

Odůvodnění

I. Obecná část

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2023 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 2024 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 2024.

1.2 Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v zákoně vydává ministerstvo vyhlášku pro rok 2024. 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 2024 probíhalo v období od 30. ledna 2023 do 20. června 2023. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče v těchto 4 segmentech:

1. skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb,
2. skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče,
3. skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby,
4. skupina poskytovatelů lékárenské a klinickofarmaceutické péče.

Dohoda nebyla uzavřena ve zbývajících segmentech poskytovatelů, nicméně ze strany VZP a zástupců poskytovatelů byl předložen společný návrh na úhradu v následujících segmentech:

1. skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče,
2. skupina poskytovatelů následné lůžkové péče,
3. skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb,
4. skupina poskytovatelů fyzioterapie a dalších nelékařských profesí,
5. skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče,
6. skupina poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách,
7. skupina poskytovatelů ambulantních laboratorních služeb.

Částečný společný návrh byl předložen i pro segment radiodiagnostiky, a to, pokud jde o počítačovou tomografii a magnetické rezonance. Přestože z pohledu zákona nelze společný návrh považovat za uzavřenou dohodu, Ministerstvo zdravotnictví při tvorbě vyhlášky ke společným návrhům významně přihlíželo a považovalo je za vyjádření společné vůle části poskytovatelů a zdravotních pojišťoven.

Dohoda nebyla uzavřena a ani nebyl předložen společný návrh s VZP v segmentech praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, poskytovatelů specializovaných ambulantních služeb, poskytovatelů domácích zdravotních služeb a v části radiodiagnostických metod.

Meziroční růst jednotkových úhrad segmentů plynoucí z uzavřených dohod je v průměru 5 %. Meziroční růst jednotkových úhrad obsažený ve společných návrzích s VZP činil 8 %. Hodnoty bodu byly v dohodách a ve společných návrzích přizpůsobeny, aby reflektovaly vyšší bodové ocenění výkonů vyplývající z valorizace osobních a nepřímých nákladů ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“) o spotřebitelskou inflaci.

V mezidobí mezi dohodovacím řízením a vydáním úhradové vyhlášky došlo k posunu podkladových makroekonomických ukazatelů. Srpnová makroekonomická predikce Ministerstva financí odhaduje příjmy zdravotních pojišťoven v roce 2024 na 499,5 mld. Kč,

což je o 5 mld. Kč více než predikce z dubna tohoto roku, o kterou se opíralo dohodovací řízení. Zvýšená predikce umožňuje stanovit jednotkový růst úhrad segmentů v průměru o 6 %, což se promítne jak do segmentů bez dohody, tak skrze dohodnutý valorizační mechanismus i do segmentů s dohodou, a zároveň umožňuje vyšší financování několika oblastí, které jsou politickou prioritou.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2023. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2023 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2023 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 seznamem výkonů, který definuje jednotlivé odbornosti, jejich výkony a bodové hodnoty těchto výkonů. Pro rok 2024 je zásadní inflační valorizace osobních a nepřímých (režijních) nákladů o 15,1 %, která v závislosti na podílu přímých nákladů, které jediné nejsou valorizovány, na bodových hodnotách výkonů navyšuje očekávanou bodovou produkci jednotlivých odborností až o 15 procent u odborností s minimálním podílem přímých nákladů.

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 2024, které respektuje dohody uzavřené v dohodovacím řízení, zákonný požadavek dostupnosti, kvality a finanční stability zdravotnictví a pro rok 2024 také zohledňuje společné návrhy zástupců segmentů a VZP. Prioritami při tvorbě úhradové vyhlášky pro rok 2024 bylo:

- Podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů zdravotní péče, zejména péči o děti a primární péči včetně péče stomatologické.
- Umožnit poskytovatelům zdravotních služeb růst zaručující kvalitu a širokou dostupnost hrazených zdravotních služeb.
- 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. Do tohoto cíle spadá i podpora jednodenní, domácí a sociálně-zdravotní péče.
- Částečné zjednodušení úhradových mechanismů v nemocniční péči.
- Lepší ocenění péče po standardní pracovní době – na pohotovostech a urgentních příjmech.

- Podpora paliativní péče.

Zdravotní pojišťovny měly k 31.12.2022 zůstatky ve výši 56,8 mld. Kč a k 31.12.2023 se očekávají zůstatky přesahující 53 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) a z dalších příjmů zdravotních pojišťoven pro rok 2024 se na základě predikce Ministerstva financí odhadují na 499,5 miliardy Kč.

Oproti roku 2023 se tak očekává zvýšení příjmů systému o cca 31,7 mld. Kč. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2024, která počítá s valorizací platby za státní pojištění z 1 900 Kč na 2 085 Kč od 1.1.2024. Predikce příjmů pro rok 2024 i 2023 je vychýlena směrem nahoru a s vysokou pravděpodobností bude výběr pojistného vyšší, než je nyní ze strany Ministerstva financí odhadováno. V minulých letech byl nadvýběr pojistného v průměru 5 mld. Kč oproti srpnové predikci Ministerstva financí.

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 stanovit výše úhrady v případech, kdy nebyl uzavřen individuální úhradový dodatek mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb.

2 Implementace opatření a vynuovení

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 2024 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. Dále z těchto jednání vzešly společné návrhy na úhradu poskytovatelů a VZP v některých segmentech, které ministerstvo využilo při tvorbě 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 2024 došlo v rámci dohodovacího řízení k dohodám ve 4 ze 14 segmentů, a tyto dohody byly stavěny na průměrném meziročním tempu růstu jednotkových úhrad o 5 %. V dalších 7 segmentech byly vytvořeny společné návrhy na úhradu mezi VZP a poskytovateli na růstu jednotkových úhrad o 8 %. Ministerstvo zdravotnictví na základě analýzy disponibilních příjmů a potřeb jednotlivých segmentů stanovilo následující růsty úhrad pro jednotlivé segmenty:

- Typický jednotkový růst úhrad pro většinu segmentů je o 6 %, čímž došlo i k valorizaci uzavřených dohod dle valorizační doložky obsažené v dohodách.
- Pro segmenty následné lůžkové péče, péče o duševní zdraví a lékárenské péče, ve kterých je potřeba systémového navýšení financování, byl růst stanoven na 8 %.
- Pro segment všeobecných praktických lékařů a kamenných hospiců, kde je potřeba finanční stabilizace, zlepšení dostupnosti a rozvoj segmentu, byl růst stanoven na 10 %.
- Pro segment stomatologie, kde jsou třeba mnohé systémové změny, podpora péče pro děti a všeobecná podpora dostupnosti, byl růst stanoven na 11,5 %.

- Pro segmenty domácí paliativní péče a ošetrovatelské péče v sociálních službách, které poskytují služby na pomezí sociální a zdravotní péče, byl z důvodu vládních priorit stanoven růst na 16 %.
- Pro segment praktických lékařů pro děti a dorost, kde je akutní krize dostupnosti péče, byl růst stanoven na 17,5 %.

V některých segmentech se významně promítne růst plynoucí ze systémových změn, např. podpory dětské péče nebo jednodenní medicíny, což dodatečně navýší růst segmentu pro některé dílčí odbornosti (u praktických lékařů pro děti a dorost již je započteno v růstu výše). 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 péči a kde pro rok 2024 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 a léčivé přípravky na lékařský předpis, změny v seznamu výkonů a další.

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

- Podpora stomatologie – opatření dle výstupů poradní skupiny Ministerstva zdravotnictví: 734 mil. Kč (nad rámec průměrného 6% růstu)
- Kompenzace pro lékárny z důvodu přiřazení části obchodní přírážky distributorům léčivých přípravků: 255 mil. Kč (celkový růst za signální výkony pak činí 853 mil. Kč)
- Podpora péče o děti: 350 mil. Kč (bez dopadu v segmentu praktických lékařů pro děti a dorost)
- Podpora sociálně-zdravotních služeb: 500 mil. Kč (nad rámec průměrného 6% růstu)
- Podpora lékařské pohotovostní služby: 180 mil. Kč
- Podpora péče v centrech pro vzácná onemocnění: 52 mil. Kč
- Dopady Seznamu zdravotních výkonů: 750 mil. Kč (v závislosti na dopadech screeningu prostaty a eliminaci šedého screeningu)

Všechny náklady na zdravotní služby jsou pro rok 2024 odhadovány na 493,3 mld. Kč.

V meziročním srovnání se jedná o růst ve výši cca 35,5 mld. Kč, tj. 7,8 %.

Tabulka: Náklady na zdravotní služby v roce 2024 (v mil. Kč)

	Celkem 2023	Celkem 2024	Rozdíl
celkem na zdravotní péči	457 846	493 331	35 485

na ambulantní péči	123 280	134 913	11 634
na lůžkovou péči	260 347	279 021	18 674
z toho náklady na centrové léky	36 218	41 289	5 071
na lékárny, léky na recept a zdravotnické prostředky na poukaz	56 004	58 836	2 833

Po přičtení ostatních nákladů (provozní fond, fond prevence, aj.) se celkové náklady systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2024 budou pohybovat ve výši kolem 508,8 mld. Kč.

Celkové saldo roku 2024 všech zdravotních pojišťoven se tak očekává záporné, a to v celkové výši -9,2 mld. Kč. Díky vychýlení predikce příjmu lze však s vysokou pravděpodobností očekávat i mírně lepší saldo, podobně jako tomu bylo u predikce salda na rok 2023. I tak se ale jedná o posílení dostupnosti péče na úkor finanční udržitelnosti a odolnosti systému, kdy v případě zhoršení ekonomického výkonu země může dojít k ohrožení finanční stability zdravotních pojišťoven. Dle názoru Ministerstva zdravotnictví jsou nicméně akutní krize dostupnosti péče v řadě oblastí zdravotnictví významnějším faktorem než finanční odolnost a udržitelnost systému, alespoň pro rok 2024.

Celkové saldo je nerovnoměrně rozděleno mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny, kdy u VZP se očekává saldo ve výši -2,2 mld. Kč a u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven se očekává saldo ve výši -7 mld. Kč. Vlivem toho dojde k dalšímu navýšení podílu zůstatků na fondech u VZP oproti ostatním pojišťovnám. U dvou zdravotních pojišťoven dojde ke konci roku 2024 ke snížení zůstatků na fondech na minimální hodnoty.

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 územních dopadů, včetně dopadů na územní samosprávné celky

Navrhovaná vyhláška nemá územní dopady ani přímé dopady na územní samosprávné celky.

K. 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.

Seznam zkratk a použitých pojmů je uveden v příloze.

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 vsřebáváním) pacientům s psychickými nemocemi. Depotní léky snižují pravděpodobnost návratu onemocnění a opakovaných hospitalizací pacienta, tedy i snižují náklady na případnou lůžkovou péči.

Limit preskripčního omezení je typicky stanoven na 115 % referenčních hodnot, s výjimkou poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb, u kterých byl stanoven v souladu s dohodou na 110 %.

Úhrada za klinické vyšetření (ambulantní péče) a bonifikace péče o děti

V ambulantní specializované péči a nemocničních ambulancích se stále uplatní navýšení úhrady za klinická vyšetření. Tento výkon byl nicméně upraven v souvislosti s novými výkony bonifikujícími péči o děti, a v souvislosti s tím se změnil jeho obsah i způsob jeho úhrad. Nově budou bonifikační výkony vykazovat i praktičtí lékaři pro děti a dorost namísto stávajících výkonů epizody péče. Bonifikace za klinické vyšetření budou nyní mít tuto podobu:

09543: Půjde o základní výkon navýšení úhrady za klinické vyšetření používaný pro péči o dospělé pojištěnce. Výkon bude nově mít stanovenou bodovou hodnotu ve výši 50 bodů a bude ohodnocen hodnotou bodu. Úhrada za tento výkon je pro rok 2024 stanovena ve výši 52 Kč (hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč), tzn. meziroční růst o 6 %.

09557: Nový výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 12 do 18 let s bodovou hodnotou 100 bodů, stanovenou hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč a úhradou pro rok 2024 ve výši 104 Kč.

09556: Nový výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 6 do 12 let s bodovou hodnotou 150 bodů, stanovenou hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč a úhradou pro rok 2024 ve výši 156 Kč.

09555: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku do 6 let s bodovou hodnotou 200 bodů, stanovenou hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč a úhradou pro rok 2024 ve výši 208 Kč. Tento výkon byl upraven oproti svému dosavadnímu obsahu za účelem systematizace bonifikací za klinická vyšetření.

Výkony bonifikující péči o děti navíc bude možné vykazovat k některým dalším vyšetřením vedle klinických vyšetření. Podrobněji viz novelizaci vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, pro rok 2024.

Registrující odbornosti nevykazují výkon č. 09543, ale výkon epizody péče o dospělého pojištěnce, který má úhradu navýšenou oproti ostatním odbornostem.

Pro stomatology byla obdobně navýšena úhrada za kód 00944 v příloze č. 11, který představuje jejich obdobu epizody péče. Stejně tak byla stomatologům navýšena úhrada za jejich stávající bonifikační kódy péče o děti 00906 (do dovršení 6 let věku) na 208 Kč a 00907 (od 6 do dovršení 15 let věku) na 156 Kč a byl doplněn nový kód 00826 (od 15 do dovršení 18 let věku) s úhradou 104 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 vznikající v souvislosti s používáním 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.

K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2022.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2024.

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 2023 s několika podstatnými změnami popsány v jednotlivých bodech níže. Celkový růst úhrad pro segment poskytovatelů akutní lůžkové péče (s výjimkou centrové léčby) je odhadován na 5,5 % (bez nových ambulantních bonifikací) a u segmentu následné péče se jedná o 8 % s výjimkou následné psychiatrické a hospicové péče, u kterých je růst vyšší. Polovina tohoto růstu je určena pro navýšení objemu mezd a platů u poskytovatelů zdravotních služeb.

K příloze č. 1, bodu 2

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady sestává z individuálně nasmlouvané úhrady péče za hospitalizace, které jsou standardně hrazeny dle bodů 3 až 6. 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 označených 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

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady v roce 2024 může zahrnovat jakákoliv smluvní ujednání dopadající na péči jinak hrazenou podle ustanovení přílohy č. 1 bodů 3 až 6, zpravidla se jedná o různé balíčkové úhrady nabízené zdravotními pojišťovnami jako dobrovolné. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou na úhradě odchýlně od vyhlášky, bude tato péče uhrazena podle přílohy č. 1 a zahrnuta v příslušném typu úhrady podle bodů 3 až 6.

K bodu 2.2 - centrové léky

Maximální úhrada centrových léků bude pro rok 2024 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. Oproti roku 2023 dochází k několika textovým úpravám a odkazům na jednotlivé body. Z maximální úhrady došlo k vyčlenění cystické fibrózy a spinální svalové atrofie - tyto léky jsou svojí povahou nepredikovatelné a jejich limitace maximální úhradou tak není opodstatněná.

Jednotlivé růstové koeficienty byly stanoveny na základě predikce ÚZIS provedené ve spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb a návrhy 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. Ke společnému návrhu VZP a poskytovatelů bylo přihlédnuto jen u vybraných skupin péče.

Co se týče centrových léků (a jiných mimořádně nákladných léků např. v oborech dětská onkologie a dětská hemat-onkologie) hrazených na základě § 16 zákona č. 48/1997 Sb. a podaných ambulantně, Ministerstvo zdravotnictví doporučuje sjednání individuálního dodatku pro pokrytí jejich úhrady, případně lze tyto léky zařadit do kategorie „ostatní“ v tabulce centrových léků.

K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 3, 4 a 5 a příloze č. 9, 10, 12 a 13

V roce 2024 pokračuje proces implementace nového úhradového a klasifikačního systému CZ-DRG do akutní lůžkové péče. Veškerá akutní péče poskytnutá v roce 2022 bude pomocí retrospektivních algoritmů a pomocných pravidel překlasifikována do CZ-DRG verze 6.0.

Z hlediska úhrad je veškerá akutní lůžková péče členěna do 4 základních skupin:

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

Oproti předchozímu období dochází ke sloučení dvou skupin vyčleněných z paušální úhrady a tím zjednodušení úhradového mechanismu.

Zároveň v rámci CZ-DRG jsou poprvé využita nákladová data a ocenění péče za rok 2022, čímž dochází k významným posunům v relativních vahách, obzvláště v materiálových DRG skupinách, kde mezi roky 2019 a 2022 náklady na materiál a léky rostly významně méně, než činila inflace a na ní nastavená indexace relativních vah. Celkově dochází k poklesu relativních vah v průměru o 9 %.

Paušální úhrada

První skupina bází (bod 3, část A, příloha č. 1) bude hrazena nadále paušální úhradou s produkčním cílem, úhradou nadprodukce a regulačními mechanismy.

Oproti referenčnímu období dochází k vyčlenění další péče z paušální úhrady, a to z důvodu homogenizace péče mezi lety 2019 a 2022 a podpoře jednodenní péče, která je navázaná na péči vyjmutou z paušální úhrady. Referenční paušální úhrada bude rozdělena poměrem casemixu mezi bázemi, které zůstávají v paušálu, a bázemi, které se nově vyčleňují. Mezi nejdůležitější vyčlenění patří DRG skupiny odstranění hltanových mandlí, chirurgické výkony na žaludku, artroskopie a další ortopedické výkony a psychiatrická péče v souvislosti s intoxikací.

Významné změny se dotýkají minimálních základních sazeb pro paušální úhradu. Jednak došlo ke zjednodušení tří stupňů minimálních základních sazeb, kde nejvyšší sazba je stanovena pro všechny fakultní a velké krajské nemocnice, střední sazba je stanovena pro ostatní nemocnice, které zajišťují urgentní příjem, a nejnižší sazba je stanovena pro ostatní nemocnice. Nad rámec minimální základní sazby je dále u nejnižší a střední základní sazby stanoveno dodatečné sblížení sazeb „zdola“ za účelem omezení disparity mezi efektivní základní sazbou v paušální úhradě a ve vyčleněné úhradě, která v roce 2022 byla v průměru nižší o 9 % u nemocnic se střední sazbou a o 25 % nižší u nemocnic s nejnižší sazbou, a tento rozdíl by se kvůli sblížení sazeb u vyčleněných bází dále navyšoval.

Růst úhrad je stanoven na 14,5 % oproti referenčnímu období, což v průměru znamená růst o 6 % oproti roku 2023.

Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

Druhá 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 přepočtení referenční úhrady za péči zahrnutou v hodnoceném období do vyčleněných bází se zohledněním výše relativních vah případů. Vzhledem k dalšímu vyčleňování skupin z a do vyčleněné úhrady a sloučení vysoce a středně homogenní péče a posunům v relativních vahách dochází k významným přepočtům vstupní základní sazby. Průměrná vstupní individuální základní sazba (po navýšení o 6 % meziročně) činí 72 370 Kč.

Vzhledem ke změně kompozice bází začleněných do vyčleněné úhrady jsou ponechány širší risk-koridory a pomalejší tempo sblížení základních sazeb. I tak se ale jedná o další významné sblížení z důvodu změny referenčního období z roku 2019 na rok 2022 – sblíží se tak již částečně sblížené sazby.

Nejvýznamnější změnou oproti roku 2023 je jednak vyčlenění významného podílu péče z této kategorie péče do případového paušálu (viz níže) a dále použití koeficientů centralizace i pro vybrané DRG skupiny z kategorie vyčleněných bází. Pro rok 2024 byla roztržena vazba centralizace na případový paušál a nově se centralizace týká i vybraných bází mimo případový paušál. V návaznosti na změnu metodiky center vysoce specializované péče a rozlišování center koncentrace a center excelence dále dochází k bonifikaci péče s vazbou na centra vysoce specializované péče a podpoře vysoké kvality zdravotní péče poskytované v těchto centrech. Nově jsou navíc z koeficientu centralizace vyjmuty případy neodkladné lůžkové péče definované vykázáním LPS, ZZS nebo péče na urgentním příjmu.

U některých DRG skupin byla centralizace dočasně pozastavena, než dojde ke kultivaci příslušných center vysoce specializované péče. Například u katetrizačních ablací byla odstraněna vazba na centra z důvodu, že jeden významný poskytovatel této péče, se kterým se v rámci sítě poskytovatelů specializované kardiologické péče počítá, nemá ve stávajícím věstníku Ministerstva zdravotnictví statut příslušného centra, ale očekává se, že v roce 2024 v rámci reakreditace kardiocenter tento statut získá. Aplikace penalizačního koeficientu by v takovém případě nebyla oprávněná, protože s poskytováním specializované péče se u tohoto poskytovatele nadále počítá.

Dále pro podporu jednodenní péče je úhrada za hospitalizační případ indikovaný pro jednodenní péči stanovena vždy alespoň ve výši úhrady jednodenní péče. Tím u případů, které jsou vykazovány jako dolní časový outlier, bude stanovena adekvátní úhrada a nemocnice budou motivovány ke zkracování hospitalizací. Toto ustanovení se týká případů vyčleněných z paušální úhrady i případů hrazených případovým paušálem.

Nadále dochází k použití nákladových modifikátorů, nicméně jediným použitým nákladovým modifikátorem pro rok 2024 je stále casemix index poskytovatele, kalkulovaný nad celou nemocniční produkcí, 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 sbližování základních sazeb.

Centrální základní sazba CZ-DRG je oproti roku 2023 navýšena o 9,5 %, což reflektuje růst úhrad, pokles relativních vah, statistické rozložení individuálních základních sazeb a řadu dalších vlivů. Centrální základní sazba je o 3,6 % vyšší než průměrná vstupní individuální základní sazba, což reflektuje pomalejší sbližování sazeb směrem „shora“ a podporu zvyšování dostupnosti elektivní péče. Vzhledem k propadu relativních vah v průměru o 9 % to však pro některé DRG skupiny a i některé nemocnice může znamenat pokles úhrady u péče vyčleněné z paušální úhrady.

Úhrada případovým paušálem

Do třetí skupiny bází (bod 5, část A, příloha č. 1) je zařazena péče hrazená jednotnou základní sazbou (s modifikátory), a oproti roku 2023 sem 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

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, u velkého množství skupin této specializované péče dochází k podpoře centralizace - vybrané CZ-DRG skupiny mají 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. Naopak, pokud tuto péči poskytne poskytovatel s příslušným centrem, je úhrada navýšena o 5 % jako podpora kvality péče v centrech excelence. I zde jsou z koeficientu centralizace vyjmuty případy neodkladné lůžkové péče definované vykazáním LPS, ZZS nebo péče na urgentním příjmu, za které tedy „necentrový“ poskytovatel nebude penalizován.

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, dochází k řadě změn. Tato péče je dále hrazena sjednocenou základní sazbou a aplikuje se 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.

Do úhrady akutní psychiatrie formou případového paušálu byla nově zařazena MDC 20 – psychiatrická péče ve vazbě na intoxikace, jelikož u nemocnic, které zajišťují tuto péči, byl extrémní rozdíl (40 %) v základní sazbě u péče v paušální úhradě a u péče hrazené případovým paušálem, což mohlo mít perverzní dopady na selekci pacientů a poskytování péče.

Dále dochází ke zpřísnění koeficientu plnění standardu psychiatrické péče (KP_Krit) a změně výše koeficientu včetně pozitivní bonifikace za plnění kritérií.

Významných změn se dočkal koeficient transformace, který nově zohledňuje celkový postup transformace u poskytovatele, relativní náročnost této transformace a tvorbu nových služeb duševního zdraví.

Shrnutí změn v kategorizaci CZ-DRG

Struktura jednotlivých úhradových skupin v příloze č. 10 k vyhlášce se oproti roku 2023 významně mění a dochází k dodatečnému vyčlenění péče z paušálu a dále k přesunu péče do

kategorie případového paušálu. Následující tabulka znázorňuje změny mezi rokem 2022 a 2024.

Podíly péče dle typů úhrady				
Způsob úhrady	Část přílohy č. 10	% 2022	% 2023	% 2024
Paušální úhrada	A	53,9 %	50,7 %	46,2 %
Vyčleněné z paušálu	C+E	42,8 %	38,3 %	35,8 %
Případový paušál	B+F+G	1,2 %	8,9 %	15,4 %
Psychiatrie	D+H	2,2 %	2,2 %	2,6 %

Dále je třeba upozornit, že jednotlivé části přílohy č. 10 (písmena A až H) mají jiný obsah, než v roce 2023 (byť smysl jakožto definice zůstal přibližně zachován a je vždy uveden v úvodu dané části přílohy č. 10).

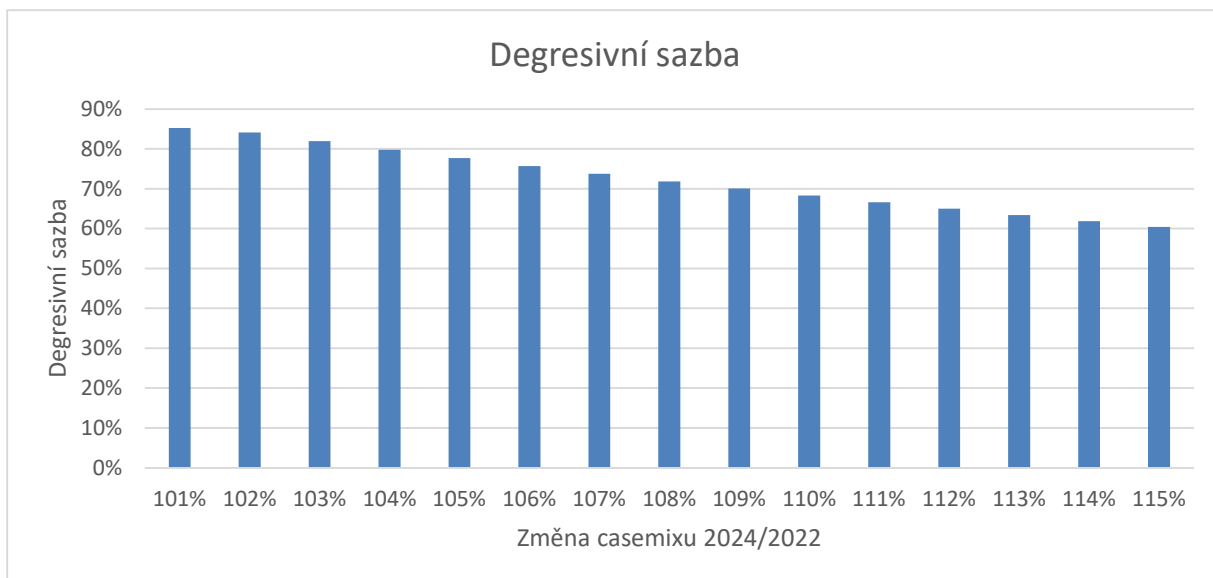
Bod 3.2 (i):

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

Paušální úhrada je jako v minulých letech podmíněna produkcí měřenou přes CZ-DRG (referenční produkce bude přepočítána skrze pomocná pravidla pro reklasifikaci na nejnovější verzi CZ-DRG 6.0). Konkrétně pokud se produkce měřená redukováným casemixem (součtem relativních vah jednotlivých případů zařazených do příslušné skupiny vztažené k diagnóze) v roce 2024 rovná alespoň 97 % produkce referenčního období roku 2022, obdrží poskytovatel od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady (97 % je stanoveno z důvodu COVIDových hospitalizací v roce 2022, které se nebudou opakovat). 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.

Bod 3.2 (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, 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 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 vyšší 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 a bonifikační koeficienty centralizace pro podporu centralizace péče.

U akutní psychiatrické péče se úhrada modifikuje plněním transformačního plánu.

K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 7

Ambulantní nemocniční péče zahrnuje regulovanou a neregulovanou část. Podíl neregulované složky, obsahující screeniny a jiné prioritní výkony, je pro rok 2024 navýšen o další typy péče, viz níže. Výkon č. 09563 již není uveden samostatně, ale je obsažen v bodu 7.10.

Mechanismus úhrady regulované ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) v roce 2024 se významně mění.

Předně dochází k významnému zjednodušení celého mechanismu, který nově obsahuje jen dva alternativní mechanismy – 1) rozdělenou úhradu na komplement a ostatní péči; 2) sdruženou úhradu veškeré ambulantní péče. Oba mechanismy dále fungují formou paušální úhrady s produkčním cílem a nadprodukcí – mechanismus „stropu úhrad“ byl vypuštěn. Nadprodukce je opět regulována počtem globálních unikátně-ošetřených pojištěnců, přičemž do počtů za rok 2022 by neměli vstupovat pojištěnci, kterým byla poskytnuta pouze péče spojená s COVID-19 vykazovaná na speciálních odbornostech, které nejsou součástí regulované ambulantní úhrady.

Dále dochází k definici referenční úhrady, která zohledňuje následující úpravy:

- Vyčlenění části péče z regulované složky ambulantní úhrady – LPS, stomatologie, hemodialýza, dětská péče

- Zastropování referenční úhrady výši referenční produkce – někteří poskytovatelé souběhem vlivů v minulosti měly vyšší úhradu než produkci, což je třeba korigovat
- Úhrada třetiny neuhrazené historické nadprodukce – navýšení referenční úhrady se zohledněním historické nadprodukce

Referenční úhrada je navýšení jednak plošným koeficientem ve výši 6 % oproti roku 2023 a dále bonifikačními kritérii, kde dochází k následujícím úpravám pro rok 2024:

- V komplementu dochází rozlišení bonifikace za prodloužený provoz – nově je odlišen režim 12,16,24/7. Dále je doplněna bonifikace za sdílení obrazových dat a akreditaci, analogicky s mimo-nemocničním komplementem.
- V ostatních ambulancích dochází k dodatečné bonifikaci za (elektronický) objednávkový systém. Vyhláška neobsahuje přesnou parametrizaci, za jakých podmínek je bonifikace splněna – ministerstvo předpokládá, že bonifikace bude splněna v případě, kdy na relevantních pracovištích, kde je objednávkový systém realizovatelný, bude tento systém v rozumné míře realizován. Přesnější parametrizace na základě vyhodnocení tohoto pilotního nastavení bude obsažena v budoucích úhradových vyhláškách. Cílem opatření je komfort pacientů při objednávání, zamezení přílišného čekání v ambulancích na plánované zákroky, zlepšení efektivity provozu a dostupnosti péče a možnost měření objednacích dob.
- Je rozlišena statická bonifikace (ovlivňující objem péče) a dynamická bonifikace ovlivňující koeficient růstu.
- Specifické bonifikace pro nemocniční ambulance nově nahrazují bonifikace přejaté z jednotlivých mimo-nemocničních segmentů, které byly v prostředí nemocnic obtížně uplatnitelné.

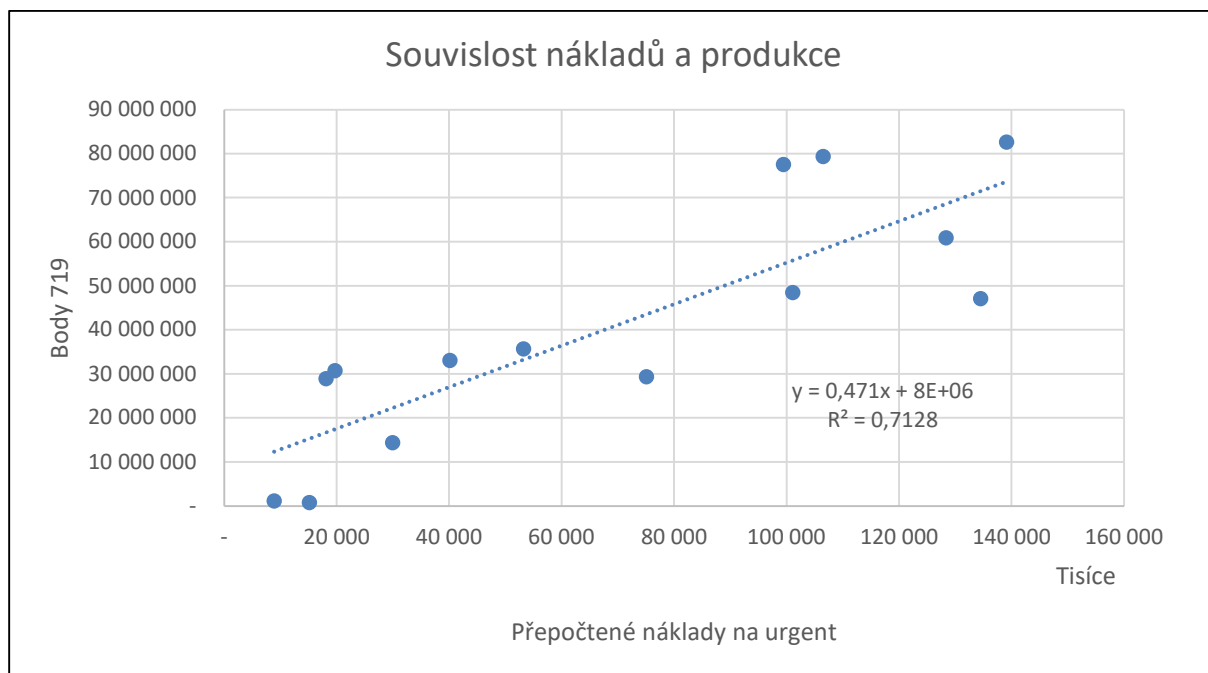
Hodnoty bodu u ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče se stanoví ve stejné výši jako u mimo-nemocničních ambulancí. U zdravotních služeb poskytovaných 50 a méně pojištěncům se významně snižuje hodnota bodu, která byla dlouhodobě nadsazena oproti průměrné hodnotě bodu uplatňované v nemocničních ambulancích.

Významná změna se týká také úhrad urgentních příjmů. Nově budou urgentní příjmy hrazeny kombinovanou třísložkovou úhradou:

- Paušální složka, která je diferencována dle typu urgentního příjmu. Urgentní příjem typu I. je definován centrem vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé, kam spadá traumacentrum 1. i 2. typu. U urgentních příjmů II. typu je podíl paušální složky nižší, jelikož zde je významný rozdíl mezi náklady a produkcí jednotlivých poskytovatelů. Do paušální složky patří rovněž bonifikace za urgentní psychiatrii. Paušální složka je podmíněna existencí přidruženého místa (ordinace) poskytování LPS.
- Nelimitovaná úhrada za péči spojenou s příjezdem zdravotnické záchranné služby – tuto složku úhrady obdrží i poskytovatelé bez urgentního příjmu.

- Limitovaná výkonová úhrada za péči na urgentním příjmu – objem této péče je jednak ponížen, aby tvořil pouze část úhrady urgentních příjmů, a dále jsou zde stanoveny stropy úhrad pro jednotlivé typy urgentních příjmů.

Třísložkový model nejlépe odpovídá heterogenním nákladům jednotlivých pracovišť urgentních příjmů, které by při čistě paušální úhradě nebyly zohledněny. Následující graf ukazuje významnou korelaci mezi náklady urgentních příjmů a jejich výkonovou produkcí, což odůvodňuje potřebu zachování výkonové složky úhrady:



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 výkony nemocničních lékáren, úhrada konziliárních týmů paliativní péče, navýšení úhrady pro poskytovatele referenční sítě DRG a úhrada evropských referenčních sítí pro vzácná onemocnění.

Úhrada konziliárních týmů paliativní péče navazuje na tento typ úhrady v roce 2023 s tím, že došlo k přenastavení úhrady z čistě paušální platby za existenci týmu na paušálně-výkonovou úhradu s platbou za každý hospitalizační případ s paliativní intervencí. Cílem je jednak zohlednit objem péče poskytnuté jednotlivými týmy a dále podpořit výkaznictví činnosti týmů, což poslouží pro další změny úhrad v příštích letech.

Úhrada referenční sítě CZ-DRG je oproti letošnímu roku rozdělena na vyšší bonifikaci pro ty nemocnice, které dodaly nákladová data v mimořádném termínu a tato data mohla být použita pro ocenění CZ-DRG verze 6.0, a na nižší bonifikaci pro ostatní nemocnice v referenční síti.

Nově je ve vyhlášce zařazena úhrada evropských referenčních sítí pro vzácná onemocnění (ERN), které mají zvýšené náklady s péčí a diagnostikou pacientů se vzácným onemocněním.

Úhrada je stanovena jako kombinovaná paušálně-výkonová s výkonovou složkou navázanou na unikátního pacienta s vykázaným ORPHA kódem.

K § 5 a příloze č. 1, části B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka, hospice) bude v roce 2024 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Výše paušální sazby se odvíjí od výše v roce 2023 (bez bonifikací) a od bonifikačních koeficientů. Základní růst úhrady je stanoven na 8 %, což jednak reflektuje nákladovou strukturu těchto poskytovatelů a zároveň zahrnuje obecnou potřebu rozvoje tohoto segmentu.

Zmíněný růst bude navýšen o další 0,003, za každé poskytovatelem splněné kvalitativní kritérium uvedené v písmenu c) 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. Oproti roku 2023 dochází k částečnému rozšíření bonifikačních kritérií a zavedení nového kritéria s vyšší vahou pro kamenné hospice (jednak plošně a jednak za přítomnost paliatra v kamenném hospicu (písmeno e))) a pro specializovaná pracoviště ošetřující pacienty s roztroušenou sklerózou (písmeno f)).

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 a navázán na nově definované transformační koeficienty (viz výše).

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 %. Pro rok 2024 výkony ošetrovacích dnů v seznamu výkonů navyšované nejsou (ani o navýšení režijních nákladů) a veškerý růst úhrady tudíž jde přes hodnotu bodu.

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 je stanovena regulace skrze průměrnou úhradu za pacienta na měsíc. Hodnota bodu byla stanovena na 1,34 Kč, což segmentu dává významný růst úhrad o 16 % oproti roku 2023. Navýšení úhrady pro péči na sociálně-zdravotním pomezí je prioritou pro rok 2024 a tento růst pomůže poskytovatelům vyrovnat ztrátu za poskytovanou zdravotní péči, která je nyní financována ze státního rozpočtu a resortu Ministerstva práce a sociálních věcí.

Index navýšení je pro rok 2024 nastaven na hodnotu 1,28 oproti roku 2022, což zaručuje poskytovatelům růst úhrad v souladu se stanovenou hodnotou bodu.

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. V segmentu oproti minulým letům nedošlo k dohodě v rámci dohodovacího řízení a úhrady tak stanovilo ministerstvo samo. Průměrný růst úhrad byl stanoven u všeobecných praktických lékařů na 10 % a u praktických lékařů pro děti a dorost o 17,5 %, což reflektuje potřebu zlepšit dostupnost této péče. U praktických lékařů pro děti a dorost je část růstu je realizována skrze nové bonifikační výkony za péči o děti (viz výše), které se přičítají ke klinickým vyšetřením. Z tohoto důvodu byla u praktických lékařů pro děti a dorost částečně snížena hodnota bodu za klinická vyšetření, jelikož část úhrady je součástí bonifikačních výkonů.

Stejně jako minulý rok bude 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 praktické 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 2024.

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 také 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 (včetně bonifikačních výkonů a výkonů epizody péče) je upravena ve vazbě na růst počtu bodů v Seznamu výkonů, a to tak, aby výkonová složka úhrady včetně epizody péče rostla o 10 % u všeobecných praktických lékařů a o 24 % u praktických lékařů pro děti a dorost (zde mají vliv nové dětské bonifikační výkony). Hodnota bodu se dále může navýšit při plnění obdobných kritérií jako u bonifikací kapitační sazby.

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 jako jeden z mála v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven ani nevytvořil společný návrh s VZP na úhradu segmentu.

Pro rok 2024 nedochází ke změně úhradového mechanismu, a to primárně z důvodu různého dopadu valorizace výkonů v seznamu výkonů, kdy v případě přepočteného PURO by docházelo k velmi nerovnoměrnému růstu napříč jednotlivými odbornostmi. Původní přepočet by v aktuální situaci výrazně zvýhodňoval ty segmenty, které mají významnější zastoupení výkonů, které budou pro rok 2024 valorizovány (velký podíl osobních a režijních nákladů).

Cílem mechanismu zůstává zabránění nerovnosti růstu úhrad mezi jednotlivými odbornostmi poskytovatelů. Z výše popsaného důvodu nicméně dochází k vyšší diverzifikaci hodnoty bodu – konkrétně do 4 kategorií, kdy je v každé odbornosti zohledněn růst bodů seznamu výkonů.

Nově dochází k navýšení růstových koeficientů PURO u odborností, které významně kultivovaly své stěžejní výkony. Bez tohoto navýšení by kultivace výkonů nebyla promítnuta do úhrady z důvodu regulace skrze PURO. Nejedná se tak o dodatečný trvalý růst, ale pouze zohlednění kultivace výkonů v seznamu výkonů. Tato bonifikace bude odstraněna v okamžiku, kdy se rok 2024 stane referenčním obdobím.

Bonifikační kritéria zůstala velmi podobná s nastavením v roce 2023. Dochází k mírnému snížení bonifikace z důvodu souměřitelnosti úhrad nemocničních a mimo-nemocničních ambulancí a dále z důvodu již promítnuté bonifikace pro rok 2022, který je nově referenčním obdobím (tj. bonifikace v růstu PURA se duplikuje). Stejně tak struktura neregulované úhrady je téměř totožná, nově jsou pouze zařazeny výkony související s novými screeningovými vyšetřeními.

Výjimku z plošného růstu pak tvoří dětské odbornosti a odbornosti 306, 308, 309 a 931, kde je meziroční růst stanoven na 8 % a více z důvodu aktuální krize v těchto odbornostech k zásadnímu navýšení financování.

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. Znění vyhlášky tak vychází z dohody a z následné úpravy růstu úhrad z 5 % na 6 %.

Hodnota bodu je stanovena na 1,10 Kč, což reflektuje změny v seznamu výkonů a průměrný růst úhrad o 6 %. 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 14 % průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v referenčním období. Na stejné úrovni je pak zachována bonifikace pro poskytovatele, jejichž lékaři jsou držiteli dokladu celoživotního vzdělávání, disponují rozšířenou dostupností ordináčních hodin, dále pokud je poskytovateli udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a rovněž pokud poskytovatel doloží, že dané zařízení splňuje stanovená kritéria kvality certifikátu ISO 9001.

V rámci bonifikace cílené na podporu preventivních prohlídek zaměřených na včasný záchyt závažných onemocnění je pro výkony č. 63021 navýšena úhrada o 50 % a pro výkony č. 63050 o 25 %, přičemž se tyto hodnoty uplatní u poskytovatelů, kteří preventivní prohlídku vykonali u alespoň 45 % (na základě dohody v segmentu sníženo z původních 50 %) svých registrovaných pojištěnců.

Pro rok 2024 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 fázi probíhajícího těhotenství (trimestrů). Pro úhradu musí zároveň poskytovatel splnit předem dohodnutá kritéria. Oproti 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 jiné 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. Oba indexy zůstávají v souladu s dohodou v nezměněné podobě. V rámci proměnné průměrné úhrady za zdravotní služby byla nově adaptována úprava definice, která omezuje zahrnutí ZULP použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.

Úhrada služeb asistované reprodukce je hrazena přes domluvené balíčky – IVF, které byly doplněny o nové služby. Do textu návrhu vyhlášky byla adaptována podoba dohody stanovením balíčkové úhrady vybraných hrazených služeb, navýšená analogicky využitím valorizační klauzule obsažené v dohodě.

K § 9 a příloze č. 11

Stanoví se 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 ze společného návrhu VZP a zástupce segmentu v rámci dohodovacího řízení, který deklaroval meziroční nárůst 8 %, nicméně ministerstvo jeho celkový dopad namodelovalo na 14 %. Poměrným upravením nárůstů podle tohoto návrhu bylo alokováno plošných 6 % růstu segmentu, s výjimkou výkonů ortodontie a nových výkonů, kde byl plně respektován společný návrh. Další 2 % růstu (cca 340 mil. Kč) byla alokována do navýšení agregované platby za dětské pojištěnce (společný návrh navrhoval navýšení agregované platby o 1 Kč pro pojištěnce do 14 let, ministerstvo tento návrh upravilo na navýšení agregované platby o 3 Kč za pojištěnce do 6 let věku, o 2 Kč za pojištěnce ve věku od 6 do 12 let a o 1 Kč za pojištěnce ve věku od 12 do 18 let), do fotokompozitních výplní, a to na základě politické priority ministerstva v podobě výrazné podpory péče o děti a současně za účelem postupného přibližování výše úhrady fotokompozitních výplní tržním cenám, a zejména pak do navýšení všech kódů preventivních prohlídek (900, 901 a 946), které představují klíčový pilíř dostupnosti a současně i udržitelnosti hrazené stomatologické péče a jejichž kvalita a dostupnost je zásadní

pro zdraví chrupu obyvatel České republiky. Vedle toho byly významně podpořeny výkony endodoncie a výkony péče o děti.

Ministerstvo dále respektovalo navýšení agregované platby o 1 Kč podle společného návrhu (na 21 Kč, resp. 23 Kč pro poskytovatele s dokladem celoživotního vzdělávání). Agregovaná platba zahrnuje především drobné zdravotní úkony, které dosud byly součástí výkonů preventivních prohlídek. Deklarovaným cílem zavedení agregované platby v roce 2022 je zvýšit počet pojištěnců registrovaných u poskytovatelů stomatologické péče.

Ministerstvo také do úhradové vyhlášky promítlo nové bonifikační výkony pro péči o děti. Jelikož stomatologie již má existující bonifikační kódy péče o děti ve členění do 6 let a od 6 do 15 let, bylo toto členění respektováno a pouze byl doplněn nový kód 00826, který nově po vzoru ostatních segmentů zavádí i bonifikaci za děti do 18 let, v případě stomatologů tedy ve věku 15 až 18 let (na rozdíl od výkonu bonifikujícího péči o děti 12-18 let u ostatních segmentů). Současně byly úhrady za stávající bonifikační výkony péče o děti bez dokladu celoživotního vzdělávání navýšeny tak, aby u dětí do 6 let (kód 00906) a od 6 let (00907) odpovídaly výši těchto bonifikací u ostatních segmentů. Plošné nastavení úhrad za bonifikační výkony péče o děti jde u všech segmentů nad rámec plošného růstu úhrad.

Vyhláška v oblasti ortodoncie ruší dočasné výkony 00995 až 00999, který byly určeny k překlenutí přechodného období vyplývajícího pro úhrady ortodoncie ze zákona č. 371/2021 Sb. Na základě společného návrhu se naopak zavádí nové výkony 00802 Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk, 00822 Aplikace prefabrikované korunky na první stálý molár a stálý řezák u pacientů s diagnózou molárová a incizální hypomineralizace skloviny do dne dosažení 18 let, 00823 Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce a bonifikační výkony péče o děti zohledňující potvrzení o celoživotním vzdělávání 00824 a 00825.

V segmentu nebyla uzavřena dohoda, úhrady tedy v souladu s § 17 odst. 5 zákona stanovilo podle svého uvážení ministerstvo, které přesto, jak je výše popsáno, významně respektovalo vůli zdravotních pojišťoven i zástupců segmentu zohledněním společného návrhu. Celkový růst segmentu oproti roku 2023 činí 11,5 %.

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 2023 s dílčími změnami ve struktuře znění upravené na základě společného návrhu VZP a poskytovatelů laboratorních služeb. Všechny hodnoty bodu již reflektují změny v seznamu výkonů v roce 2024 a celkový růst úhrad je stanoven na cca 6 %.

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 upravenou hodnotou bodu. Nově byly do dosavadního znění vyhlášky zařazeny výkony cílené na screeningu prostaty a tyreopatie, které nevstupují do celkové výše úhrady.

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 se změnou ve struktuře bodově hodnocených výkonů. Výkony, které se nepoužijí do vzorce maximální výše úhrady, byly jednotně přesunuty do bodu 1. Tento bod je zároveň rozšířen o nové bodově ohodnocené výkony č. 81800, 81810 a 87012 podle seznamu výkonů související se screeningu prostaty a tyreopatie, které byly kalkulovány na hodnotu bodu ve výši 1 Kč. Zbylé hodnoty bodu odstavce 1 byly upraveny podle stanoveného růstu. V případě bodu 2 bylo do stávající struktury zařazeno písmeno a) pro vybrané výkony se samostatnou hodnotou bodu, které byly nově vyčleněny z ostatních odrážek tohoto bodu a jejichž hodnota bodu je stanovena v souladu s plošným růstem. U odborností v písmenu b) pak došlo k další diferenciaci hodnoty bodu dle různých odborností, aby byl zohledněn dopad Seznamu zdravotních výkonů. Zachován je 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. Nově byla minimální hodnota bodu navýšena z 70 % na 71 % u odbornosti 816 a v případě odborností uvedených v písmenu b) bodu 2 byl také navýšen koeficient pro výpočet minimální hodnoty bodu z 0,91 na 0,92.

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

Veškeré testování na COVID-19 je nadále hrazeno výkonově a je vyjmuta ze všech proměnných v segmentu laboratoří, hlavně z důvodu vyjmutí těchto výkonů z referenčního období.

K § 11 a příloze č. 6

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní a domácí péče v odbornostech 914, 916, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů. V tomto segmentu nebylo dosaženo dohody ani společného návrhu VZP a segmentu. Vzhledem k důležitosti domácí péče z hlediska systému, kdy je domácí péče zpravidla nákladově efektivnější formou péče než alternativní způsoby poskytování péče dotčené skupině pojištěnců, je v rámci segmentu zachován plošný růst 6 %, ovšem s tím, že je tento růst dále navýšen u péče porodních asistentek v odbornosti 921 podle seznamu výkonů a u domácí paliativní péče v odbornosti 926 podle seznamu výkonů, jak je popsáno dále.

V části A je pro výkony přepravy hodnota bodu navýšena na 1,19 Kč. Pro poskytovatele ambulantní péče je hodnota bodu stanovena pro odbornost 914 na 1,07 Kč, pro odbornost 916

na 0,99 Kč, což v obou případech představuje růst 6 %. Pro domácí péči podle části A je hodnota bodu stanovena pro odbornost 925 na 1,07 Kč, což představuje růst 6 %, a pro odbornost 921 byla hodnota bodu vzhledem k podobnosti této péče částečně sblížena k hodnotě bodu odbornosti 925, když by v této odbornosti růst 6 % znamenal hodnotu bodu 0,99 Kč, nicméně hodnota bodu byla stanovena na 1,03 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 1,13, který spolu s bonifikacemi umožní meziroční růst segmentu o stanovené procento. Výpočet celkové výše úhrady bude i nadále zahrnovat zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců. Výpočet celkové výše úhrady se 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 je 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 podle části B budou výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu 1,22 Kč, přičemž maximální celková výše úhrady za tyto výkony i nadále vychází z toho, že průměrně by měla být tato péče poskytována nejvýše 30 dnů u dospělých a 180 dnů u dětských pacientů.

Vedle toho byly v části B přílohy č. 6 provedeny další změny:

- z legislativně technických důvodů byly vypuštěny body 1 až 3, které v případě úhradové vyhlášky nejsou v souladu se zmocněním k vydání vyhlášky a současně jsou již všechny obsaženy v jiných právních předpisech – bod 1 opakuje formulaci z návětí § 22 zákona o veřejném zdravotním pojištění, body 2 a 3 opakují ustanovení již obsažená v kapitole 4 obecné části seznamu výkonů,

- byla stanovena hodnota bodu 1,22 Kč za nové výkony zavedení (80088) a ukončení domácí (80089) paliativní péče podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony jsou vyňaty z regulace, jelikož je lze u každého pojištěnce vykázat právě jednou,

- protože domácí paliativní péče po odborné stránce má podle Standardů mobilní specializované paliativní péče z roku 2019 zahrnovat i další profese, které nicméně nejsou kalkulovány ve stávajících výkonech podle seznamu výkonů, je část navýšení úhrad odbornosti 926 podle

seznamu výkonů nad rámec plošného růstu z důvodu podpory kvality této péče navázána na přítomnost dvou nejdůležitějších z těchto povolání, a to klinického psychologa či psychoterapeuta a zdravotně sociálního pracovníka.

Celkem představuje růst odbornosti 926 až cca 16 %, přičemž necelá 4 % z tohoto růstu jsou navázána na bonifikační kritéria zajištění dalších podpůrných profesí.

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. V segmentu nebyla uzavřena dohoda a znění vyhlášky reflektuje stanovený růst 6 % a parametrické změny ve společném návrhu VZP a zástupců segmentu.

V odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů bude pokračováno v užívání úhradového mechanismu používaného i v minulých letech. Stanovený růst zvýšil hodnotu bodu pro poskytovatele pro výkony přepravy v návštěvní službě na 1,19 Kč, u ostatních výkonů dochází k úpravě hodnoty bodu na 0,80 Kč. Index navýšení byl upraven na 1,14. V roce 2024 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 nadále 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 %. Parametrická úprava byla na základě společného návrhu začleněna ve způsobu výpočtu průměrné úhrady za unikátního pojištěnce v referenčním období, která počítá s minimální hodnotou bodu ve výši 0,68 Kč.

Pro rok 2024 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 segmentů s dohodou o celkových 6 %. V segmentu dialyzační péče bude pokračováno v zavedeném hodnocení kvality, které je založeno na reportování a vyhodnocení dat dialyzovaných pacientů. Na základě dohody byla ustanovení k hodnocení kvality na základě reportování dat zjednodušena, částečně vypuštěna a částečně přesunuta do části A bodu 2. Z legislativně technických důvodů nebyl do vyhlášky překlopen odkaz na českou nefrologickou 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 nelze v právním předpisu odkazovat na konkrétní položky číselníků zdravotních pojišťoven, které se navíc mohou v čase měnit (příčemž úhrada musí být stanovena jasně a předvídatelně), musela být upravena dohoda v části 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 byl stanoven základní růst úhrady za zdravotní a dopravní výkony ve výši 6 % v souladu s ostatními segmenty. Výše hodnoty bodu reflektuje změny v seznamu výkonů u části výkonů. V souladu se společným návrhem VZP a poskytovatelů dochází k zachování navýšené úhrady za výjezd zdravotnické záchranné služby ve výši 1 500 Kč.

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 následné úpravy růstu úhrad z 5 % na 6 % dle valorizačního dodatku k dohodě.

K § 16

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby ve výši 1,20 Kč. Stanovení této výše umožní pokrýt provozní ztrátu poskytovatelů LPS, která je nyní sanována z dotací krajů ve formě vyrovnávací platby závazků veřejné služby. Vzhledem k připravovaným změnám v zajišťování LPS v rámci novely zákona o zdravotních službách je však třeba veškeré náklady postupně začít hradit z veřejného zdravotního pojištění. Současně navýšení úhrady je synergické s opatřením motivujícím všeobecné praktické lékaře ke službám na LPS. 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 je stanovena na růst o 6 % v souladu s úhradou ostatních segmentů.

K § 18

Odstavec 1: V ambulantní specializované péči a nemocničních ambulancích se stále uplatní navýšení úhrady za klinická vyšetření. Dosavadní výkon 09543 byl nicméně upraven v souvislosti s novými výkony bonifikujícími péči o děti, a v souvislosti s tím se změnil jeho obsah i způsob jeho úhrady:

09543: Půjde o základní výkon navýšení úhrady za klinické vyšetření používaný pro péči o dospělé pojištěnce. Výkon bude nově mít stanovenou bodovou hodnotu ve výši 50 bodů a bude ohodnocen hodnotou bodu. Základní úhrada za tento výkon je pro rok 2024 stanovena na výši 52 Kč (hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč), tzn. meziroční růst o 6 %. Odchylně je úhrada stanovena pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči s růstem 6 % oproti úhradě roku 2023, a dále je odchylně stanovena pro odbornosti všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie a dětská gynekologie, kde je za výkon 09543 stanovena navýšená hodnota bodu 1,61 Kč, úhrada ve výši 80,5 Kč, a tedy též meziroční růst 6 %.

Odstavec 2: Ustanovení nově obsahuje výkony bonifikující klinická a některá další vyšetření a ošetření dětí. Jedná se o tyto výkony:

09557: Nový výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 12 do 18 let s bodovou hodnotou 100 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,04 Kč a úhradou pro rok 2024 ve výši 104 Kč.

09556: Nový výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku od 12 do 18 let s bodovou hodnotou 150 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,04 Kč a úhradou pro rok 2024 ve výši 156 Kč.

09555: Výkon bonifikace péče o pojištěnce ve věku do 6 let s bodovou hodnotou 200 bodů, stanovenou hodnotou bodu 1,04 Kč a úhradou pro rok 2024 ve výši 208 Kč. Tento výkon byl upraven oproti svému dosavadnímu obsahu za účelem systematizace bonifikací za klinická vyšetření.

Podrobněji viz novelizaci vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, pro rok 2024.

Odstavec 3: Nově je do ustanovení zahrnutý i nový výkon č. 09580 bonifikující péči na urgentním příjmu a v rámci lékařské pohotovostní služby, v definovaných případech práce v době pracovního klidu nebo pracovního volna. Výkon je hodnotou bodu 1 Kč ohodnocen na 30 Kč.

Odstavec 4: Nově je do ustanovení zahrnutý i nový výkon č. 09990, bonifikující péči o některé osoby zbavené osobní svobody podle trestněprávních předpisů. Jelikož jde o signální výkon bez bodové hodnoty, je výkon ohodnocen pevnou částkou 35 Kč.

Odstavec 5: Stejně jako doposud výkon 09543, všechny zahrnuté bonifikační výkony se uplatní (s jednou definovanou výjimkou podle odstavce 1) pouze mimo lůžkovou a jednodenní péči, a současně se nezapočítávají do limitací celkové výše úhrady.

K § 19

V segmentu lékárenské péče byla uzavřena dohoda na výši signálního výkonu o hodnotě 25 Kč. Dále po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli lékárenské péče 16 Kč za každé převedení listinného receptu (včetně receptu s modrým pruhem) do elektronické podoby, stejně jako tomu bylo v roce 2023.

V segmentu lékáren dále došlo ve veřejném zájmu k navýšení úhrady za signální výkon ve výši 32 Kč, přičemž část tohoto navýšení kompenzuje lékárnám přidělení části obchodní přírážky distributorům léčivých přípravků kvůli jejich zvýšeným nákladům na distribuci.

Dále po dohodě s prezidentem České lékárnické komory byla úhrada signálního výkonu dodatečně navýšena v reakci na očekávané zpomalení růstu objemu léků na recept a z toho plynoucí potřebu zajištění dostatečných příjmů lékáren. Dle dohody tak dochází k navýšení složky příjmů lékáren skrze signální výkon oproti příjmům z marží za léky, což je dlouhodobý cíl pro stabilizaci lékárenského segmentu.

K § 20 a příloze č. 13

V návaznosti na pilotní nastavení úhrad jednodenní péče v roce 2023 dochází pro rok 2024 k dalšímu rozšíření jednodenní péče do dalších odborností. Návrhy byly konzultovány s odbornými společnostmi a zdravotními pojišťovnami. Princip zavedení jednodenní péče zůstává stejný jako v roce 2023 včetně způsobu nacenění skrze CZ-DRG, který do úhrady jednodenní péče započítává veškeré náklady na materiál, vyžádanou péči, operační sály a 1 až 1,5 nákladů na standardní ošetrovací den (dle režimu jednodenní péče, kdy jednodenní péče s propuštěním a přijetím ve stejný den a jednodenní péče s přespáním mají různé náklady, které je třeba odlišit).¹

Přínosem zavedení jednodenní péče do úhradové vyhlášky je sjednocení vykazování, podpora provádění péče formou jednodenní péče, vyšší bezpečnost péče pro pacienty a potenciálně úspora nákladů pro zdravotní pojišťovny. Ministerstvo bude pilotní nastavení jednodenní péče dále vyhodnocovat.

Pro úhradu jednodenní péče je stále 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 označeno kódy U54.1 a U54.2 dle MKN-10.

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 2024.

¹ U jednoho výkonu bylo z důvodu nízkého počtu případů akutní lůžkové péče přihlédnuto k aktuálním balíčkovým cenám VZP.

Příloha: Seznam zkratk a použitých pojmů

ASA 1	Doplňkový kód podle „American Society of Anesthesiologists“ – pacient bez komplikujícího onemocnění
ASA 2	Doplňkový kód podle „American Society of Anesthesiologists“ – pacient s lehkým onemocněním bez omezení výkonosti
Casemix index poskytovatele	Ukazatel náročnosti hospitalizačních případů daného poskytovatele
CT	Výpočetní tomografie
CZ-DRG	Klasifikační systém pro akutní lůžkovou péči v ČR založený na tzv. Diagnosis Related Groups, volně přeloženo skupinách klinicky příbuzných diagnóz
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
Dolní časový outlier	Případ hospitalizace, u něhož je délka hospitalizace pacienta pod spodní hranicí rozpětí obvyklé délky hospitalizace
ERN	Z angličtiny „European Reference Networks“ – Evropská referenční síť pro vzácná onemocnění
IČP	Identifikační číslo pracoviště poskytovatele přidělené VZP
IVF	In vitro fertilizace – umělé oplodnění
KP Krit	Koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče
LPS	Lékařská pohotovostní služba
MDC 20	Klasifikační zařazení v rámci CZ-DRG do diagnostické kategorie 20 Nadužívání alkoholu, léků a drog
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů 10. revize
MR	Magnetická rezonance

Nákladový modifikátor	Úhradový mechanismus, který zohledňuje zvýšenou nákladovost poskytovatelů poskytujících nejkomplicovanější a nejvíce specializovanou péči (která není postižena v relativní váze a způsobuje na úrovni DRG skupin nákladovou heterogenitu).
NIP	Následná intenzivní péče
OD	Ošetřovací den podle seznamu výkonů (k úhradě využíván v následné a dlouhodobé lůžkové péči)
ORPHA kód	Kód pro identifikaci vzácných onemocnění podle databáze Orpha.net
PURO	Průměrná úhrada za jednoho pojištěnce v referenčním období
Risk-koridor	Risk-koridor reprezentuje míru nákladové heterogenity (směrem nahoru i dolů), která zatím není vysvětlena pomocí CZ-DRG (např. regionální cenová hladina, vícenáklady za výuku atd.)
Tapered rate	Snížená sazba úhrady v případě nadprodukce
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZULP	Zvlášť účtovatelný léčivý přípravek
ZZS	Zdravotnická záchranná služba