

Odůvodnění

I. Obecná část

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2021 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 2022 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 2022.

1.2 Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v zákoně vydává ministerstvo vyhlášku pro rok 2022. 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 2022 probíhalo v období od 10. února 2021 do 18. června 2021. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče, v těchto 13 segmentech:

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

Dohoda nebyla uzavřena pouze v segmentu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb. Dohody byly uzavřeny za předpokladu navýšení platby za státní pojištěnce od 1. ledna 2022 o 200 Kč, což je k dnešnímu dni již splněno. Meziroční růst úhrad segmentů plynoucí z uzavřených dohod je v průměru 4 %.

Dohody v segmentech akutní a následné lůžkové péče jsou dále podmíněny nenavyšováním platových tabulek pracovníků ve zdravotnictví a neomezováním péče v roce 2022 z důvodů epidemie COVID-19. Ministerstvo zdravotnictví se pro účely uzavření dohody zavázalo, že v případě navýšení platových tarifů dojde v rámci úhradové vyhlášky k úpravě růstových parametrů dohody.

Dohody v jednotlivých segmentech již počítají s růstem mzdových indexů o 10 % v seznamu výkonů od 1. ledna 2022. Hodnoty bodu byly v dohodách přizpůsobeny, aby reflektovaly vyšší bodové ocenění výkonů – v některých případech došlo i ke snížení hodnoty bodu.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2021 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2021 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. Dále je oblast úhrad vzhledem k epidemii COVID-19 ovlivněna vyhláškou č. 242/2021 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021 (dále jen „kompenzační vyhláška“), která kompenzuje poskytovatelům zdravotních služeb propad úhrad vzniklý v souvislosti s omezením elektivní péče kvůli epidemii COVID-19 a přizpůsobuje regulační mechanismy a nastavení záloh epidemické situaci.

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 2022, které respektuje dohody uzavřené v dohodovacím řízení. 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.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (dále jen „ZZP“) ve zdravotně pojistných plánech plánovaly ke konci roku 2021 zůstatky na základním fondu zdravotního pojištění ve výši 12 mld. Kč. Všechny ZZP mají naplněny rezervní fondy.

VZP plánovala ve zdravotně pojistném plánu ke konci roku 2021 zůstatek na základním fondu v celkové výši 6,3 miliardy Kč. VZP má naplněný rezervní fond v plné výši.

Oproti očekáváním zdravotně pojistných plánů došlo během roku 2021 k navýšení výběru pojistného, ale zároveň náklady související s epidemií COVID-19 (včetně kompenzací na odměny zdravotníkům) vysoce převýšily očekávání ve zdravotně pojistných plánech. Celkové saldo dodatečných příjmů a výdajů za rok 2021 bude s nejvyšší pravděpodobností negativní, ale konečný výsledek závisí na průběhu epidemie na podzim roku 2021.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) a z dalších příjmů zdravotních pojišťoven pro rok 2022 se na základě predikce Ministerstva financí odhadují na 427,6 miliardy Kč.

Oproti roku 2021 se tak očekává zvýšení příjmů systému o cca 27,7 miliard Kč. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2022 a počítá se zvýšením platby za státní pojištěnce o dalších 200 Kč od 1. ledna 2022. Je třeba poznamenat, že z důvodu epidemie COVID-19 je predikce stále zatížena vysokou mírou volatility a nejistoty.

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 2022 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.

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 omezení jinak.

Pro rok 2022 došlo v rámci dohodovacího řízení k dohodám ve 13 ze 14 segmentů, a tyto dohody byly stavěny na průměrném meziročním tempu růstu úhrad o 4 %. 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. To bude mít pozitivní vliv na dostupnost péče a čekací doby, ale vyžádá si odhadem 2,25 mld. Kč na navýšené úhradě za nadprodukcii (kalkulováno s 4% růstem objemu elektivy). 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, rozvoj paliativních týmů v nemocnicích, změny v seznamu výkonů, zavedení psychiatrických center krizové péče, rozvoj urgentních příjmů a další. Všechny tyto náklady na zdravotní služby, s výjimkou nákladů na COVID-19, jsou pro rok 2022 odhadovány na 397,5 mld. Kč.

V meziročním srovnání se jedná o růst ve výši cca 24 mld. Kč, tj. 6,4 %. Samostatnou kapitolu pak tvoří výdaje spojené s COVID-19, jejichž výše pro rok 2021 vysoce přesáhne částku 30 mld. Kč, a to v závislosti na průběhu podzimní čtvrté vlny epidemie a strategie očkování třetí dávkou vakcíny proti COVID-19. Výše těchto nákladů pro rok 2022 je značně nejistá, jelikož záleží na celé řadě obtížně predikovatelných faktorů. Pro srovnání, ve zdravotně pojistných plánech na rok 2021 bylo kalkulováno s částkou cca 10 mld. Kč „běžných“ nákladů na COVID-19, které počítaly s určitým objemem očkování a testování. Poučeno z loňských odhadů, Ministerstvo zdravotnictví pro rok 2022 počítá s „běžnými náklady“ na COVID-19 ve výši cca 15 mld. Kč, které zahrnují náklady na průměrně 7 měsíců plošného testování (v objemu 1 mld. Kč na měsíc) a 8 mld. Kč na ostatní náklady včetně očkování a jiných nákladů. Po přičtení nákladů na COVID-19 se celkové náklady na zdravotní služby v roce 2022 odhadují na 412,5 mld. Kč.

Tabulka: Náklady na zdravotní služby v roce 2022 (v mil. Kč)

	Celkem 2021 (bez COVID)	Celkem 2022 (bez COVID)	Rozdíl
celkem na zdravotní péči	373 607	397 538	23 931
na ambulantní péči	95 674	100 457	4 783
na lůžkovou péči	213 209	223 289	15 410
z toho náklady na centrové léky	24 250	27 887	3 637
na léky na recept a zdravotnické prostředky	51 669	54 252	2 583

Po přičtení ostatních nákladů (provozní fond, fond prevence apod.) se celkové náklady systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2022 budou pohybovat ve výši kolem 426 mld. Kč.

Celkové saldo roku 2022 všech zdravotních pojišťoven se tak očekává vyrovnané ve výši + 1,5 mld. Kč.

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.

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 odborností 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.

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 40 Kč (zde bylo zasaženo do dohody nemocničních ambulancí, která obsahovala starou výši úhrady 35 Kč, což by představovalo nerovnost vůči segmentu ambulantních specialistů). U ambulantních specialistů také dochází k navýšení úhrady signálního výkonu klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let z 35 na 40 Kč.

Úhrada za výdej léčivého přípravku na recept

Úhrada za výdej léčivého přípravku na recept je i nadále řešena výkonem č. 09552 podle seznamu výkonů. Za každý tento výkon náleží poskytovateli lékárenské péče úhrada 17 Kč bez limitace na počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů v referenčním roce.

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.

K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí stále rok 2019, pokud není explicitně uvedeno jinak. 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 2020, který byl v mnoha ohledech výjimečný a není vhodné ho brát jako referenci. Z tohoto důvodu je ponechán poslední před-pandemický rok 2019 jako základ pro referenční srovnání.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2022.

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. Nově je zde uvedena též definice ordinačních hodin, která se tak uplatní pro všechna ustanovení vyhlášky.

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. Znění vyhlášky primárně vychází z dohod uzavřených v rámci dohodovacího řízení. Při posuzování veřejného zájmu a souladu dohody s právními předpisy bylo Ministerstvo zdravotnictví nuceno uzavřít dohodu na několika místech upravit. Konkrétní změny oproti dohodě jsou popsány v jednotlivých bodech níže.

Úhradová vyhláška v segmentu nemocnic již neobsahuje téměř žádná speciální ustanovení týkající se onemocnění COVID-19, a to primárně z toho důvodu, že taková ustanovení neobsahuje uzavřená dohoda, a dále z důvodu, že v případě významného dopadu onemocnění COVID-19 do fungování nemocnic lze situaci řešit formou kompenzační vyhlášky. Jedinou výjimkou z tohoto pravidla je testování na COVID-19, které bylo zásahem do dohody vyjmuta z ambulantního paušálu a je nadále hrazeno výkonově, a zároveň je vyjmuta z regulace vyžádané péče.

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 2022 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 2022 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 2020 dojde k navýšení úhrady centrových léků v rozmezí od 0 % až po 50 %, v závislosti na konkrétní skupině centrových léků.

Dochází k drobným textovým úpravám a odkazům na jednotlivé body a je vyřazena samostatná skupina „Osteoporóza“. Nad rámec dohody byla na žádost zdravotních pojišťoven a se souhlasem poskytovatelů upravena textace jednotlivých skupin hrazených služeb, aby byla v souladu s aktuálním vývojem medicíny v této oblasti.

Dále byl nad rámec dohody upraven růstový koeficient ve skupině „Hematoonkologie“, kde dohoda počítala s růstem tohoto segmentu o 3 % proti roku 2020. Na základě dat ÚZIS však jen růst mezi prvním pololetím 2020 a prvním pololetím 2021 činil 13 %. Pro rok 2022 predikce ÚZIS předpokládá minimální růst 19,2 % (oproti roku 2020), který v sobě zahrnuje i efekty cenových slev, generifikací a Horizon scanning nových léčivých přípravků. V predikci naopak nejsou zahrnuty růsty spojené s nástupem genových technologií, které znamenají dodatečný růst minimálně o 15 %. Ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že růst úhrad spojený s genovými technologiemi budou poskytovatelé a zdravotní pojišťovny řešit formou individuálních úhradových ujednání. Zásah do dohody je v tomto případě nutný pro zachování dostupnosti centrové péče v hematoonkologii pro pacienty.

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

V roce 2022 na základě dohody z dohodovacího řízení 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 2022 bude veškeré vykazování probíhat už pouze v tomto novém systému. Oproti dohodě z dohodovacího řízení, která využívala CZ-DRG verze 3, dochází v úhradové vyhlášce k použití nejnovější verze CZ-DRG 4.0 revize 1, která řeší řadu problémů předchozí verze. Pro rok 2022 se u poskytovatelů očekává již plná adaptace na nová vykazovací pravidla a nepočítá se se ztrátami produkce z důvodu chyb ve vykazování.

Z hlediska úhrad v dohodě dohodnutá implementace CZ-DRG navazuje na úhradovou vyhlášku pro rok 2021. Předně je zachováno rozčlenění veškeré akutní lůžkové péče do následujících skupin:

1. nákladově a klinicky heterogenní báze, které zůstávají v paušální úhradě,
2. středně homogenní báze, které budou vyčleněny z paušální úhrady a hrazeny s širšími risk-koridory,
3. vysoce homogenní báze, které budou vyčleněny z paušální úhrady a hrazeny s užšími risk-koridory,
4. speciální báze, které v roce 2020 byly hrazeny jednotnou sazbou a v roce 2022 budou hrazeny jednotným případovým paušálem,

5. akutní psychiatrická péče, která v roce 2020 byla součástí paušální úhrady a v roce 2022 bude hrazena jednotným případovým paušálem s regulací casemixu prostřednictvím délky hospitalizace.

První skupina bází (bod 3, část A, příloha č. 1) bude hrazena nadále paušální úhradou s produkčním cílem, úhradou nadprodukce a regulačními mechanismy (Cobb-Douglasova funkce proti up-codingu, regulace překladů). Produkční cíl je stanoven vyšší než podle dohody ve výši 97 %. Zde ministerstvo ve veřejném zájmu zasáhlo do dohody z dohodovacího řízení, kde byl dohodnut produkční cíl 95 %. Důvody pro zásah do dohody jsou následující:

- V roce 2022 by poskytování zdravotních služeb nemělo již být významně ovlivněno epidemií COVID-19. Z období epidemie si však lůžková péče nese dluh velkého množství odložené péče a dlouhých čekacích dob, které je třeba začít redukovat. Produkční cíl 95 % není optimální, aby poskytovatele dostatečně motivoval dohánět odloženou péči.
- Nadprodukce v paušální úhradě je hrazena již od 100 % produkce referenčního roku. Tradičně bylo pásmo mezi produkčním cílem a začátkem nadprodukce symetrické kolem 100 %. Produkční cíl na úrovni 95 % by znamenal významné vychýlení směrem k nižší produkci, které není nijak opodstatněné (např. pro rok 2021 byl produkční cíl 95 % explicitně stanoven z důvodu pokračující epidemie) a není reflektováno v úpravě funkce nadprodukce.
- Mezi produkčním cílem a začátkem nadprodukce by bylo 5% pásmo nulové mezní úhrady. Po dosažení 95 % produkce by tudíž nemocnice čelily pěti procentům produkce zdarma, které by musely překonat, aby se dostaly na úhradu nadprodukce. Takto rozsáhlý koridor významně demotivuje k vyšší produkci a v některých případech může znamenat i umělé omezování péče z ekonomických důvodů. Zúžení tohoto koridoru přispěje k provádění odložené péče a amplifikuje efekt funkce nadprodukce.
- Široké pásmo nulové mezní úhrady empiricky v minulosti divergovalo základní sazby mezi nemocnicemi a pojišťovnami, kde větší nemocnice lépe trefují produkční cíl (obzvláště u větších pojišťoven), zatímco menší nemocnice (u menších pojišťoven) často cíl přesáhnou a úhrada spadne do pásma nulové mezní úhrady, čímž se do budoucna snižuje základní sazba. V rámci CZ-DRG je ale naopak snaha sazby sjednocovat, čemuž pomůže i vyšší produkční cíl.
- Drtivá většina dalších změn provedených oproti dohodě (viz níže) je výhodná pro stranu poskytovatelů a vychyluje dohodu v jejich prospěch. Navýšení produkčního cíle obnovuje rovnováhu dohody mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

Referenční paušální úhrada bude rozdělena poměrem casemixu mezi bázemi, které zůstávají v paušálu, a bázemi, které se nově vyčleňují. Dále i v paušální úhradě dochází k dodatečnému navýšení minimálních základních sazeb o 4 %, aby i v této heterogenní skupině případů docházelo alespoň ke sblížení sazeb směrem zdola v rámci skupin podobných nemocnic. Oproti minulému roku je zavedena i nová minimální základní sazba, která se vztahuje na všechny nemocnice, na které se dosud žádná minimální sazba nevztahovala. Tato nová

minimální základní sazba navýší úhrady i nemocnicím bez urgentního příjmu a omezí rozdíl v základních sazbách u těchto nemocnic mezi péčí zařazenou do paušálu a péčí vyčleněnou z paušálu.

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. Oproti dohodě z dohodovacího řízení byla do této skupiny bází doplněna i operační robotika, která je homogenní a jasně definovaná, ale v minulém roce do této skupiny ještě nebyla zařazena kvůli obavám z růstu nákladů. Robotická chirurgie má nicméně potenciál rychleji obnovit dostupnost péče po epidemii COVID-19 a snížit nyní neúměrně vysoké čekací doby, a proto se Ministerstvo zdravotnictví ve veřejném zájmu rozhodlo ji hradit výkonnostním způsobem podle CZ-DRG.

Výpočet individuální základní sazby závisí na porovnání tzv. vstupní individuální základní sazby s celorepublikovou jednotnou základní sazbou CZ-DRG (která je dle dohody navýšena o 4 % oproti minulému roku). Vstupní základní sazba představuje individuální sazbu, za kterou by vyčleněná péče v nemocnici byla hrazena, pokud by nedošlo k zavádění CZ-DRG. Porovnáním této sazby s jednotnou CZ-DRG sazbou a aplikací tzv. parametrů implementace CZ-DRG vznikne individuální základní sazba pro rok 2022, kterou bude vyčleněná péče oceněna.

V případě, že je vstupní individuální sazba vyšší než jednotná sazba CZ-DRG navýšená o horní risk-koridor, dojde ke sblížení individuální sazby směrem dolů, a to o míru danou horním tempem sblížování. Horní risk-koridor reprezentuje residuální míru nákladové heterogenity, která zatím není vysvětlena a kterou bude v budoucnu možná nutné zohlednit (faktory heterogenity mohou zahrnovat vícenáklady spojené s výukou mediků, rozdílné cenové hladiny v regionech apod.). Z tohoto důvodu nemuselo být opodstatněné sblížovat nemocnice nad jednotnou 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 znamená, že pro rok 2022 dojde k třetinovému sblížení základních sazeb „shora“ směrem k risk-koridoru.

V případě, že je vstupní individuální sazba nižší než jednotná 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. Dle dohody z dohodovacího řízení, která kopíruje parametry z roku 2021, je dolní risk-koridor 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 50 %, a dojde tak k polovičnímu 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 sblížení jsou identické u středně i vysoce homogenních bází.

U čtvrté skupiny bází (bod 5, část A, příloha č. 1), tzv. speciálních, dojde oproti referenčnímu období pouze k převodu jednotné sazby IR-DRG na CZ-DRG (transplantace), případně k pokračování úhrady formou jednotné sazby CZ-DRG (pneumoonkochirurgie, onkogynekologie). U této péče jsou již sazby historicky úplně sjednoceny a nedává smysl je hradiť jinak než jednotně, což navazuje na tento typ úhrady v roce 2020 a 2021.

U poslední skupiny bází, tj. u akutní psychiatrické péče, dojde k vyjmutí z paušální úhrady a hrazení jednotnou CZ-DRG základní sazbou, přičemž se dále aplikuje redukce casemixu přes regulaci růstu mediánové délky hospitalizace (zde bylo zasaženo do dohody z dohodovacího řízení, která obsahovala v psychiatrii prokazatelně nefunkční regulaci skrze casemix na počet případů). Psychiatrie v CZ-DRG je navázána na délku hospitalizace a hrozí u ní umělé navyšování délky pobytu. Redukce casemixu tuto negativní motivaci limituje. Základní sazba pro psychiatrii je dále modifikována plněním kritérií poskytování péče a transformačního plánu.

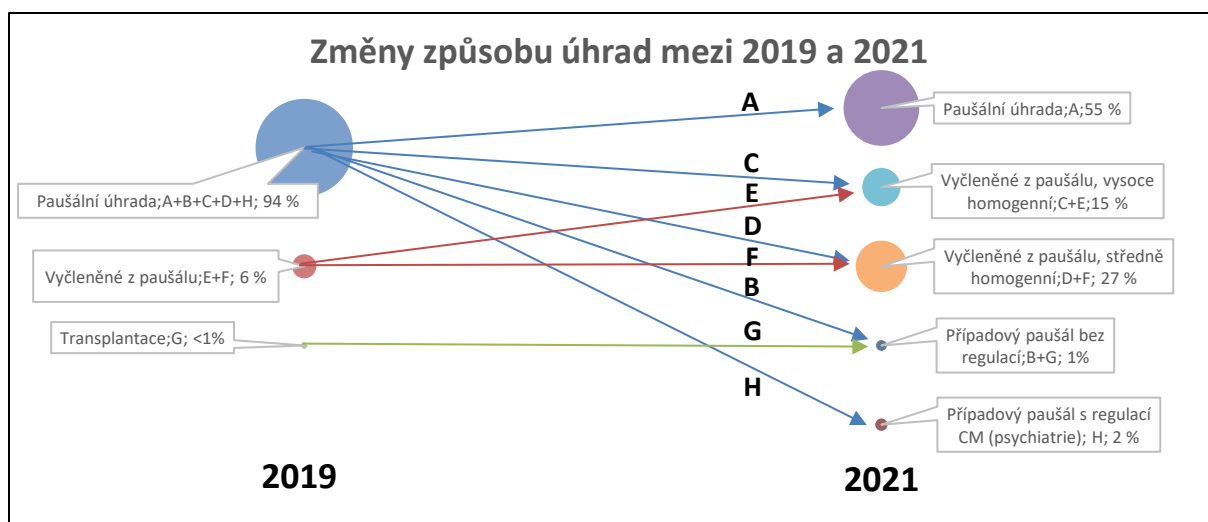
Ve všech úhradových mechanismech je oproti referenčnímu období dále zrušeno navýšení úhrady za ošetrovací dny určené na kompenzaci nákladů za směnnost sester. Toto navýšení je plně obsaženo v referenční úhradě, případně v nákladech, ze kterých jsou vypočteny základní sazby CZ-DRG.

Celkový průměrný meziroční růst úhrad akutní lůžkové péče je odhadován na 5,5 %, z čehož 4 % plynou z navyšování paušální úhrady a CZ-DRG základní sazby, a zbylých 1,5 % plyne z navyšování minimálních základních sazeb.

Struktura jednotlivých úhradových skupin v příloze č. 10 k vyhlášce zůstává oproti roku 2021 zachována s výjimkou změny zařazení robotické chirurgie a drobných změn způsobených aplikací nové verze CZ-DRG 4.0 revize 1. Ve vztahu k referenčnímu období se struktura úhrad mění následovně:

2019			
Způsob úhrady	Část přílohy č. 10	CZ-DRG CM	% celku
Paušální úhrada	A+B+C+D+H	1 800 220	93 %
Vyčleněné z paušálu s IZS	E+F	135 989	7 %
Transplantace	G	8 372	<1 %

2022			
Způsob úhrady	Část přílohy č. 10	CZ-DRG CM	% celku
Paušální úhrada	A	1 055 655	55 %
Vyčleněné z paušálu vysoce homogenní	C+E	280 229	15 %
Vyčleněné z paušálu středně homogenní	D+F	521 703	27 %
Případový paušál bez regulací	B+G	22 674	1 %
Případový paušál s redukcí CM	H	28558	2 %



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 druhým 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 2022 rovná alespoň 97 % produkce referenčního období, obdrží poskytovatel od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady. Dosáhne-li nemocnice poměrně nižší úrovně produkce, bude její individuální paušální úhrada ve stejné proporcii 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 4 % oproti roku 2021. Ke sblížení sazeb dochází v omezené míře pomocí minimálních základních sazeb (viz níže) a ve větší míře v úhradě vyčleněné z paušálu. V paušální úhradě však plošně sblížení CZ-DRG sazeb není opodstatněné, dokud nebudou identifikovány 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, která je však oproti roku 2021 nově ustanovena. Všechny již existující minimální základní sazby jsou pak navýšeny o 4 % oproti roku 2021. 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):

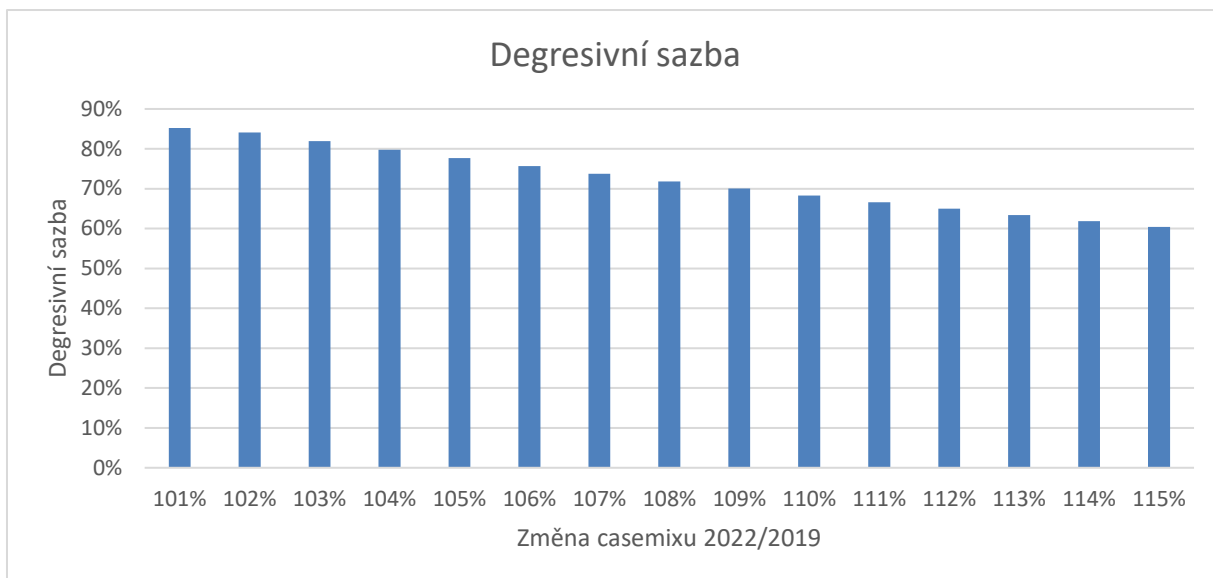
Výpočet redukovaného casemixu zahrnuje ochranu proti účelovému chování poskytovatele (výběru pouze pacientů s vysokou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům (Cobb-Douglasova funkce) či dokonce přímo účelovému chování (upcoding) a překládání pacientů k poskytovatelům následné lůžkové péče nebo na oddělení následné lůžkové péče téhož poskytovatele nebo překládání pacientů k jiným poskytovatelům akutní lůžkové péče (unbundling)).

Cobb-Douglasova funkce – pravidlo je stanoveno tak, že pokud se průměrná obtížnost případu (měřená jako celkový casemix dělený počtem případů) v roce 2022 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 5 %, dostane se poskytovatel do pásma plynulé degrese. V případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese menší nebo roven 0,1, dostane se poskytovatel do plynulé degrese až pokud se celkový casemix dělený počtem případů v roce 2022 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 15 %. Tímto opatřením se zohledňují větší výkyvy casemixu v jednotlivých letech u zdravotních pojišťoven, které mají malé zastoupení pojištěnců v daném okrese, tzn. několik nákladnějších pojištěnců může navýšit významně casemix, aniž by docházelo k účelovému chování.

Unbundling – jelikož u malého počtu překladů pacientů může vychýlení z referenčních hodnot způsobit velmi výrazné snížení casemixu, aniž by docházelo k účelovému chování (unbundlingu), regulace za takové překlady se uplatňuje pouze v případě, že je počet překladů v referenčním nebo hodnoceném období větší než 100 nebo pokud je počet případů, které jsou překládány, větší nebo roven 10 % z celkového počtu případů u dané zdravotní pojišťovny.

Bod 3.6 (iii):

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 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. jednotnou základní sazbou CZ-DRG. 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 přeučtování péče.

K § 5 a příloze č. 1, části A, bodu 7

Úhrada ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) v roce 2022 bude uplatňovat podobné principy úhrady jako v roce 2021. Při splnění produkčních ukazatelů bude navýšení úhrady oproti roku 2021 ve výši 3,8 %, 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 4,8 %, což je téměř ekvivalentní růstu úhrad akutní lůžkové péče. Takto stanovená výše růstu představuje zásah do dohody, kde veškerý růst byl navázán na bonifikační kritéria a byl ve výši 3,5 % meziročně. Toto ustanovení dohody bylo diskriminační vůči poskytovatelům bez nepřetržitého provozu ambulancí a v důsledku by vytvářelo i nerovný přístup mezi ambulancemi v nemocnicích a mimo nemocnice. Z tohoto důvodu ministerstvo dohodu upravilo.

Hodnoty bodu u ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče se stanoví ve stejné výši jako u mimo-nemocničních ambulancí, přičemž v některých případech pro dosažení tohoto cíle bylo nutné v několika případech zasáhnout do dohody z dohodovacího řízení. U výkonově hrazených výkonů a odborností jsou nově místo explicitního uvedení hodnoty bodu dány pouze odkazy na konkrétní ustanovení ambulantních příloh, čímž je zajištěna

rovnost hodnoty bodu. U výkonů novorozeneckého laboratorního screeningu, který poskytují typicky pouze nemocnice, byla hodnota bodu nad rámec dohody navýšena, aby růst úhrad odpovídal ostatním typům prováděných screeningových vyšetření. Oproti dohodě navíc byly některé další odbornosti přeřazeny z paušální úhrady do výkonového systému, čímž došlo k narovnání úhradového mechanismu s mimo-nemocničními ambulancemi.

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. Oproti dohodě dále dochází ve veřejném zájmu k zahrnutí bonifikací hodnoty bodu z mimo-nemocničních ambulančí do hodnoty bodu pro výkony a odbornosti, které nejsou zahrnuty do ambulantního paušálu a jsou hrazeny výkonově, a tudíž se na ně nevztahuje bonifikace za nepřetržitý provoz nemocničních ambulančí. Na bonifikační kritéria v ambulancích mimo nemocnice je v posledních letech navázáno až 10 % úhrady a nezahrnutí těchto kritérií do úhrad v nemocničních ambulancích by představovalo nedovolenou veřejnou podporu pro mimo-nemocniční ambulance.

I nadále budou zachovány dva základní principy ambulantní složky úhrady – úhrada formou stropu úhrad a možnost nadprodukce mimo komplement. Zásadní změna se dotkne oblasti gynekologie, kde je stanovena balíčková úhrada za předporodní ambulantní péči, která do sebe agreguje všechna předporodní ambulantní vyšetření. Tato změna navazuje na podobný trend agregace úhrad v mimo-nemocničních gynekologických ambulancích. Oproti dohodě z dohodovacího řízení byly předporodní balíčky upraveny tak, aby neevidující poskytovatel dostal uhrazenou alespoň nepravidelnou péči o těhotné pojištěnky (v dohodě na úhradu měl nárok pouze poskytovatel evidující těhotnou k porodu, což odporuje právním předpisům).

V oblasti úhrady urgentního příjmu došlo k významnému zásahu do dohody z dohodovacího řízení. V roce 2021 vstoupily v účinnost nové výkony péče na urgentním příjmu, které diferencují výkonnost urgentních příjmů jednotlivých nemocnic a lépe popisují poskytovanou péči. Po pilotním nastavení úhrady v roce 2021 bylo v rámci dohody na rok 2022 dohodnuto, že nový regulovaný výkonový systém úhrady bude opuštěn a úhrada bude stanovena paušálním způsobem. Tato změna je z hlediska veřejného zájmu neakceptovatelná, jelikož popírá principy reformy urgentních příjmů a práci spojenou s tvorbou a vykazováním nových výkonů. Místo úpravy z dohody je tudíž úhrada urgentních příjmů řešena analogicky jako v roce 2021, přičemž horní strop pro výkonovou úhradu byl navýšen z 1,25násobku úhrady roku 2020 na 1,40násobek úhrady roku 2020, 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. Z dohody 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.

Veškeré testování v souvislosti s epidemií COVID-19 je hrazeno bez limitace, což představuje zásah do dohody nemocnic, ale zároveň se jedná o uvedení tohoto ustanovení v soulad s dohodou v segmentu laboratoří. Na základě principu jednotného způsobu úhrady nemocničních a mimo-nemocničních ambulancí je nutné vyjmout testování COVID-19 i z ambulantního paušálu v nemocnicích.

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. Tyto složky úhrad již existovaly v minulých letech, pouze nebyly začleněny společně do jednoho bodu.

Dále je nad rámec dohody z dohodovacího řízení definována bonifikace pro poskytovatele, který zajišťuje paliativní péči prostřednictvím samostatného paliativního týmu. Cílem tohoto opatření je zajistit udržitelnost pilotního projektu financovaného z EU a podpora paliativní péče v nemocnicích, která zlepšuje kvalitu zbývajících života pacientů v terminálním stavu, pomáhá jejich rodinám s péčí o své blízké a má potenciál úspory nákladů nemocnic (pacienti jsou častěji přesunuti do domácí péče nebo skončí s léčbou, která nezlepšuje jejich zdravotní stav).

V současné době splňují podmínky přiznání bonifikace následující nemocnice:

Bonifikace 1 315 000 Kč	Bonifikace 2 630 000 Kč
KN Jihlava*	FNKV Praha*
FN Ostrava	VFN Praha*
MOÚ Brno	FN Motol Praha – pro dospělé*
ÚHKT Praha	FN Motol Praha – pro děti*
IKEM Praha	KN Ústí nad Labem*
ÚVN Praha	FN Olomouc*
Nem. Jilemnice / Semily	KN Zlín
Nem. Jindřichův Hradec	FN Hradec Králové
Nem. Třebíč	
Nem. Pelhřimov	
Nem. Nové Město na Moravě	
Nem. Havlíčkův Brod	
Nem. Znojmo	
FN U svaté Anny, Brno	
Nem. Opava	
Nem. České Budějovice	
FN Brno	
Celkové náklady na tyto týmy 22,355 mil. Kč	Celkové náklady na tyto týmy 21,040 mil. Kč
Celkové náklady na všechny týmy 43,395 mil. Kč	

* Paliativní týmy v nemocnicích, které byly do února 2021 financované z prostředků EU a následně financované na základě podepsaného Memoranda o spolupráci na zajištění udržitelnosti a na rozvoji paliativních týmů u poskytovatelů akutní lůžkové péče v České republice.

K § 5 a příloze č. 1, části B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka, hospice) bude v roce 2022 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Při stanovení paušální sazby ministerstvo ve veřejném zájmu upravilo dohodu z dohodovacího řízení, a to ve třech hlavních ohledech:

1. V dohodě byla zrušena kvalitativní kritéria poskytování následné péče, která od roku 2020 navyšují úhradu poskytovatelům, kteří poskytují péči při vyšším personálním nebo technickém standardu. Tyto standardy byly vyjednány na speciálně zřízené komisi Ministerstva zdravotnictví a představují konsensus mezi jednotlivými aktéry systému. Zrušení bonifikací za kvalitu by bylo krokem zpět, který nijak nediferencuje úhradu dle kvality služeb, a ve výsledku ohrožuje kvalitu dostupných služeb pro pacienty.
2. V dohodě je jako referenční rok pro paušální sazbu stanoven rok 2019. Na rozdíl od jiných segmentů, v následné péči paušální sazba nemá vazbu na objem poskytované péče, ale pouze stanovuje jednotkovou úhradu za péči. Z tohoto důvodu je paušální sazba tradičně indexována ve vztahu k předcházejícímu roku. Epidemie COVID-19, jakkoliv zasáhla do objemu poskytovaných služeb, nijak neovlivňuje jednotkovou úhradu (propady produkce jsou řešeny formou kompenzací, nikoliv formou navyšování úhrady). Naopak stanovení roku 2019 jako reference pro paušální sazbu by s sebou přineslo komplikace v podobě problematiky příspěvků na směnnost

a komplikovalo by výpočet a stanovení paušální sazby. Ve veřejném zájmu a pro přehlednost stanovení úhrady Ministerstvo zdravotnictví změnilo referenční rok pro výpočet paušální sazby na rok 2021.

3. V současné době dochází v oblasti dětské psychiatrie k zásadní krizi, která kromě nárůstu počtu pacientů je způsobena i nedostatečným financováním. Pro řešení tohoto problému v následné psychiatrické péči Ministerstvo zdravotnictví ve veřejném zájmu navyšuje paušální sazbu OD 00026 o dodatečných 15 %.

Po zásahu do dohody bude paušální sazba v roce 2022 stanovena jako paušální sazba v roce 2021 násobená koeficientem navýšení podle příslušného typu OD a kategorie pacienta. Ve většině případů je koeficient navýšení stanoven ve výši 1,04. Zmíněný růst bude navýšen o další 0,003, za každé poskytovatelem splněné kvalitativní kritérium uvedené v písmenu d) v bodech i) a ii). Kvalitativní kritéria byla dohodnuta v roce 2019 mezi zástupci zdravotních pojišťoven a segmentu následné lůžkové péče v Komisi pro stanovení kvalitativních kritérií u následné lůžkové péče. 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 roku 2021, ve kterém v rámci úhradové vyhlášky nebyla psychiatrické péče nikterak bonifikována. Tento růst je podmíněn plněním transformačního plánu poskytovatele v rámci reformy psychiatrické péče. Nad rámec tohoto růstu je pro řešení krize v dětské psychiatrické péči navýšena úhrada o dodatečných 15 %.

U výkonů následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a následné ventilační péče a OD 00033 a 00035 dochází rovněž k zásahu do dohody z dohodovacího řízení. Dohoda v reakci na předpokládané navýšení počtu bodů u výkonů ošetrovacích dnů v seznamu výkonů, plynoucí ze zvýšení mzdových indexů o 10 %, snížila hodnoty bodu pro tyto výkony. Pro rok 2022 však výkony ošetrovacích dnů v seznamu výkonů navyšované nejsou a snížení hodnoty bodu znamená významné snížení úhrady pro tuto péči. Pro nápravu tohoto stavu ministerstvo ve veřejném zájmu upravilo hodnoty bodu, aby u této péče došlo ke 4% navýšení úhrady.

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 zachován nový způsob výpočtu maximální výše úhrady. Z důvodu menšího počtu unikátních pojištěnců u jednotlivých pojišťoven v tomto segmentu mají i menší produkční změny výrazný vliv na úhradové mechanismy. Proto je v tomto segmentu 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 dle znění dohody stanovena na 1,17 Kč, což reflektuje růst mzdových indexů v seznamu výkonů o 10 %.

Index navýšení je pro rok 2022 nastaven na hodnotu 1,18, tzn. růst průměrné úhrady o 18 % oproti roku 2019, tedy cca 4 % oproti roku 2021. Minimální hodnota bodu byla stanovena na 0,88 Kč. Stanovení indexu navýšení ve výši 1,18 představuje zásah do dohody z dohodovacího řízení, která počítala s indexem pouze ve výši 1,15, což představuje méně než 1% meziroční růst úhrady, což je méně než u všech ostatních segmentů. Ve veřejném zájmu ministerstvo stanovilo růst úhrady analogický s ostatními segmenty.

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.

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. Oproti roku 2021 dochází k navýšení základních kapitačních sazeb. Pro praktické lékaře je pro rok 2022 ponecháno rozdělení kapitačních plateb do čtyř základních druhů ve výši 57 Kč, 51 Kč, 48 Kč a 51 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, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2022, bude základní kapitační platba navýšena o 1,00 Kč. Další navýšení kapitační platby o 1,00 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.

Hodnota bodu za výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě, se snižuje o 0,01 Kč u výkonů preventivních prohlídek, dispenzarizace diabetiků a výkonů očkování, a u ostatních výkonů se snižuje o 0,02 Kč. Tyto změny reagují na zvýšené bodové ohodnocení výkonů v seznamu výkonů související s navýšením mzdových indexů o 10 %. Hodnota bodu se může dále navýšit o 0,04 Kč, pokud alespoň 50 % lékařů, kteří u poskytovatele poskytují hrazené služby, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů a o další 0,05 Kč, 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 1,24 Kč (maximum hodnoty bodu pro české pojištěnce) a hodnota bodu pro bod C (hrazené služby podle seznamu výkonů) je stanovena na 1,00 Kč.

Úhrada za každou epizodu péče nebo kontaktu u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře zůstává ve výši 65 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 vyjmuto z regulací na vyžádanou péči. Úprava mechanismu dorovnání kapítace byla zpřesněna za účelem zajištění jednoznačnosti při aplikaci.

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. Z tohoto důvodu Ministerstvo zdravotnictví v úhradové vyhlášce na rok 2022 nečiní zásadní změny v úhradových mechanismech segmentu a navazuje na dohodu pro rok 2021 pouze s parametrickými úpravami, které odráží další růst mzdových indexů v seznamu výkonů o 10 % v roce 2022 a celkové tempo růstu ambulantních segmentů, které je stanoveno na 4 % meziročně.

Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených přepočtenou průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a indexem 1,03, který umožní přirozený růst segmentu. Navýšení ceny práce nositelů výkonů o dalších 10 % zohledňuje již existující vzorec pro výpočet hodnoty průměrné úhrady za výkony, který sám o sobě navyšuje regulační limit PURO (proto na rozdíl od ostatních segmentů je koeficient navýšení snížen oproti roku 2021, nikoliv navýšen). 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.

U odbornosti 306 podle seznamu výkonů dochází v reakci na aktuální krizi v této odbornosti k zásadnímu navýšení financování. Předně byla navýšena základní hodnota bodu o 0,19 Kč a dále jsou stanovena dvě dodatečná bonifikační kritéria – jedno za prodloužené ordinační hodiny (nebo jejich prodloužení) a druhé za dispenzarizace pacientů. Ministerstvo zdravotnictví si od těchto změn slibuje následující dopady:

- Vyšší atraktivita oboru dětské psychiatrie. V současné době je úhradově výhodnější být poskytovatelem v oboru dospělé psychiatrie než dětské psychiatrie, a to i přes nižší náročnost dospělého oboru. Narovnání financování pomůže přitáhnout více

budoucích psychiatrů do dětského oboru a může vést k navýšení péče o dětské klienty u stávajících psychiatrů, kteří mají atestaci v obou oborech.

- Zvýšení dostupnosti péče pro klienty – navýšení úhrady, obzvláště její bonifikační části, může motivovat poskytovatele k prodloužení ordinační doby, čímž dojde k navýšení kapacity v oboru a zvýšení dostupnosti pro klienty. Zároveň u poskytovatelů, kteří poskytují péči v odbornostech 305 a 306 podle seznamu výkonů, tato bonifikace motivuje k navýšení podílu dětských pacientů ošetřených u těchto poskytovatelů.
- Zvýšení efektivity, a ve výsledku i objemu, poskytované péče. V současné době drtivá většina poskytovatelů v odbornosti 306 podle seznamu výkonů nezaměstnává sestru ani pomocného administrativního pracovníka, což znamená, že část drahocenného času dětských psychiatrů je dedikována na administrativní a neodborné činnosti. Navýšení úhrady poskytovatelům umožní najmutí dodatečně pracovní síly pro obsluhu ordinace, a tím uvolní čas lékaře pro péči o další klienty.

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.

Kompensace 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 vykázání výkonu klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let věku, které navýší základní úhradu výkonu o 40 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. 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 15 % průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v referenčním období (v dohodě byl základní růst úhrady 13 %, který ale ministerstvo ve veřejném zájmu navýšilo v reakci na změny v bonifikačních koeficientech, viz níže). 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.

Dohoda dále bonifikuje ty poskytovatele, kteří alespoň u 45 % svých registrovaných pojištěnců dané zdravotní pojišťovny provedou v hodnoceném období preventivní prohlídku (tj. vykáží výkon č. 63050 podle seznamu výkonů). Toto ustanovení si klade za cíl zvyšování počtu pacientek, které absolvují preventivní prohlídky, a zvyšuje pravděpodobnost včasného zachytu závažných onemocnění.

Pro rok 2022 nedochází k valorizaci úhrad za úhradové balíčky za péči o registrované těhotné pojištěnky. Úhrady jsou stále stanoveny dle tří variant podle fází probíhajícího těhotenství (trimestrů). Pro úhradu musí zároveň poskytovatel splnit předem dohodnutá kritéria. Oproti dohodě byla upravena textace jednotlivých dohodnutých balíčkových úhrad – význam zůstává stejný, jak je vyjádřen v dosažené 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.

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. Oproti dohodě byla odstraněna pozitivní bonifikace za malý poměr těhotných pojištěnek, na které byly vykazány výkony genetického vyšetření nebo specializovaná ultrazvuková vyšetření. Poskytovateli bude snížen celkový limit maximální úhrady, pokud jeho podíl těhotných pojištěnek, na které byly vykazány výkony genetického vyšetření překročí 40 % respektive 60 %. Druhý z nich je pak index ultrazvukových vyšetření se stejným zohledněním poměru vykázaných ultrazvukových vyšetření u registrovaných těhotných pojištěnek a stejnými změnami oproti uzavřené dohodě. Cílem obou změn je nemotivovat lékaře, aby omezovali péči o těhotné pojištěnky.

Úhrada služeb asistované reprodukce je hrazena přes domluvené balíčky – IVF, které byly rovněž valorizovány. Do textu návrhu vyhlášky byla adaptována dohoda stanovením balíčkové úhrady vybraných hrazených služeb.

Dále byla v rámci dohody zvýšena úhrada epizody péče. V segmentu ambulantních gynekologů došlo k dohodě na navýšení úhrady za každou epizodu péče nebo kontaktu u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře, a to ve výši 65 Kč.

Současně dochází k technickým změnám v textu, které však nemají vliv na význam dohody.

Hodnota bodu je navýšena pouze o 0,01 Kč, což reaguje na navýšení mzdových indexů o 10 % v seznamu výkonů.

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, která však byla upravena ve veřejném zájmu. Zásadní změnou plynoucí z dohody na rok 2022 je stanovení agregované úhrady za registrovaného pojištěnce ve výši 15 Kč za měsíc (17 Kč pro poskytovatele s dokladem o celoživotním vzdělávání). Agregovaná úhrada zahrnuje primárně výkon druhé preventivní prohlídky v roce, která nebude již hrazena výkonově, ale její úhrada je zahrnuta v agregované platbě, přičemž vykazován bude pouze nový signální výkon. Kromě toho agregovaná platba zahrnuje další drobné zdravotní úkony, které dosud byly součástí výkonů preventivních prohlídek. Deklarovaným cílem zavedení agregované platby je zvýšit počet pojištěnců registrovaných u poskytovatelů stomatologické péče a navýšit počet osob, kterým je každý rok prováděna první preventivní prohlídka.

Do uzavřené dohody Ministerstvo zdravotnictví ve veřejném zájmu přidalo podmínku pro výplatu agregované platby, kterou je provedení alespoň jedné preventivní prohlídky u pojištěnce. Poskytovatel tak obdrží agregovanou platbu pouze za své registrované pojištěnce, kterým v daném roce provedl preventivní prohlídku (nebo registrační vyšetření). Bez tohoto omezení by hrozilo, že poskytovatelé sice budou nové pojištěnce ve zvýšené míře registrovat, ale skutečný počet provedených preventivních prohlídek se dlouhodobě nezvýší. Součástí tohoto zásahu je i stanovení záloh na agregovanou platbu, které řeší časový nesoulad mezi výplatou agregované platby a termínem provedení preventivní prohlídky v daném roce.

Kromě agregované platby bylo v rámci dohodovacího řízení dohodnuto navýšení úhrady extrakcí zubů a ortodontických výkonů. 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 ortodoncie.

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 dohody z dohodovacího řízení s tím, že v souladu s dohodou došlo k rozdělení přílohy č. 5 na dvě části, kde část A) stanovuje úhrady radiodiagnostiky a část B) stanovuje úhrady laboratoří. Všechny hodnoty bodu již reflektují navýšení mzdových indexů o 10 % v seznamu výkonů v roce 2022.

V subsegmentu radiodiagnostických služeb dohoda 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 případě ošetření zahraničních pojištěnců pro odbornosti radiodiagnostiky se hodnota bodu stanoví ve výši 1,36 Kč pro screening a skiografii a ve výši 0,61 Kč pro MR a CT, což představuje odchylku od dohody z důvodu uvedení úpravy v soulad s právními předpisy, kdy úhrada pro české pojištěnce nemůže být vyšší než úhrada pro zahraniční pojištěnce.

V subsegmentu laboratorních služeb dohoda 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 výkonově a mají stanoven samostatný maximální limit úhrady, dochází k navýšení hodnoty body těchto výkonů z 1,10 Kč na 1,12 Kč. Hodnota bodu je odlišně stanovena pro odbornosti 802 a 818 podle seznamu výkonů (0,87 Kč pro držitele osvědčení o akreditaci či o auditu, jinak 0,40 Kč) a pro ostatní odbornosti podle seznamu výkonů (0,74 Kč pro držitele osvědčení o akreditaci či o auditu, jinak 0,40 Kč). Pro hrazené služby v odbornosti 816 podle seznamu výkonů je pak stanovena hodnota bodu 0,81 Kč. Pro výkon č. 81733 podle seznamu výkonů – kvantitativní stanovení krve ve stolici na analyzátoru je stanovena vyšší hodnota bodu – 1,12 Kč, a tento výkon je hrazen výkonově bez regulace, stejně jako výkony screeningu děložního hrdla, pro které je stanovena hodnota bodu rovněž 1,12 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.

Oproti dohodě je ve veřejném zájmu navýšena hodnota bodu pro výkony č. 81021, 81022 a 81023 podle seznamu výkonů, které jsou na rozdíl od ostatních laboratorních výkonů prováděny lékařem, a proto není vhodné na ně aplikovat sníženou laboratorní hodnotu bodu. Těmto výkonům je tudíž nově přiřazena hodnota bodu 1,03 Kč, která je analogická s hodnotou bodu ostatních klinických vyšetření prováděných lékaři v jiných segmentech.

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

V souladu s dohodou jsou vyjmuty z limitů testy na onemocnění COVID-19.

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.

V části A je regulační omezení 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 1,21. Výpočet celkové výše úhrady

bude i nadále zahrnovat zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců. Pokud úhrada za mimořádně nákladné pojištění (pětinásobek průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období) v hodnoceném období převýší úhradu za mimořádně nákladné pojištění v referenčním období, bude poskytovateli tato úhrada zaplacená.

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 25 %, 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 reakci na navýšení mzdových indexů byly již v dohodě přepočteny hodnoty bodu tak, aby byl zachován celkový dohodnutý objem finančních prostředků v segmentu.

V rámci úhrad zdravotních služeb v odbornosti 926 podle seznamu výkonů budou výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu 1,03 Kč. V růstu segmentu se plně projeví navýšené mzdové indexy v seznamu výkonů. 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. Hodnota bodu zůstává identická s rokem 2021, což znamená, že se v objemu péče plně projeví růst mzdových indexů o 10 % v seznamu výkonů v roce 2022.

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. Index navýšení byl dohodnut na 1,08. V roce 2022 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 %.

Dochází k rozšíření hlavních diagnóz, které jsou hrazeny výkonově bez regulace. Cílem je motivovat poskytovatele k poskytování komplikovanějších služeb bez hrozby finančních regulací a současně zlepšit dostupnost těchto služeb. Dále je 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. 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. Na základě této dohody budou poskytovatelé dialyzační péče hrazeni stejně jako v roce 2021 výkonově s tím, že hodnota bodu bude navýšena o 0,03 až 0,04 Kč (dle konkrétního výkonu), pokud poskytovatel reportuje kvartálně výsledky jím poskytované dialyzační péče. Parametry kvality budou posuzovány dle dohodnutých kritérií dialyzační léčby.

Neboť není přípustné, aby úhrady veřejných prostředků vyplývaly z nezávazných číselníků zdravotních pojišťoven, které se navíc mohou v čase měnit (příčemž 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 dohody. Dohoda spočívá v pokračování ve výkonovém způsobu úhrady a v navýšení hodnoty bodu jak pro zdravotní, tak pro dopravní výkony.

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. Nadále bude používán výkonový způsob úhrady bez limitů, s navýšenou hodnotou bodu oproti roku 2021 o 0,04 Kč

K § 16

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby ve výši 1,00 Kč obdobně jako v roce 2021, čímž se plně projeví dopad navýšených mzdových indexů v seznamu výkonů. 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 základě dohody uzavřené v dohodovacím řízení. 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 2019 navýšené o 12 %.

V případě ozdravoven je výše úhrady za jeden den pobytu navýšena na 1 019 Kč.

K § 18

Stanoví se úhrada ve výši 40 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon klinického vyšetření. Tato úhrada se nezapočítává do žádného omezení, jako je maximální výše úhrad atd.

Dále se zde stanoví navýšení úhrady za výkon odběru biologického materiálu v souvislosti s testováním na onemocnění COVID-19 – tato bonifikace slouží jako kompenzace zvýšených nákladů spojených s tímto odběrem.

K § 19

V segmentu lékárenské péče byla uzavřena dohoda. Dle dohody se stanoví úhrada ve výši 17 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon výdeje jednoho druhu léčivého přípravku, základní dispensace a související administrativa. Dále po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli lékárenské péče 12 Kč za každé převedení listinného receptu (včetně receptu s modrým pruhem) do elektronické podoby, stejně jako tomu bylo v roce 2021. Oproti dohodě bylo doplněno, že úhrada za převedení listinného receptu bude vyplacena nejpozději do 150 dní po skončení hodnoceného období.

Z textu vyhlášky byla z legislativních důvodů vypuštěna vazba převedení listinných receptů pouze na ztotožnění pojištěnce, s tím, že tento pojem není možné na úrovni vyhlášky definovat. Z tohoto důvodu je pojem ztotožněný pojištěnec zachován pouze v odůvodnění k vyhlášce. Ztotožněným pojištěncem se rozumí pojištěnec ztotožněný proti Registru obyvatel (ROB), což je jeden ze základních registrů ČR a jediný zdroj referenčních dat, který státní instituce v ČR musí využívat. Ztotožňování pacienta probíhá primárně podle jména, příjmení a data narození, které jsou zadávány nebo jsou údaje převzaty z evidence. Pokud nedojde ke ztotožnění, pacient neuvidí takto vystavený eRecept či zdigitalizovaný listinný recept

v přehledu svých eReceptů a nebude takto uložený elektronický záznam o receptu viditelný ani v lékovém záznamu pacienta přístupném ostatním zdravotníkům.

Ztotožňování pacienta je nutné k jednoznačnému přiřazení konkrétního eReceptu či elektronického záznamu receptu konkrétnímu člověku tak, aby se stoprocentně zamezilo tomu, že by někdo omylem mohl vidět i cizí recepty s předepsanými léky.

K § 20

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 2022.