocnici.

V Praze dne 25.11.2026