

## Odůvodnění

### I. Obecná část

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2022 se k tomuto materiálu nezpracovává hodnocení dopadu regulace (RIA).

#### A. Vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy, odůvodnění hlavních principů

Na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., a zákona č. 200/2015 Sb. (dále jen „zákon“), vydává Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (dále jen „vyhláška“) vždy pro následující kalendářní rok.

Ministerstvo předkládá návrh vyhlášky, u níž je nutno konstatovat, že se podle § 17 odst. 5 zákona tato vyhláška použije pouze tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, šlo by o nenaplnění zákonné povinnosti, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2023 na základě uzavřených dohod z dohodovacího řízení a s přihlédnutím k veřejnému zájmu v oblasti zdravotnictví.

### 1. Důvod předložení a cíle

#### 1.1 Název

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2023.

#### 1.2 Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v zákoně vydává ministerstvo vyhlášku pro rok 2023. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen „VZP“) a ostatních zdravotních pojišťoven a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn tím, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zpracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného

zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotních služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2023 probíhalo v období od 3. února 2022 do 15. června 2022. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k úplné nebo parciální dohodě z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče, v těchto 10 segmentech:

1. skupina praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb,
3. skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb,
4. skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče,
5. skupina poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí,
6. skupina poskytovatelů domácích zdravotních služeb,
7. skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče a lékařské pohotovostní služby, vyjma stomatologické (parciální dohoda),
8. skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby,
9. skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách,
10. skupina poskytovatelů lékárenské a klinickofarmaceutické péče.

Dohoda nebyla uzavřena v segmentech poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiologických služeb, poskytovatelů následné lůžkové péče a poskytovatelů akutní lůžkové péče. Parciální dohoda byla uzavřena v segmentu poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče. V závěru dohodovacího řízení byla segmentem poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb vetována dohoda skupiny poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb. Dohody byly uzavřeny za předpokladu navýšení platby za státní pojištěnce pro rok 2023 na úroveň alespoň 1878 Kč. Meziroční růst úhrad segmentů plynoucí z uzavřených dohod je v průměru 4 %. Hodnoty bodu byly v dohodách přizpůsobeny, aby reflektovaly vyšší bodové ocenění výkonů.

V mezidobí mezi dohodovacím řízením a vydáním úhradové vyhlášky však došlo k významnému posunu podkladových makroekonomických ukazatelů. Predikovaná výše inflace pro rok 2023 vzrostla z 4,4 % na 8,8 %, což posunulo i predikci objemu mezd a platů a výběru pojistného. Dále výše platby za státní pojištěnce pro rok 2023 byla během dohodovacího řízení odhadována na 1878 Kč, ale finální výše činí 1900 Kč. Od doby dohodovacího řízení tak odhad výše příjmů zdravotních pojišťoven v roce 2023 narostl cca o 5 mld. Kč. Z těchto důvodů, které ovlivňují jak příjmovou stranu pojišťoven, tak nákladovou stranu poskytovatelů, se Ministerstvo zdravotnictví rozhodlo ve veřejném zájmu stabilizace zdravotnictví zasáhnout do uzavřených dohod a navýšit celkový růst úhrad z původních 4 % na nových 8 %.

### **1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti**

V současné době platí vyhláška č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2022 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2022 a aby předpokládané výdaje systému nepřevýšily předpokládané příjmy o vyšší částku, než činí zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven.

Kromě zákona a vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro příslušný kalendářní rok je oblast úhrad, hodnot bodu a regulačních omezení ovlivněna vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“), která definuje jednotlivé odbornosti a jejich výkony.

### **1.4 Identifikace dotčených subjektů**

Vyhláškou dotčenými subjekty jsou účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb. Zprostředkovaně jsou vyhláškou dotčeni i pojištěnci všech zdravotních pojišťoven, kterým jsou služby poskytovány.

### **1.5 Popis cílového stavu**

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2023, které respektuje dohody uzavřené v dohodovacím řízení a růst nákladů poskytovatelů. Prioritami pro uzavírání dohod bylo:

- Podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů akutní lůžkové péče a u poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče.
- Umožnit vyrovnané hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění.
- Umožnit poskytovatelům zdravotních služeb růst odpovídající finančním možnostem systému.
- Prosazovat takové úhradové mechanismy, které motivují zdravotní pojišťovny k efektivnímu vynakládání finančních prostředků a poskytovatele zdravotních služeb k zvyšování efektivity v poskytování hrazených zdravotních služeb.

Zdravotní pojišťovny měly k 31.12.2021 zůstatky ve výši 52 mld. Kč a k 31.12.2022 se očekávají zůstatky přesahující 43 mld. Kč, v čemž je započteno i snížení platby za státní pojištění o 14 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) a z dalších příjmů zdravotních pojišťoven pro rok 2023 se na základě predikce Ministerstva financí odhadují na 464,6 miliardy Kč.

Oproti roku 2022 se tak očekává zvýšení příjmů systému o cca 33,1 miliard Kč. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2023 a počítá se zvýšením platby za státní pojištění na 1900 Kč od 1.1.2023. Predikce příjmů pro rok 2023 i 2022 je vychýlena směrem nahoru a s vysokou pravděpodobností bude výběr pojistného vyšší, než je nyní ze strany Ministerstva financí odhadováno. Aktuální predikce minimálně nepočítala s navýšením platů státních zaměstnanců o 10 % od září 2022.

### **1.6 Zhodnocení rizika**

Nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti ministerstva, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Nevydáním vyhlášky by reálně vzniklo riziko žalob (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010) vyplývajících ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit, podle jakých parametrů určit výše úhrady v případech, kdy nebyl uzavřen individuální úhradový dodatek mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb.

## **2 Implementace opatření a vynucování**

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny jako subjekty provádějící v ČR zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními pojišťovnami již prováděny. Přezkum účinnosti navržených legislativních opatření provádí ministerstvo v rámci své kontrolní činnosti, v součinnosti s Ministerstvem financí, popřípadě prostřednictvím zástupců státu v orgánech zdravotních pojišťoven.

## **3 Přezkum účinnosti regulace**

Během roku 2023 se budou vyhodnocovat dopady vyhlášky na poskytování zdravotních služeb a na základě analýzy dopadů bude formulován návrh příští vyhlášky.

### Konzultace a zdroje dat

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení mezi zástupci VZP a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vplynuly dohody jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a dohody byly následně převzaty do finální podoby vyhlášky.

Ministerstvo si průběžně vytváří modelace příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění na základě údajů Ministerstva financí, dále získává čtvrtletně informace o hospodaření zdravotních pojišťoven.

V některých oblastech vyhlášky dále Ministerstvo zdravotnictví čerpalo informace a analýzy od Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

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

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

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

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

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

Dopad na státní rozpočet z tohoto návrhu přímo nevyplývá. Reálný celkový dopad na veřejné zdravotní pojištění není možné exaktně vyčíslit, především z toho důvodu, že vyhláška je pro poskytovatele a zdravotní pojišťovny závazná jen tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh a regulačních omezeních jinak.

Pro rok 2023 došlo v rámci dohodovacího řízení k dohodám či parciálním dohodám v 10 ze 14 segmentů, a tyto dohody byly stavěny na průměrném meziročním tempu růstu úhrad o 4 %. Tento růst byl ve veřejném zájmu navýšen na 8 % pro pokrytí nákladů poskytovatelů plynoucích z vysoké inflace a cen energií. Nad rámec toho je třeba počítat s dodatečným růstem objemu poskytovaných služeb, obzvláště lůžkové elektivní péče, screeningů, preventivních prohlídek a jednodenní péče. V oblasti elektivní péče nemocnic bude hrát roli zavedený systém CZ-DRG, který nelimitovaně umožňuje nemocnicím dohánět odloženou elektivní péčí a kde pro rok 2023 došlo k vyčlenění dodatečné péče mimo paušální úhradu.

Jako každý rok je dále třeba počítat s úhradou mandatorních nákladů, které souvisí s rozvojem moderních léčebných metod a systémových změn v nastavení úhrad. Tato kategorie nákladů zahrnuje centrové léky, zdravotnické prostředky, rozvoj paliativních týmů v nemocnicích, změny v seznamu výkonů a další.

Mezi významné nové druhy mandatorních nebo reformních nákladů patří např. následující položky:

- Podpora indikovaných druhých preventivních prohlídek u stomatologa: 150 mil. Kč
- Refinancování zdravotnické záchranné služby: 1 500 mil. Kč
- Financování referenční sítě nemocnic: 108 mil. Kč
- Podpora urgentních příjmů: 130 mil. Kč
- Podpora jednodenní péče: 150 mil. Kč

Všechny náklady na zdravotní služby jsou pro rok 2023 odhadovány na 456,5 mld. Kč, včetně 3,6 mld. Kč spojených s pandemií COVID-19.

V meziročním srovnání se jedná o růst ve výši cca 31,2 mld. Kč, tj. 7,3 % (nižší růst než 8 % je z důvodu poklesu výdajů na COVID-19 a nižšímu růstu některých druhů mandatorních výdajů).

Tabulka: Náklady na zdravotní služby v roce 2023 (v mil. Kč)

	Celkem 2022	Celkem 2023	Rozdíl
celkem na zdravotní péči	425 275	456 485	31 210
na ambulantní péči	113 506	121 538	8 032
na lůžkovou péči	239 600	260 167	20 567
z toho náklady na centrové léky a genové terapie	27 604	32 022	4 418
na lékárny, léky na recept a zdravotnické prostředky	53 189	55 440	2 251

Po přičtení ostatních nákladů (provozní fond, fond prevence, který se pro rok 2023 zdvojnásobuje apod.) se celkové náklady systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2023 budou pohybovat ve výši kolem 474,4 mld. Kč. Vyšší, než očekávané náklady může přinést především větší rozsah epidemie COVID-19 spojený s náklady na plošné testování a léčivé přípravky.

Celkové saldo roku 2023 všech zdravotních pojišťoven se tak očekává záporné, a to v celkové výši -9,8 mld. Kč. Díky vychýlení predikce příjmu lze však s vysokou pravděpodobností očekávat i významně lepší saldo, podobně jako tomu bylo u predikce salda na rok 2022.

Navrhovaná vyhláška bude mít pozitivní dopady na podnikatelské prostředí, pokud jde o poskytovatele zdravotních služeb. Navrhovaná vyhláška nepředpokládá žádné sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny. Rovněž se nepředpokládá žádný dopad na životní prostředí.

#### **E. Zhodnocení současného stavu a dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen**

Navrhovaná právní úprava nezasahuje do zásad zákazu diskriminace a nebude mít dopady na rovnost mužů a žen.

#### **F. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů**

Návrh neupravuje oblast ochrany soukromí a nakládání s osobními údaji. Navrhované změny se nijak nedotknou ochrany osobních údajů dotčených subjektů.

#### **G. Zhodnocení korupčních rizik**

Nepředpokládá se zvýšení korupčních rizik, neboť navrhovaná právní úprava žádným způsobem nemění vztahy mezi jednotlivými osobami, které se na regulaci podílí nebo na něž regulace dopadá.

#### **H. Zhodnocení dopadů na výkon státní statistické služby**

Nepředpokládá se dopad návrhu na výkon státní statistické služby. Nedojde k narušení objektivitě statistických informací či k omezení a zkreslení zveřejňovaných údajů.

**I. Zhodnocení dopadů na bezpečnost nebo obranu státu**

Navrhovaná vyhláška nebude mít dopad na bezpečnost nebo obranu státu.

**J. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy se zásadami digitálně přívětivé legislativy**

Dané oblasti se návrh nedotýká, a tedy návrh nemá na tuto oblast vliv.

## II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

Předkládaný návrh vyhlášky stanoví hodnotu bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení pro jednotlivé segmenty.

Ve vyhlášce se objevuje několik principů, které se uplatňují ve všech relevantních částech vyhlášky. Pro přehlednost je uvádíme zvlášť, abychom předešli nutnosti je opakovat pro každý segment znovu.

### Regulační omezení

Pro většinu segmentů je dán limit na úhradu preskripce léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, na úhradu vyžádané péče a na úhradu zvlášť účtovaných položek. Tento limit je dán průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období.

Při překročení definovaného limitu (u léků částečně sníženého z důvodu zavedení elektronické preskripce, která sníží jejich vykazování) uplatní zdravotní pojišťovna regulační omezení až do určité maximální výše (obvykle do výše 40 % z tohoto překročení). Výše regulačního omezení je přesně dána, a to progresivně ve vztahu k míře překročení. Za každé započaté 0,5 % překročení sníží zdravotní pojišťovna poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období. Regulační omezení na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů nepoužijí, zejména z důvodů podpory podávání depotních léků (léčivé přípravky s pomalým vstřebáváním) pacientům s psychickými nemocemi. Depotní léky snižují pravděpodobnost návratu onemocnění a opakovaných hospitalizací pacienta, tedy i snižují náklady na případnou lůžkovou péči. Do regulačních omezení se zároveň nezapočítají náklady na vyžádanou péči související s testováním na COVID-19 – v tomto ohledu bylo nutné dohody v některých segmentech upravit.

Limit preskripčního omezení je typicky stanoven na 110 % referenčních hodnot, s výjimkou nemocničních ambulancí, kde je stanoven na 115 % z důvodu, že oproti mimo-nemocničním segmentům je referencí u nemocnic stále rok 2019, oproti kterému je třeba stanovit vyšší možný růst.

### Úhrada za klinické vyšetření (ambulantní péče)

V ambulantní specializované péči a nemocničních ambulancích se stále uplatní navýšení úhrady za klinická vyšetření, kdy za každý vykázaný výkon v hodnoceném období náleží poskytovateli úhrada ve výši 49 Kč.

### Převzetí praxe

Bližší se specifikuje případ, kdy v souladu s § 17 odst. 8 zákona došlo k převodu majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb na jiného poskytovatele (dále jen „převzetí praxe“) a určení referenční úhrady. V případě, že poskytovatel převzal praxi, použijí se pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.



V praxi se stává, že lékař po převzetí praxe od staršího kolegy převezme i jeho referenční hodnoty, které v mnohých případech nezohledňují strukturu a rozsah péče nového poskytovatele. Proto je v takových případech žádoucí nastavit referenční hodnoty podle srovnatelných poskytovatelů.

#### Bonifikace za elektronický recept

V souvislosti se zavedením povinného využívání e-receptů jsou všem lékařům v rámci celkového finančního vypořádání kompenzovány zvýšené náklady vzniklé v souvislosti se zavedením e-receptů ve výši 1,70 Kč za předepsanou položku na recept (kompenzovány jsou náklady na připojení k internetu a elektronický podpis).

#### K § 1

Definuje se okruh poskytovatelů, pro něž se vyhláškou stanoví hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení. Nově je do výčtu přidána jednodenní péče.

#### K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2021, výjimkou je segment poskytovatelů akutní lůžkové péče, kde je referenčním obdobím stále rok 2019 a pro účely rozlišení je uváděn explicitní výraz „referenční období roku 2019“. Obvykle bývá referenční období stanoveno jako období dva roky předcházející hodnocenému období, nicméně pro příští rok by to znamenalo, že referenčním obdobím by byl COVIDový rok 2021, který stále byl v mnoha ohledech u poskytovatelů akutní lůžkové péče výjimečný a není vhodné ho brát v tomto segmentu jako referenci. Z tohoto důvodu je ponechán poslední před-pandemický rok 2019 jako základ pro referenční srovnání. V případě ostatních typů poskytovatelů již COVID v roce 2021 nezpůsobil velké výkyvy v objemu a struktuře péče a je proto možné tento rok použít, jako referenční, na čemž byla dohoda v rámci dohodovacího řízení.

V případě referenčního roku 2021 je nutné rozlišovat, z důvodu existence dvou vyhlášek ovlivňujících obdržené finanční prostředky za poskytnuté zdravotní služby v roce 2021, pojem **výše úhrady** a **kompenzační výše úhrady**. Výše úhrady je stanovena dle zákona č. 48/1997 Sb., přičemž kompenzační výše úhrady je stanovena na základě kompenzačního zákona č. 160/2021 Sb. Znění dosažených dohod jednoznačně pro účely referenčních hodnot používá „výši úhrady“, což je pojem dle zákona č. 48/1997 Sb. a jakékoliv kompenzace ani kompenzační hodnoty tudíž do výpočtu referenčních hodnot nevstupují. Ministerstvo zdravotnictví znění dohod respektuje, pouze upozorňuje poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny na tento rozdíl, který na první pohled není zřejmý a mohl by způsobit rozpory ve výkladu jednotlivých účastníků systému.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2023.

#### K § 3

Definuje pojmy unikátní a globální unikátní pojištěnec a dále pojem srovnatelný poskytovatel.

Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to zvláště v každé odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu unikátních pojištěnců zahrne dvakrát).

Globálním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to v libovolné odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu globálních unikátních pojištěnců zahrne jednou).

Pro přehlednost je zde zařazeno i vysvětlení postupu při aplikaci pojmu srovnatelný poskytovatel a je uveden odkaz na mezinárodní klasifikaci nemocí, která je v rámci vyhlášky hojně využívána. Dále je zde uvedena též definice ordinačních hodin.

#### K § 4

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům je úhrada stanovena ve stejné výši, jako pro české pojištěnce ve smyslu § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Toto ustanovení vychází z Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění, podle něhož musí být při poskytování hrazených služeb zahraničním pojištěncům stanoveny stejné podmínky, jako tuzemským pojištěncům.

#### K § 5 a příloze č. 1

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli akutní lůžkové péče, následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče. V těchto segmentech nebyla uzavřena dohoda. Znění vyhlášky primárně vychází z vyhlášky na rok 2022 s několika podstatnými změnami popsány jednotlivých bodech níže. Celkový růst úhrad pro segment poskytovatelů akutní lůžkové péče (s výjimkou centrové léčby) je odhadován na 8 % a u segmentu následné péče se jedná o 10 %.

#### K příloze č. 1, bodu 2

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady sestává z individuálně nasmlouvané úhrady péče za hospitalizace nebo ambulantní výkony, které jsou standardně hrazeny dle bodů 3 až 7. Tato složka úhrady zahrnuje např. různé úhradové balíčky, které si poskytovatel a pojišťovna individuálně sjednávají. Dále tento bod zahrnuje úhradu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S“ (použití při poskytování zdravotních služeb na specializovaných pracovištích), podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „centrové léky“).

#### K bodu 2.1 - balíčky

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady v roce 2023 obsahuje pouze tzv. dobrovolné balíčky, které nejsou blíže definovány. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou na využití balíčkové úhrady, budou tyto případy zahrnuty v úhradě formou paušální úhrady.

#### K bodu 2.2 - centrové léky

Maximální úhrada centrových léků bude pro rok 2023 stanovena pro všechny skupiny léčivých přípravků dohromady se zohledněním růstu úhrad v jednotlivých skupinách

centrových léků, aby byla možnost nevyčerpané finanční prostředky v jedné skupině přesunout do přečerpaného limitu v jiné skupině centrových léků. Celková maximální úhrada je nastavena jako součet maximálních úhrad pro jednotlivé skupiny centrových léků. Dochází k drobným textovým úpravám a odkazům na jednotlivé body.

Jednotlivé růstové koeficienty byly stanoveny na základě predikce ÚZIS provedené ve spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb a návrhů pro dohodovací řízení od zdravotních pojišťoven. ÚZIS ve svých analýzách predikuje nákladové a úhradové faktory jednotlivých skupin včetně cenových změn, generifikace, horizon scanningu a změn v prevalenci a incidenci nemocí. Zdravotní pojišťovny pak do svých návrhů promítají úhradové regulační mechanismy a svou cenovou politiku. Z tohoto důvodu a za cílem zajištění dostupnosti péče a finanční udržitelnosti ministerstvo použilo asymetrický vážený průměr koeficientů ÚZIS a zdravotních pojišťoven.

U skupin, kde predikce ÚZIS byla nižší než predikce zdravotních pojišťoven, byla plně použita predikce ÚZIS, čímž dojde k tlaku na dodržování rozpočtů na centrové léky a dosáhne se finanční úspory z generifikace a očekávaných cenových slev. U skupin, kde predikce ÚZIS byla vyšší než predikce pojišťoven, je použit vážený průměr 75 % pro koeficienty od ÚZISu a 25 % pro koeficienty zdravotních pojišťoven. Tímto průměrem je zajištěna dostupnost péče při respektování úhradové, cenové a smluvní politiky zdravotních pojišťoven.

#### K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 3, 4 a 5 a příloze č. 9, 10 a 12

V roce 2023 pokračuje proces implementace nového úhradového a klasifikačního systému CZ-DRG do akutní lůžkové péče. Veškerá akutní péče poskytnutá v roce 2019 bude pomocí retrospektivních algoritmů a pomocných pravidel překlasifikována do systému CZ-DRG a v roce 2023 bude veškeré vykazování probíhat už pouze v tomto novém systému. Pro rok 2023 je platné CZ-DRG verze 5.0 revize 1.

Z hlediska úhrad je veškerá akutní lůžková péče členěna do 5 základních skupin:

1. nákladově a klinicky heterogenní báze, které jsou hrazeny paušální úhradou,
2. středně homogenní báze, které jsou vyčleněny z paušální úhrady a hrazeny s širšími risk-koridory,
3. vysoce homogenní báze, které jsou vyčleněny z paušální úhrady a hrazeny s užšími risk-koridory,
4. specializované a plně homogenní báze, které jsou vyčleněny z paušální úhrady a hrazeny případovým paušálem s jednotnou základní sazbou,
5. akutní psychiatrická péče, která je hrazena případovým paušálem s jednotnou základní sazbou a s regulací casemixu prostřednictvím délky hospitalizace.

#### Paušální úhrada

První skupina bází (bod 3, část A, příloha č. 1) bude hrazena nadále paušální úhradou s produkčním cílem, úhradou nadprodukce a regulačními, kde však pro rok 2023 dochází k významné deregulaci. Oproti předchozím letem je odstraněna regulace skrze Cobb-

Douglasovu funkci a zůstává zachována pouze regulace překladů. Důvody pro deregulaci jsou následující:

1. Paušální úhrady oproti obdobím před implementací CZ-DRG obsahuje pouze polovinu péče. Regulace je tak jednak méně účinná a zároveň s nižším objemem péče se zvyšuje náhodný rozptyl produkce, který činí regulaci nespravedlivou.
2. V CZ-DRG jsou jednotlivé DRG skupiny adekvátně naceněny na robustní referenční síti nemocnic a definiční pravidla jsou mnohem jasnější. Up-coding je tak jednak obtížnější a dále méně výhodný.
3. Od roku 2021 je téměř polovina péče vyjmuta z paušální úhrady a hrazena neregulovaně. Na datech tohoto roku bylo zjištěno, že casemix index u neregulovaných případů neroste rychleji než casemix index v případovém paušálu, a to i po odfiltrování zkreslujících efektů případů s COVID-19. Nežádoucí účinky deregulace v úhradě vyčleněné z paušálu se tudíž neprojevily.

Ministerstvo zdravotnictví bude dopady deregulace pečlivě monitorovat a v případě nežádoucích účinků bude v budoucnu regulace vrácena zpět. Zároveň díky deregulaci je možné stanovit vyšší produkční cíl než v předchozích obdobích, a to ve výši 98 % produkce referenčního období roku 2019.

Referenční paušální úhrada bude rozdělena poměrem casemixu mezi bázemi, které zůstávají v paušálu, a bázemi, které se nově vyčleňují. Oproti roku 2022 dochází k vyčlenění dalších 64 DRG skupin z paušální úhrady – mezi nejvýznamnější nová vyčlenění patří zavedení srdeční podpory, implantace kardioverteru nebo bypass na periferních žilách – veškerá tato péče splňuje nově kritéria pro dostatečnou homogenitu, jasné výkaznictví a nově i kritérium péče vhodné k centralizaci, což péči posouvá do péče vyčleněné z paušálu. Dále byly z paušálu vyčleněny některé DRG skupiny související se zavedením pilotu jednodenní péče.

Dále i v paušální úhradě dochází k dodatečnému navýšení minimálních základních sazeb o další 1 % oproti roku 2022, aby i v této heterogenní skupině případů docházelo alespoň ke sblížení sazeb směrem zdola v rámci skupin podobných nemocnic.

Růst úhrad je stanoven na 38,4 % oproti roku 2019, což v průměru znamená růst o 8 % oproti roku 2022. Oproti minulé vyhlášce není růst diferencován dle struktury péče poskytovatele, a to z důvodu konvergence růstu nákladů mezi osobními a materiálovými náklady.

#### Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

Druhá a třetí skupina bází (bod 4, část A, příloha č. 1) představuje případy vyčleněné z paušální úhrady a hrazené bez limitací a dalších regulačních opatření za individuální základní sazbu.

Výpočet individuální základní sazby závisí na porovnání tzv. vstupní individuální základní sazby se základní sazbou CZ-DRG. Vstupní základní sazba představuje individuální sazbu, za kterou by vyčleněná péče v nemocnici byla hrazena, pokud by nedošlo k zavádění CZ-DRG. Vstupní základní sazba je navýšena analogicky s paušální úhradou.

V případě, že je vstupní individuální sazba vyšší než sazba CZ-DRG navýšená o horní risk-koridor, dojde ke sblížení individuální sazby směrem dolů, a to o míru danou horním tempem

sbližování. Horní risk-koridor reprezentuje residuální míru nákladové heterogenity, která zatím není vysvětlena a kterou bude v budoucnu možná nutné zohlednit (viz nákladové modifikátory níže) Z tohoto důvodu nemuselo být opodstatněné sblížovat nemocnice nad sazbou CZ-DRG ze sta procent bez reflexe možných úhradově-modifikačních faktorů. U středně homogenních bází je horní risk-koridor nastaven na úrovni 20 % a u vysoce homogenních bází na 10 %. Tempo sblížování udává rychlost, jakou se individuální sazby přiblíží k hornímu risk-koridoru a tím rozkládá dopad sblížování sazeb v čase, aby nemocnice měly dostatek času absorbovat změnu úhrad a přijmout úsporná opatření. U středně i vysoce homogenních bází je tempo sblížování nastaveno na 33 %, což je stejná hodnota jako pro rok 2022. Důvodem pro nenavýšení sblížovacího koeficientu je úplné sjednocení výše úhrady u péče hrazené případovým paušálem (kam je pro rok 2023 zařazeno významně více péče), které v praxi funguje jako významné sblížení „shora“, jelikož se týká typicky nemocnic s nadprůměrnými základními sazbami.

V případě, že je vstupní individuální sazba nižší než sazba CZ-DRG ponížená o dolní risk-koridor, dojde ke sblížení individuální sazby směrem nahoru, a to o míru danou dolním tempem sblížování. Jedná se o analogický postup jako při sblížování shora. Dolní risk-koridor může představovat faktory, které objektivně snižují náklady nějaké skupiny poskytovatelů. Dolní risk-koridor je nastaven na 0 % pro vysoce homogenní péči a 10 % pro středně homogenní péči, ale s očekáváním, že se toto procento může v budoucnu změnit na základě strukturální analýzy determinantů nákladové nehomogenity. Dolní tempo sblížování je nastaveno na 66 %, a dojde tak ke dvoutřetinovému sblížení podhodnocených základních sazeb. Dolní tempo sblížování je rychlejší než horní tempo sblížování z důvodu, že pro nemocnice je jednodušší adaptace na růst úhrad než na pokles úhrad, což potvrzuje i mezinárodní zkušenost se zaváděním DRG systémů. Parametry dolního sblížování jsou identické u středně i vysoce homogenních bází a dochází k dodatečnému sblížování oproti roku 2022.

Nejvýznamnější změnou oproti roku 2022 je jednak vyčlenění významného podílu péče z této kategorie péče do případového paušálu (viz níže) a dále diferenciací základních sazeb dle nákladových modifikátorů. Jediným použitým nákladovým modifikátorem pro rok 2023 je casemix index poskytovatele, kalkulovaný nad celou nemocniční produkcí včetně zahraničních pojištěnců, který zohledňuje zvýšenou nákladovost poskytovatelů poskytujících nejkomplicovanější a nejvíce specializovanou péči. Zvýšená nákladovost těchto poskytovatelů (která není postižena v relativní váze a způsobuje na úrovni DRG skupin nákladovou heterogenitu) byla empiricky ověřena na nákladových datech referenčních nemocnic. Do budoucna se spektrum nákladových modifikátorů bude rozšiřovat, čímž dojde k redukci risk-koridorů a dalšímu sblížování základních sazeb.

Základní sazba CZ-DRG je oproti roku 2022 navýšena o 10 %, což se na celkových úhradách projeví růstem úhrad o 8 % vzhledem k významnému sblížení základních sazeb shora a vyčleňování péče do úhrady případovým paušálem. Vyšší růstový koeficient, než u paušální úhrady je stanoven z důvodu motivace k centralizaci péče a snižování čekacích dob na elektivní péči.

### Úhrada případovým paušálem

U čtvrté skupiny bází (bod 5, část A, příloha č. 1) dochází k největším změnám oproti roku 2022. Do této kategorie péče, která je hrazena jednotnou základní sazbou (s modifikátory), bylo přeřazeno významné množství poskytované péče. Péče, která byla identifikována jako vhodná pro sjednocení základních sazeb, splňuje následující podmínky:

- Nákladová homogenita mezi případy na úrovni DRG báze
- Nákladová homogenita mezi jednotlivými poskytovateli
- Jasně definovaná péče, ideálně s existencí klinického doporučeného postupu
- Péče vhodná k centralizaci.

U sjednocených sazeb bude možné provádět benchmarking u větší části péče a tím se zvýší tlak na efektivitu poskytování péče a dodržování klinických doporučených postupů.

Zároveň, pro podpoření centralizace této specializované péče, byla ke každé CZ-DRG skupině hrazené případovým paušálem přiřazena centra vysoce specializované péče, ve kterých by se tato péče měla provádět pro zajištění náležitého kvalitativního standardu. V případě, že tuto specializovanou péči poskytne a vykáže poskytovatel bez příslušného statutu centra, je na úhradu aplikován penalizační koeficient centralizace, který úhradu snižuje o 25 %. Cílem tohoto opatření je specializovanou péči koncentrovat do příslušných center.

V budoucích letech se penalizace bude dále navyšovat, případně dojde k podpoře odsmlouvání této péče od poskytovatelů bez center nebo k úpravě Klasifikace CZ-DRG v podobném duchu. Stejně tak s postupným etablováním nových typů center bude možné navázat větší podíl péče na vznikající centra a péči centralizovat.

### Úhrada akutní lůžkové psychiatrie

U poslední skupiny bází, tj. u akutní psychiatrické péče, je sjednocená základní sazba a dále se aplikuje redukce casemixu přes regulaci růstu mediánové délky hospitalizace. Psychiatrie v CZ-DRG je navázána na délku hospitalizace a hrozí u ní umělé navyšování délky pobytu. Redukce casemixu tuto negativní motivaci limituje. Oproti minulému vyhlášení však dochází k rozvolnění regulace, a to třemi způsoby:

1. Pro nové nebo transformované poskytovatele se stanovuje referenční medián délky hospitalizace na 16 dní, což více odpovídá realitě poskytování péče u těchto poskytovatelů.
2. Je navýšen povolený růst délky hospitalizace o 5 %, což reflektuje hospitalizace komplikovanějších pacientů v roce 2023 oproti roku 2019.
3. Referenční mediánová délka hospitalizace je modifikována, pokud byla nepřirozeně nízká z důvodu perverzních motivací v rámci IR-DRG v oblasti psychiatrie, které příliš motivovalo ke snižování délky hospitalizace.

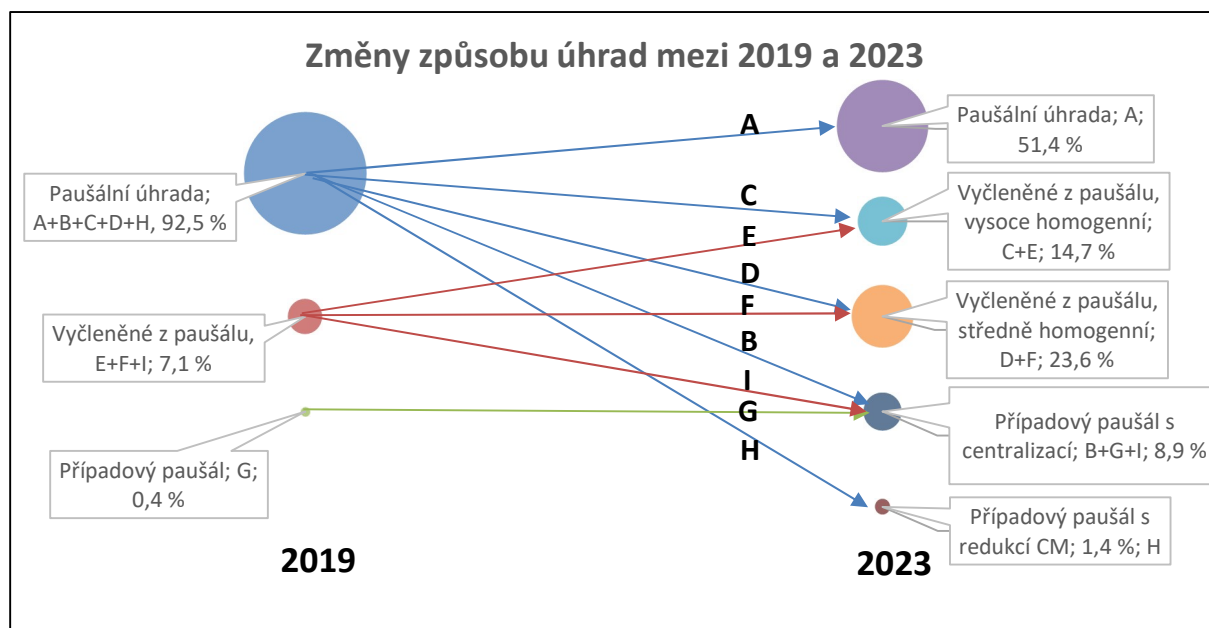
Základní sazba pro psychiatrii je dále modifikována plněním kritérií poskytování péče a transformačního plánu.

## Shrnutí změn v kategorizaci CZ-DRG

Struktura jednotlivých úhradových skupin v příloze č. 10 k vyhlášce se oproti roku 2022 významně mění a dochází k dodatečnému vyčlenění péče z paušálu a dále k přesunu péče do kategorie případového paušálu. Zároveň došlo k přidání nové kategorie péče typu I, což je péče, která byla v roce 2019 vyčleněna z paušálu a v roce 2023 je hrazena případovým paušálem. Následující tabulka znázorňuje změny mezi rokem 2019 a 2023.

2019			
Způsob úhrady	Část přílohy č. 10	CZ-DRG CM	% celku
Paušální úhrada	A+B+C+D+H	1 810 371	92,5 %
Vyčleněné z paušálu s IZS	E+F+I	138 238	7,1 %
Případový paušál	G	8 560	0,4 %

2023			
Způsob úhrady	Část přílohy č. 10	CZ-DRG CM	% celku
Paušální úhrada	A	1 006 384	51,4 %
Vyčleněné z paušálu vysoce homogenní	C+E	287 228	14,7 %
Vyčleněné z paušálu středně homogenní	D+F	462 733	23,6 %
Případový paušál s centralizací	B+G+I	173 780	8,9 %
Případový paušál s redukcí CM	H	27 044	1,4 %



### Bod 3.6 (i):

V tomto bodě je definována paušální úhrada, která zahrnuje nákladově a klinicky heterogenní služby.

Paušální úhrada je jako v minulých letech podmíněna produkcí, která je však nově už třetím rokem měřena přes CZ-DRG (referenční produkce bude přepočítána skrze pomocná pravidla pro reklasifikaci). Konkrétně pokud se produkce měřená redukováným casemixem (součtem

relativních vah jednotlivých případů zařazených do příslušné skupiny vztažené k diagnóze) v roce 2023 rovná alespoň 98 % produkce referenčního období roku 2019, obdrží poskytovatel od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady. Dosáhne-li nemocnice poměrně nižší úrovně produkce, bude její individuální paušální úhrada ve stejné proporcí snížena. Od celkové úhrady se odečítají náklady za zdravotní služby vyžádané u jiných poskytovatelů (tzv. extramurál), jelikož nemocnice dostává za hospitalizovaného pacienta prostředky na jeho vyléčení formou případového paušálu a pokud si takto zdravotní službu vyžádá, zdravotní pojišťovna ji musí uhradit u toho poskytovatele, kde byla vyžádána. Paušální úhrada je navýšena o 8 % oproti roku 2022.

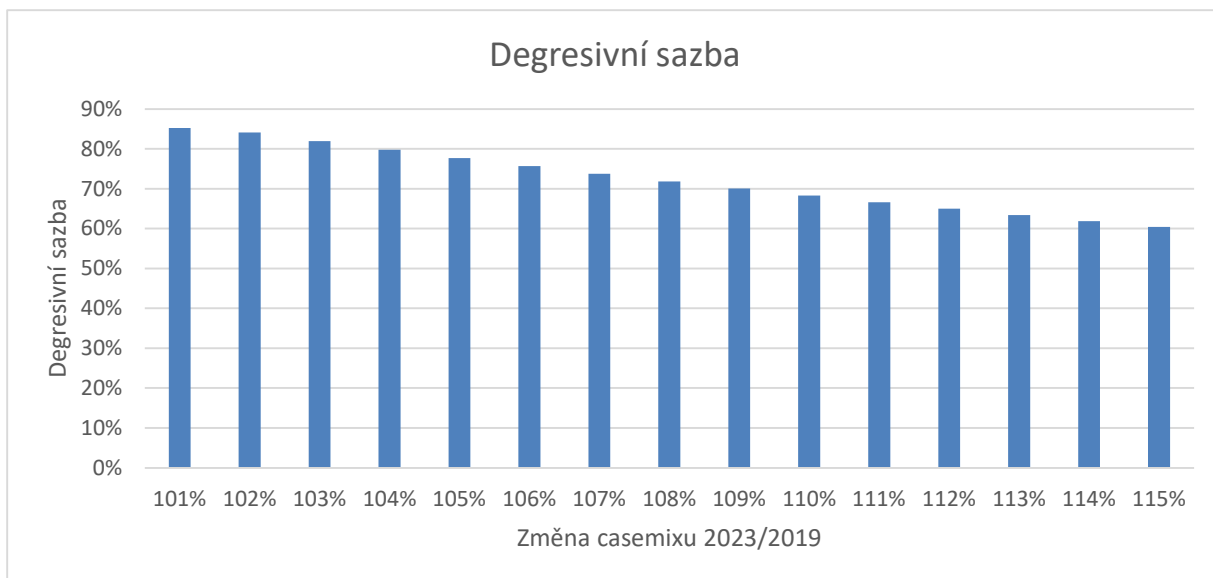
Ke sblížení sazeb dochází v omezené míře pomocí minimálních základních sazeb (viz výše) a ve větší míře v úhradě vyčleněné z paušálu. V paušální úhradě však plošné sblížení CZ-DRG sazeb není opodstatněné, dokud nebudou aplikovány faktory nákladové heterogenity.

Při výpočtu minimálních základních sazeb dochází k rozlišení poskytovatelů, kteří v hodnoceném období zajišťují péči na urgentním příjmu a těch, kteří péči nezajišťují. Nemocnice s urgentním příjmem tvoří páteří síť nemocnic ČR, u kterých je vhodné zajistit navýšené bazální financování péče. Pro poskytovatele s urgentním příjmem je tudíž stanovena vyšší základní sazba než pro nemocnice bez urgentního příjmu. Všechny již existující minimální základní sazby jsou pak navýšeny o 1 % oproti roku 2022. Zároveň tyto minimální sazby vstupují i do výpočtu vstupní individuální sazby pro péči vyčleněnou z paušálu, aby bylo zaručeno, že sazby homogenní péče jsou více sblíženy než sazby nehomogenní péče.

#### Bod 3.6 (ii):

Jak bylo výše zmíněno, v případě nedosažení požadované produkce je individuální paušální úhrada snížena. Na druhé straně, v případě nadprodukce je část produkce uhrazena. Dosáhne-li poskytovatel vyšší produkce než 100 % referenčního období roku 2019, uplatní se na něj degresivní spojitá funkce nadprodukce, která hradí nadprodukcí ve snížené sazbě (tzv. „tapered rate“) s tím, že čím vyšší nadprodukce, tím nižší sazba, kterou se produkce hradí. Důvodem degrese je, že při vyšším překročení produkčního cíle už má nemocnice fixní náklady uhrazeny a jednotková úhrada tam může být nižší, a dále pro zabránění účelovému chování poskytovatelů a umělému navyšování objemu produkce. Následující graf znázorňuje funkci degresivní sazby v závislosti na úrovni nadprodukce:





#### K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 6

V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období roku 2019 nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizace příslušné zdravotní pojišťovny nebo pro hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům, hradí se tyto hrazené služby stejnou formou jako případy hrazené případovým paušálem, tj. základní sazbou CZ-DRG. Rozdílná je pouze výše nákladových modifikátorů, která je dvojnásobná oproti péči vyjmuté z paušální úhrady a úhradě případovým paušálem, a to z důvodu, že pro tuto péči se neuplatňují risk-koridory a paušální úhrada, tudíž nákladové modifikátory musí pokrýt nákladovou heterogenitu kompletně, nikoliv pouze částečně. Opět jsou uplatňovány penalizační koeficienty centralizace pro podporu centralizace péče.

U akutní psychiatrické péče se úhrada modifikuje plněním transformačního plánu (navýšení o 10 % při plnění) a plněním kritérií (ponížení o 10 % při neplnění). Kritéria se neuplatní u zahraničních pojištěnců, a to pro jednoduchost přeúčtování péče.

#### K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 7

Úhrada ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) v roce 2023 bude uplatňovat podobné principy úhrady jako v roce 2022. Při splnění produkčních ukazatelů bude navýšení úhrady oproti roku 2022 ve výši 7 %, toto navýšení je ekvivalentní s růstem úhrady mimo-nemocničních ambulancí. Produkci jsou v ambulancích myšleny počty bodů za výkony násobené hodnotou bodu (různou podle odborností) a zvlášť účtované korunové položky. V případě plnění bonifikačních kritérií za nepřetržitý provoz ambulancí je meziroční růst úhrady dále navýšen o 1 %, což je analogie mimo-nemocničních ambulancí, kde část růstu je rovněž navázána na plnění bonifikačních kritérií. V případě plnění těchto kritérií a při splnění produkce je růst ambulancí kalkulován na 8 %, což je ekvivalentní růstu úhrad akutní lůžkové péče.

Hodnoty bodu u ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče se stanoví ve stejné výši jako u mimo-nemocničních ambulancí.

V nemocničních ambulancích nedochází k uplatnění úhradových mechanismů (maximálního stropu podle průměrné úhrady na unikátního pojištěnce příp. snížené výsledné hodnoty bodu)

z jednotlivých příloh. V případě dialýzy dochází na rozdíl od jiných odborností zahrnutých do ambulantního paušálu i ke zohlednění bonifikačních kritérií úhrady.

I nadále budou zachovány dva základní principy ambulantní složky úhrady – úhrada formou stropu úhrad a možnost nadprodukce mimo komplement. Významnou změnou je úprava mechanismu pro úhradu ambulantní nadprodukce, který v minulosti nepřiměřeně a neintuitivně penalizoval nemocnice za nedosažení dostatečného počtu globálních unikátních pojištěnců. Nová úprava stanovuje, že pro dosažení plné nadprodukce (na kterou se aplikuje degresivní sazba) je potřeba dosáhnout alespoň polovičního růstu globálních unikátních pojištěnců. Pokud tento růst počtu unikátních pojištěnců dosažen není, je úhrada nadprodukce proporcčně krácena (ale nedochází ke 100% krácení jako v minulých letech v některých případech).

Úhrada urgentních příjmů je řešena analogicky jako v roce 2022, přičemž horní strop pro výkonovou úhradu byl navýšen na 1,5násobku úhrady roku 2021, což reflektuje jednak obecný růst úhrady nemocnic a dále vyšší objem výkaznictví nových výkonů, než bylo původně plánováno, což značí vyšší nákladovost provozu urgentních příjmů, kterou je třeba úhradově pokrýt. V této souvislosti je dále nově stanovena minimální hodnota bodu ve výši 50 % plné hodnoty bodu, což garantuje alespoň částečné pokrytí nákladů pro poskytovatele, jejich počáteční úhrada za urgentní příjem neodpovídá současnému rozsahu poskytovaných služeb. Dále bylo ponecháno paušální navýšení úhrady za poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé při urgentních příjmech, což zajišťuje urgentní krizovou pomoc psychiatrickým pacientům. Bonifikace je nastavena na 1 milion Kč, resp. 2,5 milionu Kč podle typu poskytované péče. Součástí ustanovení jsou i podmínky přiznání této bonifikace.

V souladu s Usnesením vlády ČR č. 466/2010 a č. 76/2015, aby laboratorní screeningová vyšetření novorozenců byla prováděna u všech novorozenců narozených na území ČR (Věstník MZ ČR č. 6/2016) a podpory novorozeneckých laboratorních screeningů jako rychlé diagnostiky vzácných onemocnění, která umožňuje včasnou léčbu novorozenců, se i nadále nezahrnuje novorozenecký laboratorní screening do regulace na vyžádanou péči ani maximální úhrady a tyto výkony budou hrazeny podle seznamu výkonů bez limitu. Stejně tak je bez limitace hrazeno testování na COVID-19.

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

V bodu 8 jsou explicitně vyjmenovány residuální složky úhrady, které nelze zahrnout do ostatních částí úhrady nemocnic. Jedná se o fixní a bonifikační složky úhrad bez přímé vazby na akutní nebo ambulantní péči.

Do této složky úhrad patří bonifikace za indikaci odběru orgánu od zemřelého dárce pro transplantaci, za péči spojenou s převzetím pacienta od zdravotnické záchranné služby a za výkony nemocničních lékáren, zajištění současně urgentního příjmu a lékařské pohotovostní služby, úhrada konziliárních týmů paliativní péče a navýšení úhrady pro poskytovatele referenční sítě DRG.

Úhrada konziliárních týmů paliativní péče navazuje na tento typ úhrady v roce 2022 s tím, že došlo k přejmenování těchto týmů, dále došlo k navázání existence více týmů v rámci jednoho poskytovatele na statut centra vysoce specializované onkologické péče. Úhrada se poskytuje

pro týmy, které u poskytovatele působí celé hodnocené období, u týmů, které vzniknou v průběhu hodnoceného období, je třeba sjednat výši úhrady individuálně se zdravotní pojišťovnou.

Nově je v tomto bodu zahrnuta úhrada pro poskytovatele, kteří jsou součástí referenční sítě CZ-DRG a reportují nákladová data o hospitalizačních případech na ÚZIS, ze kterých jsou následně kalkulovány relativní váhy CZ-DRG. Reportování nákladových dat je spojeno se zvýšenou nákladovostí poskytování hrazených služeb a úhrada za toto reportování je tak součástí úhrady za poskytované zdravotní služby. Úhrada má dvě složky – fixní složku pro každého poskytovatele bez ohledu na velikost, a dále variabilní složku za každý validně sestavený a reportovaný případ hospitalizace. Informaci o počtech validně sestavených případů hospitalizace za jednotlivé poskytovatele předá ÚZIS zdravotním pojišťovnám do konce roku 2022.

#### K § 5 a příloze č. 1, části B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka, hospice) bude v roce 2023 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Výše paušální sazby se odvíjí od výše v roce 2022 (bez kompenzací) a od bonifikačních koeficientů. Základní růst úhrady je stanoven na 10 %, což jednak reflektuje nákladovou strukturu těchto poskytovatelů a zároveň zahrnuje obecný pokles objemu péče v tomto segmentu. Růst objemu úhrad by tak neměl být příliš rozdílný od plošných 8 % v ostatních segmentech.

Zmíněný růst bude navýšen o další 0,003, za každé poskytovatelem splněné kvalitativní kritérium uvedené v písmenu d) v bodech i) a ii). Jedná se o zvyšování kvality nad rámec základních povinných požadavků na personální zabezpečení a technické vybavení konkrétních typů ošetrovacích dní, vyplývajících z vyhlášek č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Ministerstvo i nadále chce podporovat rozvoj a transformaci psychiatrické péče, a proto byl růst úhrady pro OD 00021 a OD 00026 podle seznamu výkonů odlišen od ostatních OD. Procentuální růst zde bude navýšen o dodatečná 3 % oproti standardnímu navýšení. Tento růst je podmíněn plněním transformačního plánu poskytovatele v rámci reformy psychiatrické péče.

U výkonů následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a následné ventilační péče a OD 00033 a 00035 dochází k navýšení jednotkové úhrady o cca 8-9 %. Pro rok 2023 výkony ošetrovacích dnů v seznamu výkonů navyšované nejsou (ani o navýšení režijních nákladů) a veškerý růst úhrady tudíž jde přes hodnotu bodu. Zároveň je nově jasně specifikována hodnota bodu pro přijímací a propouštěcí vyšetření,

Stanovení maximálního počtu hrazených výkonů NIP (90 výkonů NIP u dospělých, 365 výkonů NIP u dětí), DIOP (190 výkonů DIOP), s možností zvýšení tohoto počtu se souhlasem zdravotní pojišťovny i nadále zůstává.

U poskytovatelů zvláštní ambulantní péče stanovena regulace skrze průměrnou úhradu za pacienta na měsíc, která je robustnější než klasická regulace skrze průměrnou úhradu na pacienta na rok. Hodnota bodu byla stanovena na 1,28 Kč, což reflektuje růst počtu bodů v seznamu výkonů a růst obecných úhrad o 8 %.

Index navýšení je pro rok 2023 nastaven na hodnotu 1,20 oproti roku 2021, což zaručuje poskytovatelům růst úhrad alespoň o 8 % a zaručuje v průměru plnou úhradu při nezměněné produkci. Minimální hodnota bodu byla navýšena na 80 % (ze 75 %) plné hodnoty bodu, což garantuje maximálně 20 % regulaci úhrady. Další změna je u poskytovatelů, kteří poskytovali péči jen část roku 2021, kde nově se úhrada bude počítat z té části roku, kdy byly péče poskytována, na místo použití hodnot srovnatelných poskytovatelů.

#### K § 6 a příloze č. 2

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Proti dohodě z dohodovacího řízení došlo k dodatečnému navýšení základních kapitačních plateb a hodnot bodu v souladu s plošným navýšením úhrad všech segmentů o 8 %.

Segment všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost došel v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. V segmentu bylo dohodnuto pokračovat v úhradě prostřednictvím kombinované kapitačně výkonové platby. Pro praktické lékaře je pro rok 2023 ponecháno rozdělení kapitačních plateb do čtyř základních druhů ve výši 65 Kč, 59 Kč, 53 Kč a 58 Kč navázané na ordinační dobu.

Kapitační platba bude navýšena o 1 Kč u poskytovatele, který předloží Rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost.

Pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání, bude základní kapitační platba navýšena rovněž o 1,00 Kč. Za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2022. Nově je uznáván i ten doklad, který byl nově vydán, přičemž nabytí platnosti dne ne delším než 30 kalendářních dnů od původního dokladu, jehož platnost byla ukončena.

Další navýšení kapitační platby o 2,00 Kč je navrženo u poskytovatelů, kteří v oboru všeobecné praktické lékařství provedou preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let a nově pak i u poskytovatelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří provedou preventivní prohlídku vykázanou č. 02301 nebo 02302 v seznamu výkonů alespoň u 40 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let.

Hodnota bodu za výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě, se zvyšuje u preventivních prohlídek celkem o 0,19 Kč (0,15 z dohody a 0,04 z plošného navýšení), u výkonů dispenzarizace diabetiků, výkonů preventivních screeningů a výkonů očkování o 0,09 Kč

(0,05 z dohody a 0,04 z plošného navýšení) a u ostatních výkonů o 0,06 Kč (0,02 z dohody a 0,04 z plošného navýšení). Hodnota bodu se dále může navýšit o 0,04 Kč, pokud alespoň 50 % lékařů, kteří u poskytovatele poskytují hrazené služby, tj. působí u poskytovatele jako nositele výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů a o další 0,06 Kč (navýšeno o 0,01 oproti dohodě pro zachování poměru bonifikací a základní hodnoty bodu), pokud se jedná o nejdostupnější poskytovatele s prodlouženou ordinační dobou a zároveň pokud poskytovatel vede funkční objednávkový systém.

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,50 Kč (maximum hodnoty bodu pro české pojištěnce) a hodnota bodu pro bod C (hrazené služby podle seznamu výkonů) je stanovena po dodatečném navýšení na 1,09 Kč nebo 1,11 Kč v případě přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě.

Úhrada za každou epizodu péče nebo kontaktu u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře je z důvodu růstu platů navýšena na celkových 76 Kč. Stejně tak zůstávají beze změny nákladové indexy a regulační omezení, kde pouze v rámci zásahu do dohody z veřejného zájmu bylo testování na COVID-19 vyjmuta z regulací na vyžádanou péči. Úprava mechanismu dorovnání kapacity byla zachována ve stávající podobě.

#### K § 7 a příloze č. 3

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče a poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů.

Segment poskytovatelů ambulantních specializovaných služeb nedošel v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. V úhradových mechanismech pro rok 2023 dochází v tomto segmentu ke změně výpočtu PURO. Z mechanismu stanovení PURO se vyjímá ta část, ve které docházelo k přepočtu počtu bodů referenčního období podle znění seznamu výkonů v hodnoceném období – je ponechán pouze přepočet PURO reflektující minimální hodnotu bodu. Důvodem této změny je vysoká míra inflace a výrazně vyšší růst materiálových nákladů oproti mzdovým a režijním nákladům. Původní přepočet by v aktuální ekonomické situaci výrazně zvýhodňoval ty segmenty, které mají významnější mzdové náklady, i když tyto náklady v roce 2023 porostou oproti ostatním nákladům méně. Cílem této změny je tak zabránit nerovnosti růstu úhrad mezi jednotlivými odbornostmi poskytovatelů. Daní za tuto změnu je nereflektování individuálních změn konkrétních výkonů v seznamu výkonů, které nyní automaticky nemají přímý vliv na úhradu a je třeba je zohlednit individuálně mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

V této souvislosti dochází i ke změně výpočtu hodnoty bodu, kde je stanoveno rozdělení odborností podle kompozice jejich nákladů. První skupina jsou odbornosti provádějící invazivní výkony (operační obory), druhá skupina obsahuje odbornosti náročnější na technické vybavení ordinace a třetí skupina jsou ostatní odbornosti. Tímto rozdělením se snaží ministerstvo rozdělit podobné odbornosti do menších homogennějších skupin, aby bylo možné stanovit vyšší hodnoty bodu se zohledněním reálného růstu nákladů ve vztahu k růstu počtu bodů v seznamu výkonů. Toto rozdělení bude zároveň přínosné pro rok 2024, kdy

vysoká inflace v roce 2022 bude způsobovat zásadní a asymetrické změny počtu bodů v Seznamu výkonů.

Dále Ministerstvo zdravotnictví v úhradové vyhlášce na rok 2023 již nečiní další zásadní změny v úhradových mechanismech segmentu a navazuje na mechanismy z roku 2022 pouze s parametrickými úpravami, které odráží změny v seznamu výkonů a 8% plošný růst úhrad pro jednotlivé segmenty. Drobným rozdílem oproti některým segmentům je rozdělení růstu úhrad mezi navýšení základní hodnoty bodu a růstového koeficientu a navýšení kvalitativních kritérií, kde dochází k posílení bonifikace za prodloužený provoz ordinace.

Regulační omezení je nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a indexem 1,16, který umožní přirozený růst segmentu a zároveň zohledňuje dodatečný růst v segmentu vyvolaný dodatečným plošným navýšením úhrad segmentů o 4 %. Zachováno je i ustanovení o mimořádně nákladných pojištěncích.

Hodnota bodu a růstové koeficienty jsou opětovně navýšeny za plnění kvalitativních kritérií:

- poskytovatel je držitelem dokladu o celoživotním vzdělávání;
- poskytovatel zajišťuje v dané odbornosti péči alespoň 30 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, resp. 24 hodin týdně u operačních oborů, poskytovatel má ordinační dobu min. 2 dny v týdnu do 18. hodiny nebo 2 dny v týdnu od 7. hodiny, případně, alespoň jeden den od 7. hodiny a zároveň alespoň jeden den v týdnu do 18. hodiny;
- poskytovatel ošetří nejméně 5 % nových pacientů (u operačních oborů 10 %) a zároveň využívá objednávací systém, který umožňuje i přednostní vyšetření či ošetření těch pacientů, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav;
- vysoký podíl nákladných diagnóz v odbornosti 903;
- dětská psychiatrie (+ bonifikace za dispenzarizaci pacientů);
- nově se stanovuje i bonifikace pro dětskou psychologii analogicky k dětské psychiatrii (bez bonifikace za dispenzarizaci).

Část odborností (především odbornosti 305, 306, 308, 309, 905, 919, 927 podle seznamu výkonů) a vybraných výkonů (vybrané výkony odbornosti 403 a 705 podle seznamu výkonů, screening kolorektálního karcinomu a novorozenecký screening) bude i nadále hrazena výkonovým způsobem s definovanou hodnotou bodu.

V případě menšího počtu ošetřených pacientů (100 a méně unikátních pojištěnců), se může průměrná úhrada v referenčním období výrazně lišit od průměrné úhrady v hodnoceném období, proto se v takových případech výše zmíněný regulační mechanismus nepoužije.

Kompenzace regulačních poplatků není uvedena přímo v příloze č. 3, ale je ponechána v obecné části v § 18, který je aplikován napříč celou úhradovou vyhláškou. U ambulantní specializované péče zůstává zachována platba v případě vykazání výkonu klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let věku, které navýší základní úhradu výkonu o 49 Kč.

#### K § 8 a příloze č. 4

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů.

Segment poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb došel v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven, nicméně ve schvalovací fázi dohodovacího řízení byl uplatněn protest proti této dohodě, který byl vznesen zástupci segmentu ambulantních specialistů. MZ ČR tak pohlíží na tuto dohodu jako zneplatněnou a pro stanovení hodnot přihlíží k argumentacím uplatněného protestu. Stěžejními kritérii pro stanovení hodnot bylo přibližně stejné navýšení růstu jako v ostatních segmentech a zachování dostupnosti péče.

Hodnota bodu je stanovena na 1,16 Kč, což reflektuje změny v seznamu výkonů a plošný růst úhrad o 8 %. Maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce je omezena průměrnou úhradou v referenčním období a zároveň je poskytovateli umožněn růst úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 18 % průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v referenčním období. Zároveň dochází k navýšení hodnoty bodu a navýšení úhrady pro poskytovatele, jejichž lékaři jsou držiteli dokladu celoživotního vzdělávání a za rozšířenou dostupnost v ordinačních hodinách. Další bonifikace hodnoty bodu je možná v případě, že poskytovateli je udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie. Posledním možným navýšením hodnoty bodu je doložením certifikátu ISO 9001 (platného pro celé hodnocené období), který dokládá, že dané zařízení splňuje stanovená kritéria kvality.

Další změna se týká bonifikací za preventivní prohlídky, a sice pro výkony č. 63021 je navýšena úhrada o 50 % a pro výkony č. 63050 o 25 %, přičemž se tyto hodnoty uplatní u poskytovatelů, kteří preventivní prohlídku vykonali u alespoň 50 % svých registrovaných pojištěnců. Toto ustanovení si klade za cíl zvyšování počtu pacientek, které absolvují preventivní prohlídky, a zvyšuje pravděpodobnost včasného zachytu závažných onemocnění.

Pro rok 2023 dochází k valorizaci úhrad za úhradové balíčky za péči o registrované těhotné pojištěnky z důvodu růstu osobních a režijních nákladů. Úhrady jsou stále stanoveny dle tří variant podle fází probíhajícího těhotenství (trimestrů). Pro úhradu musí zároveň poskytovatel splnit předem dohodnutá kritéria. Oproti zneplatněné dohodě byla upravena textace jednotlivých dohodnutých balíčkových úhrad – význam však zůstává stejný, jak je vyjádřen v dohodě. Úhradová vyhláška totiž nemůže odkazovat na výkony, které nejsou zařazeny do seznamu výkonů, proto je pouze stanovena hodnota těchto balíčků v korunách a dohodnuté podmínky (například nutnost vykazání signálního kódu) budou muset být stanoveny v úhradových dodatcích mezi zdravotní pojišťovnou a daným poskytovatelem. Systémově by bylo vhodné, aby poskytovatelé v oboru gynekologie ve spolupráci s odbornou společností usilovali o zařazení nových výkonů gynekologie do seznamu výkonů, jako činí všechny normální skupiny poskytovatelů.

Celkovou výši maximální úhrady dále ovlivňuje několik proměnných. První z nich je index genetických vyšetření, který zohledňuje poměr těhotných pojištěnek, na které byla vykazána

genetická vyšetření v odbornostech 208 nebo 816 podle seznamu výkonů. Druhý z nich je pak index ultrazvukových vyšetření, kde oproti vetované dohodě dochází k navýšení prvního pásma ze 20 % na 30 %, což plyne z částečného konsenzu mezi jednotlivými odbornými společnostmi.

Úhrada služeb asistované reprodukce je hrazena přes domluvené balíčky – IVF, které byly valorizovány a také doplněny o nové služby. Do textu návrhu vyhlášky byla adaptována podoba zneplatněné dohody stanovením balíčkové úhrady vybraných hrazených služeb.

Dále byla zvýšena úhrada epizody péče – podobně jako u segmentu praktických lékařů je hrazena ve výši 76 Kč a nově se aplikuje i na dětské pacienty.

#### K § 9 a příloze č. 11

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství. V příloze č. 11 je seznam výkonů poskytovatelů v oboru zubního lékařství s cenami těchto výkonů a stanovení agregované úhrady za registrovaného pojištěnce.

Znění vyhlášky vychází z dohody uzavřené v tomto segmentu v rámci dohodovacího řízení s upravením ohodnocení jednotlivých výkonů v relaci na celkový plošný růst úhrad o 8 %. V dohodě byl zachován způsob kombinující agregované úhrady a úhrady za jednotlivé výkony za služby. Výše agregované úhrady byla zvýšena na 20 Kč, respektive 22 Kč pro poskytovatele s dokladem o celoživotním vzdělávání.

Agregovaná platba zahrnuje především drobné zdravotní úkony, které dosud byly součástí výkonů preventivních prohlídek. Deklarovaným cílem zavedení agregované platby je zvýšit počet pojištěnců registrovaných u poskytovatelů stomatologické péče.

Kromě agregované platby bylo v rámci dohodovacího řízení dohodnuto navýšení úhrady všech taxativně vymezených výkonů. Zároveň byly doplněny nové výkony zahrnující ošetření pacientů s vysoce rizikovou infekcí nebo morbidní obezitou nad 180 kg a dále byly nově uspořádány výkony pro ošetření ortodontických anomálií. Oproti tomu byly vyjmuty výkony periapikální chirurgie (č. 00954), kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje (č. 00998) a navázání parciálního oblouku (č. 00999). V některých případech rovněž dochází k technickým změnám v textu regulačních omezení. Vyhláška dále obsahuje i výkony vycházející z novely přílohy č. 1 a přílohy č. 4 zákona a z doprovodných přechodných ustanovení, které se týkají oblasti ortodontie.

Do dohody bylo jako u ostatních segmentů zasaženo z důvodu plošného navýšení úhrad na 8 %. V rámci navýšení se ministerstvo rozhodlo nenavyšovat všechny typy úhrad (agregovanou úhradu a výkony) o 4 %, ale navýšit pouze výkony o 5 % a agregovanou úhradu nechat na hodnotě reflektující znění dohody. Dále bylo do dohody zasaženo z důvodu podpory výkonu druhé indikované kontrolní prohlídky, která díky svému nízkému ohodnocení a překryvu s agregovanou úhradou v roce 2022 byla podužívána a docházelo k navyšování spoluúčasti za tuto plně hrazenou zdravotní službu. Nově bude tato služba u indikovaných pacientů adekvátně hrazena (navíc k agregované platbě) a zlepší se tak dostupnost primární stomatologické péče.



## K § 10 a příloze č. 5

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech (tj. v odbornostech 222, 801, 802, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 823 podle seznamu výkonů).

Znění vyhlášky pro poskytovatele ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech vychází z mechanismů z roku 2022. Všechny hodnoty bodu již reflektují změny v seznamu výkonů v roce 2023 a celkový růst úhrad o 8 %.

V subsegmentu radiodiagnostických služeb vyhláška navazuje na úhradový mechanismus, který byl uplatňován i v minulých letech, kdy výsledná úhrada je stanovena úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu, která je součtem variabilní a fixní složky úhrady, přičemž variabilní složka úhrady je závislá na poměru průměrného počtu bodů na unikátního ošetřeného pojištěnce v referenčním a hodnoceném období. Výkony mamografického screeningu a výkony klasické skiografie zůstanou zachovány výkonově s valorizovanou hodnotou bodu.

Základní hodnota bodu v subsegmentu radiodiagnostických služeb může být zvýšena o 0,02 Kč, pokud poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně (resp. 70 hodin v případě CT a MR).

V subsegmentu laboratorních služeb vyhláška navazuje na úhradový mechanismus z minulých let, tj. výkonový způsob úhrad se stanovením maximální úhrady. Výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů jsou hrazeny nově výkonově bez limitu a dochází k navýšení hodnoty body těchto výkonů z 1,17 Kč na 1,26 Kč. Hodnota bodu je odlišně stanovena pro odbornosti 802 a 818 podle seznamu výkonů (0,97 Kč pro držitele osvědčení o akreditaci či o auditu, jinak 0,43 Kč) a pro ostatní odbornosti podle seznamu výkonů (0,84 Kč pro držitele osvědčení o akreditaci či o auditu, jinak 0,43 Kč). Pro hrazené služby v odbornosti 816 podle seznamu výkonů je pak stanovena hodnota bodu 0,90 Kč. Pro výkon č. 81733 podle seznamu výkonů – kvantitativní stanovení krve ve stolici na analyzátoru je stanovena vyšší hodnota bodu – 1,24 Kč, a tento výkon je hrazen výkonově bez regulace, stejně jako výkony screeningu děložního hrdla, pro které je stanovena hodnota bodu rovněž 1,24 Kč. Zachován je i úhradový vzorec pro poskytovatele, u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu pod hodnotu minimální hodnoty bodu, tak aby bylo zajištěno, že poskytnutá péče bude uhrazena alespoň tak, aby byly pokryty náklady na ni vynaložené a zároveň přiměřený zisk.

Další změnou je stanovení nových výkonů v seznamu výkonů pro rok 2023 na 1 Kč. Nové výkony do seznamu výkonů jsou kalkulovány na hodnotu bodu ve výši 1 Kč, přičemž hodnota bodu v subsegmentu laboratoří je stanovena na 0,84 Kč a docházelo by tak k finančnímu podhodnocení těchto nových výkonů.

V případě ošetření zahraničních pojištěnců laboratorními odbornostmi se hodnota bodu stanoví identicky jako u českých pojištěnců.

Veškeré testování na COVID-19 je hrazeno výkonově a je vyjmuta ze všech proměnných v segmentu laboratoří.

#### K § 11 a příloze č. 6

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 914, 916, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů. V tomto segmentu bylo dosaženo dohody. Proti dohodě z dohodovacího řízení došlo k dodatečnému navýšení hodnot bodu a výše úhrad analogicky s navýšením úhrad všech segmentů. Celkový růst úhrad činí 8 %.

V části A je pro výkony přepravy hodnota bodu navýšena na 1,12 Kč. Pro poskytovatele ambulantní péče je hodnota bodu stanovena pro odbornost 914 na 1,15 Kč, pro odbornost 925 na 1,15 Kč a pro odbornosti 916 a 921 zůstává na 1,05 Kč. Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a dále násobeno indexem navýšení 1,19. Výpočet celkové výše úhrady bude i nadále zahrnovat zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců. Pokud úhrada za mimořádně nákladné pojištěnce (pětinásobek průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období) v hodnoceném období převyšuje úhradu za mimořádně nákladné pojištěnce v referenčním období, bude poskytovateli tato úhrada zaplacená. Výpočet celkové výše úhrady se nově nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců.

Stále je ponecháno zohlednění úhrady za péči o pacienty v terminálním stavu u odbornosti 925 podle seznamu výkonů nad rámec maximální úhrady, tak aby byla podpořena možnost péče o pacienty v terminálním stavu v domácí péči.

Celková výše úhrady bude navýšena, stejně jako v ostatních segmentech, částečně plošně a částečně ve vazbě na splnění kvalitativních kritérií (pokud podíl unikátních ošetřených pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z vyjmenovaných diagnóz podle mezinárodní klasifikace nemocí překročí 35 %, navýší se hodnota bodu odbornosti 925 podle seznamu výkonů o 0,07 Kč. Při plnění kvalitativních kritérií nedochází pouze ke zvýšení hodnoty bodu, ale i celkové výše úhrady v případě, že podíl pojištěnců s vykázanými výkony v době mezi 22 a 6 hodinou a v den pracovního klidu nebo pracovního volna je alespoň 25 %, dále v případě, že podíl vybraných materiálových výkonů je alespoň 35 % a dále v případě, že podíl počtu ošetřených s vybranými diagnózami překročí 25 %. Při splnění všech kvalitativních kritérií může být celková výše úhrady navýšena až o 21 %. V rámci úhrad zdravotních služeb v odbornosti 926 podle seznamu výkonů budou výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu 1,18 Kč. Maximální celková výše úhrady i nadále vychází z toho, že průměrně by měla být tato péče poskytována 30 dnů u dospělých a 180 dnů u dětských pacientů.

#### K § 12 a příloze č. 7

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů. Dohoda počítá s růstem mzdových a režijních indexů v seznamu výkonů

v roce 2023. Nad rámec dohody z dohodovacího řízení však došlo k dodatečnému navýšení hodnot bodu a výše úhrad analogicky s navýšením úhrad ve všech segmentech Celkový růst úhrad je tak 8 %.

Znění vyhlášky vychází ze znění dohody uzavřené v dohodovacím řízení. V odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů bude pokračováno v užívání úhradového mechanismu používaného i v minulých letech. Dohoda a následný plošný růst zvýšily hodnotu bodu pro poskytovatele pro výkony přepravy v návštěvní službě na 1,11 Kč, u ostatních výkonů dochází ke zvýšení hodnoty bodu na 0,88 Kč. Index navýšení byl navýšen na 1,18. V roce 2023 budou opět zohledněny mimořádně nákladní pacienti. Jedná se o snahu podpořit péči o komplikované pacienty, kteří vyžadují opakované a finančně náročné ošetření, které významně překračuje průměrnou finanční náročnost péče o pacienty.

Celková výše úhrady bude navýšena částečně plošně a částečně koeficientem navýšení, který zohledňuje dohodnutá kvalitativní kritéria: 1) podíl počtu výkonů fyzikální terapie bez nutnosti aktivní přítomnosti fyzioterapeuta po celou dobu trvání výkonu bude menší než 50 %; 2) počet vykázaných výkonů č. 21221 nebo 21415 podle seznamu výkonů na celkovém počtu výkonů bude nejméně 14 %; 3) podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vybranými diagnózami na celkovém počtu ošetřených pacientů překročí 5 % a nově 4) pokud alespoň 50 % pracovníků poskytovatele je držiteli dokladu o celoživotním vzdělávání. Celkové navýšení za bonifikační kritéria může dosáhnout až 16 %.

Pro rok 2023 je zachován seznam hlavních diagnóz, které jsou hrazeny výkonově bez regulace. Cílem je pokračovat v motivaci poskytovatele k poskytování komplikovanějších služeb bez hrozby finančních regulací a současně zlepšit dostupnost těchto služeb. Dále zůstává z limitace úhrady vyčleněna přeprava v rámci návštěvní služby.

#### K § 13 a příloze č. 8

U poskytovatelů dialyzační péče bylo dosaženo dohody v dohodovacím řízení. Proti dohodě z dohodovacího řízení došlo k dodatečnému navýšení hodnot bodu a výše úhrad analogicky k plošnému navýšení všech segmentů o celkových 8 %. V segmentu dialyzační péče bude pokračováno v zavedeném hodnocení kvality, které je založeno na reportování a vyhodnocení dat dialyzovaných pacientů. Zde bylo nutno zasáhnout do dohody, neboť nelze výši úhrady podmiňovat aktivitou či neaktivitou soukromé společnosti (Česká nefrologická společnost). Data o kvalitě budou reportována podle individuální dohody zdravotní pojišťovny a poskytovatele v rámci úhradových dodatků. Zároveň je ze strany zdravotní pojišťovny vyhodnocováno, zda daný poskytovatel plní stanovená kvalitativní kritéria.

Neboť není přípustné, aby úhrady veřejných prostředků vyplývaly z nezávazných číselníků zdravotních pojišťoven, které se navíc mohou v čase měnit (přičemž úhrada musí být stanovena jasně a předvídatelně), musela být upravena část B bodu 1 této přílohy na předem dohodnuté balíčky pro podporu včasného zařazování pacientů na čekací listinu k transplantaci ledviny se stanovenou úhradou. Význam této části byl zachován. Tyto úpravy je Ministerstvo zdravotnictví nuceno provádět již několikátý rok v řadě. Systémově by bylo vhodné, aby poskytovatelé v oboru hemodialýzy ve spolupráci s odbornou společností usilovali o zařazení nových výkonů hemodialýzy, včetně signálních výkonů, do seznamu výkonů.

#### K § 14

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče.

U segmentu zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče bylo dosaženo parciální dohody. Dohoda byla dosažena v homogenní části poskytovatelů odbornosti 799, ve které dochází po započítání dodatečného 4 % plošného navýšení ke zvýšení hodnoty bodů poskytovatelům přepravy pacientů neodkladné péče na 1,38 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,33 Kč, a rovněž s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč.

V části poskytovatelů odbornosti 709 byla navýšena hodnota bodu o plošný růst 8 % na 1,39 Kč (s přihlédnutím na změnu bodových hodnot v seznamu výkonů). Výkony přepravy a výkon č. 06714 podle seznamu výkonů, byly totožně navýšeny jako u poskytovatelů odbornosti 799.

Dále v rámci narovnání vzniklého nepoměru financování zdravotnické záchranné služby z prostředků krajských rozpočtů a systému veřejného zdravotního pojištění, kdy postupně během let narůstal podíl krajských rozpočtů, dochází pro rok 2023 k zásadnímu refinancování zdravotnické záchranné služby. Úhrady tohoto segmentu budou navýšeny o dodatečných 1,5 mld. Kč, a to formou úhrady epizody péče, která zahrnuje příjem tísňového volání operátorem a výjezd zdravotnické záchranné služby k pacientovi (rodnému číslu). Výše úhrady této péče nastavena na 1500 Kč.

V rámci refinancování byla zvažována ještě varianta stanovení fixní paušální úhrady za každé pracoviště záchranné služby. Tento model však hůře koreluje s náklady jednotlivých poskytovatelů ZZS a významně znevýhodňuje početné regiony a Prahu. Ideálně by byl kombinovaný model spojující paušální a výkonovou úhradu, ale shodu na takovém modelu je třeba najít v rámci dohodovacího řízení k úhradám.

Rizikem stanovení úhrady za epizodu péče je potenciální motivace k navyšování počtu výjezdů zdravotnické záchranné služby. Tato motivace je však v systému přítomna již nyní a zároveň je tato motivace snižována formou krajského dofinancování záchranné služby, kdy úhrada poskytovatelů pouze snižuje provozní dotaci kraje. Ministerstvo zdravotnictví nicméně bude vývoj počtu výjezdů zdravotnické záchranné služby v roce 2023 sledovat (obzvláště v poměru k počtu hovorů linky 155) a v případě, že dojde k zásadnímu navýšení výjezdů, bude tento model pro následující období upraven (v závislosti na výsledku dohodovacího řízení).

Pro rok 2023 byla nově zrušena omezující podmínka pro výkon aplikace medicínálního kyslíků (č. 06714 podle seznamu výkonů), jehož úhrada v hodnoceném období byla stanovena na maximálním 1,05násobku počtu výkonů poskytnutých a vykázaných v referenčním období.

#### K § 15

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby.

V segmentu zdravotnické dopravní služby vychází znění vyhlášky z dohody z dohodovacího řízení a následného plošného dodatečného 4% navýšení úhrad. Nadále bude používán výkonový způsob úhrady bez limitů. Výkon přepravy č 69 podle seznamu výkonů, bude v roce 2023 hrazen s hodnotou bodu 1,20 Kč.

#### K § 16

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby ve výši 1,12 Kč. Pro stanovení výše úhrady hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se použije § 9.

#### K § 17

Stanoví se výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče a péče v ozdravovnách.

Výše úhrady vychází z dohody uzavřené v dohodovacím řízení s úpravou vyplývající z dodatečného plošného navýšení úhrady. Podobně jako u následné péče je u lázní vysoký podíl nákladů na energie, a z tohoto důvodu je dodatečné navýšení úhrady vyšší. Úhrada za jeden den pobytu jak pro komplexní, tak pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé i pro děti bude stanovena ve výši úhrady za jeden den pobytu v roce 2022 navýšené o 10 %.

V případě ozdravoven je výše úhrady za jeden den pobytu navýšena také o 10 %.

#### K § 18

Stanoví se úhrada ve výši 49 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon klinického vyšetření. Tato úhrada se nezapočítává do žádného omezení, jako je maximální výše úhrad nebo omezení úhrady nemocničních ambulancí.

Zároveň je ponechána bonifikace za COVIDové odběry.

#### K § 19

V segmentu lékárenské péče byla uzavřena dohoda na výši signálního výkonu o hodnotě 19 Kč. Dále po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli lékárenské péče 14 Kč za každé převedení listinného receptu (včetně receptu s modrým pruhem) do elektronické podoby, stejně jako tomu bylo v roce 2022.

V segmentu lékáren je navýšení úhrad o dodatečná 4 % oproti dohodě komplikované vzhledem k vícezdrojovému financování těchto poskytovatelů. Úhrada za signální výkon tvoří pouze menší část příjmů lékáren, kde větší část plyne z marží na lécích na předpis. Původní dohoda navyšuje signální výkon o 1 Kč, což představuje navýšení celkových příjmů lékáren o méně než 1 % - zbývající 2 až 3 % pak plynou z očekávaného navýšení objemu léků na předpis. Pro navýšení příjmů o dodatečná 4 % je proto nutné navýšit úhradu za signální výkon o dalších 4 až 5 Kč. Dále je třeba přihlídnout ke skutečnosti, že vzhledem k rostoucím

nákladům na distribuci léků si distributoři v roce 2023 budou nárokovat vyšší podíl ze společné obchodní přírážky, což dále snižuje příjmy lékáren. Ministerstvo zdravotnictví tudíž ve veřejném zájmu zajištění dostupnosti lékárenské péče navyšuje úhradu za signální výkon oproti dohodě o dodatečných 5 Kč na celkových 24 Kč.

#### K § 20 a příloze č. 13

Stanoví se úhrada za zdravotní služby jednodenní péče v oboru chirurgie, která je poprvé definována na úrovni úhradové vyhlášky. Ministerstvo zdravotnictví v rámci podpory zavádění jednodenní péče v ČR zavádí pilotní nastavení úhrad pro vybranou skupinu chirurgických výkonů. Cílem Ministerstva zdravotnictví je rozšířit podíl péče prováděné jednodenním způsobem, což přinese následující výhody:

1. Zvýšení efektivity poskytování zdravotních služeb – jednodenní provedení výkonu je méně časově, personálně i nákladově náročné než hospitalizace pacienta.
2. Vyšší komfort a kvalita péče – jednodenní péče je spojena s vyšším komfortem pro pacienta a se snížením rizikem nozokomiálních infekcí.
3. Úspory pro zdravotní pojišťovny – úhrada jednodenní péče je nižší než úhrada akutní lůžkové péče a pro zdravotní pojišťovny generuje úspory.
4. Snížení čekacích dob – díky vyšší efektivitě jednodenní péče je možné navýšit počty prováděných výkonů a snížit dlouhé čekací doby.

Pro pilotní nastavení úhrad jednodenní péče byla vybrána oblast chirurgických výkonů, a to z následujících důvodů:

1. Zdravotní péče v oboru chirurgie má v mezinárodním srovnání jeden z nejnižších podílů jednodenní péče.
2. U jednodenní péče v oboru chirurgie dosud byl nejvyšší rozdíl mezi cenami pojišťoven a úhradou akutní lůžkové péče.
3. Pro jednodenní péči v oboru chirurgie existuje vypracovaný standard a doporučené typy výkonů vhodné k jednodennímu provedení od odborné společnosti.
4. V rámci akutní lůžkové péče jsou analogické DRG skupiny vyjmuty z paušálu a nehrozí tak duplicita úhrad (vyjmutí péče do jednodenní péče a doplnění produkce paušálu jinou péčí).

O zařazení ostatních typů jednodenní péče do úhradové vyhlášky bude uvažováno na základě výsledků pilotu chirurgických výkonů a způsob úhrady jednodenních chirurgických výkonů nemusí být vhodný pro ostatní typy jednodenní péče.

Úhrada vybraných výkonů byla kalkulována na základě nákladového nacenění ekvivalentních CZ-DRG skupin – z relativní váhy případů byla vyjmuta relativní váha za všechny intenzivní ošetrovací dny a z relativní váhy za ošetrovací dny na standardních odděleních byl ponechán pouze ekvivalent 1,5 ošetrovacího dne (ošetrovací den v sobě kromě nákladů na ošetrovatelskou péči zahrnuje i ostatní typy nákladů jako např. předoperační vyšetření apod., tudíž ponechání pouze 1 dne by znamenalo podhodnocení péče). Všechny ostatní složky relativní váhy zůstaly zachovány. Pro ocenění je použita CZ-DRG základní sazba.

Pro pilotní projekt nebude aplikována penalizace za rehospitalizace, nicméně míra rehospitalizací bude u této péče sledována a pokud dojde k navýšení míry rehospitalizací, bude v budoucích úhradových mechanismem uplatňován regulační mechanismus postihující tuto problematiku.

Poskytovatelé jednodenní péče budou kromě výkonu jednodenní péče vykazovat i veškeré zdravotní výkony podle seznamu výkonů a ZUM. ZULP, které jsou poskytovány během výkonu jednodenní péče. Podle pravidel Seznamu zdravotních výkonů lze na pracovištích jednodenní péče vykazovat i výkony s omezením „H“, tudíž by mělo být možné u těchto poskytovatelů nasmlouvání plného spektra potřebných výkonů (za předpokladu úpravy informačního systému pojišťoven). Vykazování veškeré péče je klíčové pro monitoring projektu, včetně adekvátnosti nákladového ocenění, a pro vyhodnocování případných nákladových heterogenit (podobně jako při hospitalizaci se také vykazují všechny výkony).

Pro úhradu jednodenní péče je určena pouze péče pro pojištěnce s ASA 1 a 2 – pojištěnci s vyšším ASA nejsou hrazeni tímto úhradovým mechanismem a jejich úhrada je na dohodě plátce a poskytovatele. Skóre ASA je v poslední verzi MKN-10 označeno kódy U54.1 a U54.2. Cílem je postupně tyto pacienty převést z režimu akutní lůžkové péče do režimu jednodenní péče. Pro budoucí období Ministerstvo zdravotnictví bude zvažovat i úpravy úhrad akutní lůžkové péče pro vyšší motivaci k převodu péče.

#### K § 21

V souladu se zmocněním se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulačních omezení na celý kalendářní rok, a proto se nabytí účinnosti této vyhlášky stanoví k 1. lednu 2023.