

ODŮVODNĚNÍ

Návrh vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

I. Obecná část

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

A. VYSVĚTLENÍ NEZBYTNOSTI NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY, ODŮVODNĚNÍ HLAVNÍCH PRINCIPŮ, ZHODNOCENÍ PLATNÉHO PRÁVNÍHO STAVU

Ministerstvo zdravotnictví na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“), zpracovalo návrh vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška“).

Cílem vyhlášky je provést potřebné změny v seznamu zdravotních výkonů, tj. zařazení nových výkonů, aktualizace stávajících výkonů, které svým obsahem (popis, materiály, léky, přístroje) neodpovídaly skutečnosti, vyřazení výkonů, které se již nepoužívaly při vykazování zdravotní péče a byly nahrazeny modernějšími metodami či technologiemi.

V souvislosti se zařazováním nových výkonů zpravidla také dochází k rozšíření a doplnění, popř. inovaci, pravidel pro vykazování zdravotních výkonů. Tato pravidla jsou popsána v obecné části vyhlášky. Vyhláškou jsou také odstraněny nepřesnosti ve formulacích (např. v popisech výkonů – zkratky, nejasná časová vymezení atd.), které mohly způsobovat nejasný výklad. Dále jsou ve vyhlášce provedeny nezbytné změny s ohledem na platnou a účinnou právní úpravu, rozvoj jednotlivých medicínských oborů, míru inflace, která je vyjádřena přírůstkem průměrného ročního indexu spotřebitelských cen a s ohledem na veřejný zájem na zajištění zdravotních služeb. Podrobněji jsou jednotlivé změny vysvětleny ve zvláštní části odůvodnění.

Návrh vyhlášky obsahuje v návaznosti na jednání poradního orgánu ministra zdravotnictví – Pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů (dále jen „Pracovní skupina“) novelizaci stávajících zdravotních výkonů, zařazení nových zdravotních výkonů a zrušení nepoužívaných zdravotních výkonů. Celkově návrh obsahuje zařazení či aktualizaci 116 zdravotních výkonů včetně 5 zdravotních výkonů, které jsou navrženy ke zrušení.

V předloženém materiálu je zejména navrhováno:

1. zařadit do vyhlášky 48 nových zdravotních výkonů,
2. vyřadit z vyhlášky 5 obsoletní zdravotní výkony již vzhledem k novějším medicínským metodám,
3. zajistit odstranění technických nedostatků vyhlášky (např. upřesnění popisu výkonu č. 09554, tak aby byl v souladu s dalšími výkony, které se v popisu uvádějí),
4. aktualizovat 63 stávajících zdravotních výkonů (např. zdravotní výkony odbornosti 002 – praktické lékařství pro děti a dorost, 101 – vnitřní lékařství, 205 – pneumologie a ftizeologie, 215 – pneumologie a ftizeologie – skupina 1, 535 – kardiochirurgie – skupina 3, 526 – neurochirurgie

– skupina 2, 810 – radiologie a zobrazovací metody – skupina 1, 823 – laboratoř patologie, 999 – univerzální mezioborové výkony atd.).

Podle § 17b zákona č. 48/1997 Sb. zařazení, změnu či vyřazení zdravotního výkonu ze seznamu zdravotních výkonů navrhuje Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovna nebo příslušná odborná společnost sdružená v České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, profesní organizace nebo odborná společnost, která sdružuje fyzické osoby s odbornou nebo specializovanou způsobilostí vykonávající zdravotnické povolání. Každý návrh registračního listu zdravotního výkonu musí obsahovat název, zdůvodnění návrhu, popis zdravotního výkonu a jeho provedení, pravidla pro jeho vykazování a podklady pro výpočet jeho bodové hodnoty. Současně se u návrhu posuzuje účinnost zdravotního výkonu a porovnání s prokázaným léčebným přínosem existujících postupů ve stejné nebo podobné indikaci. Ministerstvo zdravotnictví vzory návrhu registračního listu zdravotního výkonu včetně pokynů pro jeho vyplnění zveřejňuje na internetových stránkách. Na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví jsou návrhy předložených návrhů registračních listů zdravotních výkonů vyvěšeny pod dobu 30 dnů (http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/navrhy-registracnich-listu_12340_998_3.html).

Návrhy jednotlivých zdravotních výkonů, které jsou uvedeny ve zvláštní části, postup stanovený v § 17b zákona 48/1997 Sb. naplnily.

V současné době se postupuje podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška je novelizována zpravidla jednou ročně. Dosud poslední novelu dané vyhlášky představuje vyhláška č. 243/2021 Sb., která nabyla účinnosti dne 1. července 2021.

Na základě rozvoje jednotlivých medicínských disciplín a dalších navazujících oborů kontinuálně probíhá proces zařazování nových zdravotních výkonů do vyhlášky, změn v obsahu zařazených zdravotních výkonů a vyřazování některých zdravotních výkonů, které již nevyhovují medicínským poznatkům. Vznikají celé nové medicínské obory, s nimiž přicházejí také nové možnosti léčení, prodloužení a zkvalitnění lidského života. Současně technický pokrok umožňuje medicínské využití zcela nových technologií, materiálů či konstrukci zcela nových přístrojů, nových typů zdravotních pomůcek apod. Vznik, změna a případně zánik jednotlivých zdravotních výkonů je tedy výsledkem určitého objektivního vývoje, který je podmíněn rozvojem medicíny jako takové a ostatními změnami ve zdravotnictví. Trvalým a nutným požadavkem na vyhlášku a smyslem její každoroční novelizace pak je, aby vyhláška odpovídala aktuálnímu stavu medicíny, organizaci systému veřejného zdravotního pojištění a tomu, jaké zdravotní služby jsou reálně poskytovány.

Výše uvedený trend je objektivně dán a je třeba adekvátním způsobem reagovat tak, aby vyhláška v maximální dosažitelné míře odpovídala stavu vědeckého poznání a požadavku na racionální vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění. Medicína se neustále vyvíjí a posouvá, a aby byly pacientům zajištěny kvalitní zdravotní služby, je zapotřebí s tímto vývojem zachovávat krok a vyhlášku průběžně novelizovat a udržovat ji aktuální. Jednotlivé zdravotní výkony je přitom třeba odborně posuzovat především z medicínských hledisek, k čemuž slouží zmíněná Pracovní skupina.

Subjekty dotčenými návrhem vyhlášky jsou účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny, pojištěnci veřejného zdravotního pojištění a další osoby, kterým jsou poskytovány zdravotní služby.

Zachování vyhlášky v současné podobě by znamenalo nerefluktování změn právního řádu i zastavení pokroku medicíny s tím, že prostředky veřejného zdravotního pojištění by nebyly vynakládány racionálně, v souladu s reálným stavem v oblasti zdravotních výkonů. Byl by tedy konzervován již překonaný stav.

Novela stávající vyhlášky tak, jak je navrhováno, v oblasti legislativní reflektuje podmínky stanovené:

- zákonem č. 48/1997 Sb.,
- zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
- zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 96/2004 Sb.“),
- vyhláškou č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů.

ZMĚNY JEDNOTLIVÝCH MEDICÍNSKÝCH OBORŮ JSOU:

1. Zařazení nových zdravotních výkonů na základě doporučení Pracovní skupiny v těchto oblastech:
 - ✓ všeobecné praktické lékařství
 - ✓ praktické lékařství pro děti a dorost
 - ✓ klinická farmacie
 - ✓ diabetologie
 - ✓ gastroenterologie
 - ✓ klinická osteologie
 - ✓ rehabilitační a fyzikální medicína
 - ✓ pneumologie a ftyzeologie
 - ✓ dětská a dorostová psychiatrie
 - ✓ radiační onkologie
 - ✓ neurochirurgie
 - ✓ ortopedie
 - ✓ otorinolaryngologie
 - ✓ oftalmologie
 - ✓ urologie
 - ✓ algeziologie – léčba bolesti
 - ✓ klinická biochemie
 - ✓ radiologie a zobrazovací metody
 - ✓ laboratoř patologie
 - ✓ všeobecná sestra
 - ✓ domácí péče
2. Zrušení obsoletních výkonů, popř. již vzhledem k novějším medicínským metodám, nepoužívaných zdravotních výkonů

- ✓ vnitřní lékařství – interna; jedná se o zrušení výkonu z formálního hlediska pouze v rámci odbornosti, jinak je výkon přesunut do odbornosti univerzální mezioborové výkonu
 - ✓ klinická biochemie
 - ✓ nukleární medicína
3. Úpravy stávajících zdravotních výkonů z technického hlediska, v souladu s platnou legislativou nebo s ohledem na modernější přístup včetně užívání modernějších materiálů či zdravotnických prostředků (např. textová úprava popisu, omezení místem a frekvence pneumologických výkonů, omezení místem kardiochirurgických výkonů nebo úprava zvláště účtovaného materiálu s ohledem na používání modernějších materiálů v rámci kardiochirurgických výkonů a další).
 4. Zařazení výkonu č. 10 – Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě. Tento výkon není dlouhodobě aktualizován, přičemž náklady na tento výkon již neodpovídají realitě. S ohledem na aktualizaci ostatních přepravních výkonů v minulých letech je tento výkon aktualizován ve veřejném zájmu.

Vydání vyhlášky, která odpovídá dosaženému stavu medicíny i organizace zdravotnictví, je předpokladem pro správné fungování systému poskytování hrazených zdravotních služeb. Proto předkladatel považuje ponechání dosavadní úpravy a neprovedení novelizace vyhlášky za nežádoucí. Žádoucí naopak je dosažení stavu, kdy poskytnuté zdravotní služby budou hrazeny adekvátně prostřednictvím úhrady provedených zdravotních výkonů, přičemž tyto zdravotní výkony budou odpovídat skutečně poskytnutým zdravotním službám.

Přínos navrhované vyhlášky je tedy především v kvalitativní rovině. Novelizovaná vyhláška bude reflektovat současnou úroveň medicínského poznání, změny jiných právních předpisů a dojde též k opravě některých nepřesností, na které bylo upozorněno při praktické aplikaci vyhlášky.

Konzultace předloženého návrhu byly provedeny formou projednání a schválení navržených změn výše uvedené vyhlášky v Pracovní skupině za účasti zástupců České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Otevřeného svazu zdravotních pojišťoven ČR, Svazu zdravotních pojišťoven ČR, Asociace nemocnic ČR, České asociace sester, České lékařské komory, Sdružení ambulantních specialistů, Sdružení praktických lékařů ČR, České farmaceutické společnosti ČLS JEP a Ministerstva zdravotnictví. Projednávání navržených změn se rovněž účastní zástupce zastřešující pacientské organizace. Pracovní skupina je odborná platforma, kde se v pravidelných intervalech (dle potřeby, minimálně 1x za čtvrtletí) osobně scházejí zástupci výše uvedených subjektů. Účelem schůzek pracovní skupiny je projednání navržených změn vyhlášky. Těmi jsou úpravy stávajících výkonů, zavedení nových výkonů a vypuštění zdravotních výkonů, které již v praxi nejsou prováděny. Změny jsou projednávány s odbornými společnostmi a zdravotními pojišťovnami tak, aby všechny zdravotní výkony byly v souladu s moderními medicínskými poznatky.

Pracovní skupina jako odborný poradní orgán napomáhá svou činností k objektivnímu posuzování návrhů na změny vyhlášky zařazením nových zdravotních výkonů či změnou a vyřazením stávajících zdravotních výkonů s cílem přispět k zajištění kvality a dostupnosti zdravotních služeb a fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění. Činnost Pracovní skupiny je kontinuální proces v rámci kterého je posuzována, popř. přehodnocována medicínská efektivita, určována relativní nákladovost jednotlivých výkonů, odhadnuty celkové nároky na systém veřejného zdravotního pojištění a provedeno porovnání s prokázaným léčebným přínosem stávajících postupů určených k léčbě ve stejné či obdobné indikaci.

B. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY SE ZÁKONEM, S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EVROPSKÉ UNIE

1. SOULAD SE ZÁKONEM, K JEHOŽ PROVEDENÍ JE NAVRŽENA, VČETNĚ SOULADU SE ZÁKONNÝM ZMOCNĚNÍM K JEJÍMU VYDÁNÍ

Navrhovaná právní úprava je v souladu s § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., k jehož provedení je navržena, i se zákonem jako takovým. Předkládaný návrh novely vyhlášky je plně v souladu s ústavním pořádkem České republiky.

2. SOULAD S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EU

Navrhovaná právní úprava není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána. Obsah předkládaného návrhu není předmětem žádné mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána. Návrhem vyhlášky není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

C. PŘEDPOKLÁDANÝ HOSPODÁŘSKÝ A FINANČNÍ DOPAD NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

V rámci systému veřejného zdravotního pojištění dochází k úhradě zdravotních služeb poskytnutých v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. z omezených zdrojů, kterými systém disponuje. Výše úhrady konkrétním segmentům či odbornostem je v kalendářním roce stanovena příslušnou vyhláškou o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních (dále jen „úhradová vyhláška“), nedohodnou-li se o úhradách jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami v rámci svých vzájemných smluvních vztahů jinak. Avšak ani úhradová vyhláška, ani vyhláška neovlivní celkový objem finančních prostředků systému veřejného zdravotního pojištění, který je pro daný rok na úhradu péče k dispozici.

Administrativní náklady implementace návrhu vyhlášky jsou odhadovány jako zanedbatelné. Informační systémy poskytovatelů zdravotních služeb i zdravotních pojišťoven jsou na tyto změny připraveny i vzhledem k tomu, že ke změnám vyhlášky dochází každý rok.

V případě, že ve vyhlášce vycházejí novelizované zdravotní výkony, které již dříve existovaly, lze na základě frekvence vykazování těchto výkonů v minulosti kvantifikovat dopad novelizace. Avšak vycházejí-li převážně výkony nové, není z důvodu neexistence historických dat o jejich frekvenci možné přesně určit jejich ekonomické dopady. Platí však, že počty bodů za jednotlivé výkony neovlivňují celkovou výši finančních prostředků, které má systém veřejného zdravotního pojištění k dispozici. Konkrétní dopad vydání nových výkonů ve vyhlášce rovněž závisí na tom, s kolika poskytovateli a v jakém rozsahu zdravotní pojišťovny tyto nové výkony nasmlouvají, což je plně v gesci zdravotních pojišťoven.

Dopady navrhované vyhlášky do systému veřejného zdravotního pojištění na rok 2022

V posledních několika letech došlo v úhradách k postupnému zavedení bonifikací za kvalitu a dostupnost péče, což vyústilo v diferenciaci hodnot bodu mezi jednotlivými poskytovateli dle splněných kvalitativních kritérií. Tento fakt představuje výzvu pro kalkulaci dopadu nových a novelizovaných výkonů, jelikož není zřejmé, jestli tyto výkony budou provádět poskytovatelé splňující bonifikace (a mající vyšší hodnotu bodu) nebo poskytovatelé nesplňující bonifikace (s nižší hodnotou bodu), případně jejich kombinace. Z tohoto důvodu jsou dopady kalkulovány ve dvou variantách, s použitím maximální hodnoty bodu a minimální hodnoty bodu. Reálný dopad bude někde mezi těmito extrémny.

Nové výkony

Celkově se jedná o 48 nových výkonů, z toho je 14 výkonů pro hospitalizační případy. Celkový dopad těchto hospitalizačních výkonů na veřejný zdravotní systém z hlediska financování výkonových plateb je nulový z důvodu, že tyto nové výkony budou prováděny v rámci hospitalizačních případů, které jsou hrazeny platbou za případ, nikoliv platbou za výkon. Zmíněné výkony tudíž nemají přímý vliv na úhrady pojištěven.

U ostatních výkonů se celkové „kalkulovatelné“ očekávané dopady, které vzniknou v souvislosti se zavedením nových výkonů, budou pohybovat v roce 2022 v rozpětí 1 386-1 518 mil. Kč (dle použité hodnoty bodu, viz úvodní odstavec). Současně je nutné zmínit, že u některých výkonů nebylo možné přesně určit frekvenci vykazování, tudíž frekvence musely být odhadnuty. Více jak polovinu celkových nákladů tvoří výkony č. 89616 CT HRUDNÍKU V RÁMCI PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC s dopadem 594-654 mil. Kč a č. 15060 REPROCESSING FLEXIBILNÍCH ENDOSKOPŮ s dopadem 255-280 mil. Kč.

Novelizované výkony

Dále dochází k aktualizaci 63 výkonů, a to ve smyslu nacenění vstupních parametrů a úpravy příslušných koeficientů kalkulačního vzorce. Dvacet z těchto výkonů je vykazováno při hospitalizaci, neočekáváme tedy dopad ze stejného důvodu jako u nových výkonů. Změny u zbývajících 33 výkonů při stanovené hodnotě bodu se dosáhnou úspory v rozmezí 68-75 mil. Kč do systému veřejného zdravotního pojištění.

Z hlediska úspory má nejvyšší dopad výkon č. 71111 TÓNOVANÁ AUDIOMETRIE, kde s ohledem na snížení počtu bodů 282 je možné očekávat úspory pro systém veřejného zdravotního pojištění (111-121 mil. Kč v případě tohoto výkonu). Mezi aktualizované výkony s nejvyšším dopadem z hlediska navýšení nákladů patří výkony odbornosti 205 (215) – pneumologie a ftizeologie, kde dochází k navýšení úhrad v rozmezí 23-25 mil. Kč. Nejvyšší finanční dopad bude mít aktualizace výkonu č. 25117 - CÍLENÁ ASPIRACE ENDOBRONCHIÁLNÍHO MATERIÁLU NEBO KARTÁČKOVÁ (BRUSH) BIOPSIE (s dopadem 11-12 mil. Kč)

Zrušené/nahrazené výkony

Poslední změnou v rámci SZV je zrušení 5 výkonů, Z důvodů nízké frekvence vykazování ostatních výkonů lze dosažené úspory vyhodnotit jako nulové.

Celkové dopady

Celkově tedy odhadujeme dopad do systému veřejného zdravotního pojištění na rok 2022 cca 1 318-1 443 mil. Kč bez navýšení základní minutové sazby nositelů výkonů pro rok 2022. Jedná se o horní hranici hodnot modelovaných dopadů bez uplatnění regulací a limitů daných úhradovou vyhláškou. Tento odhad

je velmi předběžný, neboť u některých nových výkonů není možné reálně odhadnout jejich frekvenci vykazování.

D. ZHODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU A DOPADŮ NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ VE VZTAHU K ZÁKAZU DISKRIMINACE

V souvislosti s předloženým návrhem se nepředpokládají dopady v oblasti zákazu diskriminace.

E. DOPAD NA ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ A SOCIÁLNÍ DOPADY NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

Navrhovaná novela nebude mít dopad na životní prostředí ani sociální dopady.

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. Nijak dotčeny nejsou ani děti do 18 let, které jsou při poskytování zdravotních služeb povinny se prokazovat (samy nebo prostřednictvím zákonného zástupce) platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou, jak vyplývá z obecné úpravy v ustanovení § 12 písm. h) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

G. ZHODNOCENÍ KORUPČNÍCH RIZIK NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ

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. DOPADY VE VZTAHU K ZÁKAZU DISKRIMINACE A VE VZTAHU K ROVNOSTI ŽEN A MUŽŮ

Návrh neobsahuje žádné ustanovení, které by bylo v rozporu se zákazem diskriminace. Na základě hodnocení materiálu podle Metodiky hodnocení dopadů na rovnost žen a mužů pro materiály předkládané vládě ČR, lze konstatovat, že dopad na rovnost žen a mužů je neutrální.

CH. DOPADY 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. DOPADY NA BEZPEČNOST NEBO OBRANU STÁTU

Dopad na bezpečnost nebo obranu státu není pro navrhovanou novelu vyhlášky relevantní.

II. Zvláštní část

K čl. I

TEXTOVÁ ČÁST

K bodu 1 (Příloha Kapitola 2, bod 6.5 písmeno a))

Jedná se o každoroční navýšení základní minutové sazby nositelů výkonů. Pro nositele L1, L2, L3, K1, K2, K3, J1 a S4 je nově stanovena na 2,9495 bodu, pro nositele výkonů S1, S2, S3 je stanovena na 1,7569 bodu a pro nositele výkonů D1, D2 a D3 je stanovena na 2,3718 bodu.

K bodům 2, 3 a 4 (Příloha Kapitola 7 body 1, 2.1 a 2.2)

Minutové režijní sazby se valorizují z důvodu inflace. Nové režijní sazby se vypočtou vždy k 1. červenci kalendářního roku tak, že se k současné hodnotě přičte průměrná míra inflace (3,20 %) za uplynulý rok. Tato data jsou publikována Českým statistickým úřadem. Nově stanovené minutové režijní sazby se zaokrouhlují na dvě desetinná místa a používají se zpravidla v období od 1. ledna do 31. prosince následujícího kalendářního roku.

K bodu 5 (Příloha Kapitola 8, bod 7)

Zařazení výkonu č. 10 – Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě. Tento výkon není dlouhodobě aktualizován, přičemž náklady na tento výkon již neodpovídají realitě. S ohledem na aktualizaci ostatních přepravních výkonů v minulých letech je tento výkon aktualizován ve veřejném zájmu, a to z původní hodnoty 14,66 bodů/1 km na hodnotu 16,49 bodů/1 km.

ČÁST PŘÍLOHY – SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

K bodu 6

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti všeobecné praktické lékařství.

Výkon zajišťuje nové nastavení organizovaného programu časného záchytu karcinomu plic. Zvýšení časného záchytu karcinomu plic umožní léčbu v časnějších stádiích choroby, zvýšení operability, snížení nákladů na léčbu pacientů s pokročilým stadiem, snížení úmrtnosti na karcinom plic a zlepšení prognózy pacienta. Předpokládá se účast 25 000 – 50 000 pacientů za rok.

K bodu 7

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti všeobecné praktické lékařství.

Odborná společnost navrhuje rozšíření definice popisu na základě požadavku zdravotních pojišťoven. Jedná se o zjednodušené testování u bezpříznakových pacientů, které není přímo v preventivní prohlídce. Měl by se vykazovat týž den. V případě pozitivního testu je prováděn orientační diagnostický test Mini mental test (MMSE), který je detailnější a předpokládá se jeho užití u pacientů s některými příznaky porušení mentálních funkcí.

K bodu 8

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost.

Cílem zavedení nového výkonu je systémové zlepšení péče o děti s nočním pomočováním v ČR, častější záchyt těchto dětí a včasná pomoc dětem a prevence závažných dopadů v psychosociální sféře na takto postižené jedince. Vyhledávání a úspěšná léčba dětí s nočním pomočováním zabraňuje závažným psychosociálním dopadům na samotného postiženého jedince a jeho rodinu. Předpokládá se zlepšení dostupnosti péče pro děti s touto diagnózou i snížení nákladů v rámci indukované péče. V populaci dětí ve věku pěti let se odhaduje výskyt pomočování cca u 10 % dětí, ale vzhledem k citlivosti tématu ne všichni tuto problematiku řeší. A s postupujícím věkem ubývá každý rok 14 % takto postižených dětí. Je odhadováno, že se reálně budou řešit potíže u cca 5 % dětí v populačním ročníku 5letých.

K bodu 9

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost.

Z medicínské praxe vyplývá vyšší potřebnost poskytování tohoto výkonu, proto dochází k navýšení omezení frekvence vykazování výkonu z 2/1 den na 3/1 den.

K bodu 10

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti klinická farmacie.

Výkon zajistí klinicko-farmaceutickou péči pro rizikové ambulantní pacienty. Implementace klinicko-farmaceutické péče do zdravotnického systému předchází vydání nemalých nákladů na zdravotní péči, které by bylo nutné vynaložit na řešení důsledků lékových problémů. Nastavení bezpečné farmakoterapie pro konkrétního pacienta vede k tomu, že finanční přínos pro systém je větší než náklady vynaložené na tento typ péče. Minimální úspora vynaložených prostředků z veřejného zdravotního pojištění představuje 1 028 216 Kč za rok díky práci 1 klinického farmaceuta. Odhadovaný počet pacientů za rok je 5 000 až 10 000 pacientů.

K bodu 11

Jedná se o zrušení výkonu v odbornosti vnitřní lékařství - interna, a to z důvodu přeřazení výkonu do odbornosti 999 – univerzální mezioborové výkony, neboť je z medicínské hlediska potřebné, aby byl výkon poskytován i v rámci jiných odborností.

K bodu 12

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti diabetologie.

Jedná se o komplexní vstupní podiatrické vyšetření pacienta lékařem-specialistou odeslaného na příslušné podiatrické pracoviště pro syndrom diabetické nohy nebo jeho riziko. Vyšetření pacienta má určit objektivní nález na dolních končetinách u pacienta v riziku syndromu diabetické nohy nebo s již rozvinutým syndromem diabetické nohy – stav ulcerace, operační rány na noze apod. Dané vyšetření bude sloužit ke stanovení diagnostiko-léčebného plánu, který může jednoznačně zlepšit prognózu nemocného. Zavedení multidisciplinárního přístupu se stanovením jasného podiatrického plánu vede k redukci vysokých amputací až o 39 až 56 %. Očekává se zásadní ekonomický dopad do systému veřejného zdravotního pojištění, jelikož provedení vstupního vyšetření spojeného s klinickým zhodnocením stavu může urychlit proces vyšetření pacientů, rychle stanovit další diagnosticko-léčebný plán, což ve svém důsledku může vést ke snížení počtu hospitalizací pro progresi syndromu diabetické nohy a následně zabránit amputaci končetiny a ušetřit nemalé finanční náklady.

K bodu 13

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti gastroenterologie.

Narůstající incidence idiopatických střevních zánětů (inflammatory bowel disease, IBD) již přerostla kapacity specializovaných center pro diagnostiku a léčbu těchto chronických chorob. IBD jsou charakterizovány střídavým průběhem remise a relapsů, které mohou být velmi těžké, fulminantně probíhající a ohrožující život. Vzdálená komunikace takto chronicky nemocného pacienta se specialistou je prostředkem k zajištění řádné kontroly nemoci a trvalého spojení se zdravotnickým centrem. Zvyšuje kvalitu péče při úspoře času zdravotníků i pacientů, vede k redukci nákladů, protože omezuje počet nezbytných ambulantních kontrol stabilních pacientů ve specializovaném centru. Zdravotnickému zařízení umožňuje selekci a cílenou koncentraci na nestabilní, komplikované nebo vysoce aktivní pacienty, kteří vyžadují okamžité lékařské řešení jejich zdravotního stavu.

K bodu 14

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti gastroenterologie.

Výkon REPROCESSING FLEXIBILNÍCH ENDOSKOPŮ bude vykazován společně s endoskopickými výkony, kdy je flexibilní endoskop použit. Jedná se o výkony č. 15401, 15403, 15404, 15406, 15410, 15430, 15473 a screeningové výkony č. 15101, 15103, 15105 a 15107. Výkon bude platný s odloženou účinností od 1. 1. 2023, od tohoto data nebude jiná dezinfekce možná a náklady na dezinfekci budou ze stávajících registračních listů výše vyjmenovaných výkonů odstraněny. Podmínkou úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění bude povinnost poskytovatele prokázat, že je vlastníkem automatického dezinfektoru a archivovat dezinfekční protokol o každé dezinfekci endoskopu společně s nálezem z vyšetření.

V případě výkonu INTRADUKTÁLNÍ ELEKTROHYDRAULICKÁ LITOTRIPISE se jedná o efektivní mini-invazivní endoskopický výkon k léčbě obtížné litiázy nahrazující chirurgickou léčbu s vyšší morbiditou i mortalitou. Ve srovnání s litotripsí extrakorporální rázovou vlnou (ESWL) má intraduktální EHL výhodu vyřešení litiázy při jedné endoskopii a není limitace daná lokalizací konkrementů. Alternativou intraduktální EHL je laserová litotripse dle přístrojového vybavení pracoviště. Efektivita léčby obtížné litiázy je 80 až 90 %. Odhadovaný počet vyšetření za rok je 250.

ENDOSKOPICKÁ TRANSMURÁLNÍ RESEKCE je novou metodou endoskopické resekce neoplastických lézí trávicí trubice, které nejsou vhodné k endoskopické slizniční resekci nebo endoskopické submukózní disekci. Výkon nahrazuje chirurgickou resekci. Jedná se o efektivní a bezpečnou mini-invazivní techniku zachovávající integritu trávicí trubice a dle dostupných dat je spojena s nižší morbiditou a letalitou než chirurgická resekce. Odhadovaný počet vyšetření za rok je 200.

ENDOSONOGRAFICKY NAVIGOVANÁ DRENÁŽ V GIT představuje nový miniinvazivní terapeutický přístup pro řešení nádorových obstrukcí žlučových cest, akutního zánětu žlučníku, obstrukce pankreatického vývodu a léčbu kolekcí naléhajících na stěnu trávicí trubice. Výkon představuje alternativu chirurgického či perkutánního výkonu. Ve srovnání s chirurgickým řešením je méně zatěžující a má nižší morbiditu a mortalitu. Odhadovaný počet vyšetření za rok je 500.

Standardní metodou v léčbě achalázie jícnu a spastických motilitních poruch jícnu je PERORÁLNÍ ENDOSKOPICKÁ MYOTOMIE (POEM). Dlouhodobá efektivita POEM v léčbě achalázie je cca 80 %. Odhadovaný počet vyšetření za rok je 80.

Dalším novým výkonem je ENDOSKOPICKÁ SUTURA, která představuje nový miniinvazivní způsob řešení perforací, píštělí či defektů stěny trávicí trubice. Metoda nahrazuje výkony chirurgické, které jsou

více invazivní, dražší a mají větší riziko peroperačních i pooperačních komplikací a rozšiřuje miniinvazivní endoskopické stávající možnosti uzávěru perforací pomocí hemoklipů. Odhadovaný počet vyšetření za rok je 250.

K bodu 15

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti revmatologie.

Výkon zpřesňuje posouzení aktivity, poškození, funkční schopnosti, umožňuje jejich porovnání jak u jednotlivého pacienta, tak i mezi nimi nebo ve skupinách. Jedná se o nový výstup klinického vyšetření. Pouhá klinická vyšetření, bez kvantitativního výstupu jen obtížně charakterizují vývoj u jednoho pacienta a prakticky neumožňují porovnávání mezi nimi. Dojde ke snadnějšímu a rychlejšímu posouzení efektivity podávané léčby, což s sebou zákonitě nese odbourání neefektivní léčby. Počet výkonů se odhaduje v řádu statisíců ročně, pokud se dostanou do každodenní klinické praxe až 500 000 ročně.

K bodu 16

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti klinická osteologie.

Výkon SKÓRE KOSTNÍ TRÁMČINY (TRABECULAR BONE SCORE, TBS) je index mikroarchitektury kostí, který poskytuje dodatečné informace o riziku zlomenin ke standardnímu měření BMD, a to nezávisle na hodnotě BMD. Průřezové i prospektivní studie prokázaly, že hodnota TBS indexu je asociována s osteoporotickými zlomeninami a dokáže predikovat zlomeniny jak u mužů, tak žen. TBS zlepšuje celkové zhodnocení zdravotního stavu pacientů a snižuje počet léčených pacientů pouze na základě nízkého BMD v pásmu osteoporózy. TBS vychází z naměřených primárních dat měření kostní mineralizace bederní páteře na celotělovém denzitometru, na které je aplikován speciální hodnotící software a algoritmus. Za rok je odhadováno provedení cca 120 000 denzitometrických vyšetření bederní páteře, u kterých bude následně provedena analýza TBS. Odhadované roční náklady by neměly překročit 11 miliónů Kč ročně.

CELOTĚLOVÁ DENZITOMETRIE (CELOTĚLOVÁ DXA) je kvantitativní vyšetření prováděné celotělovým denzitometrem k analýze složení lidského těla (celotělové kostní mineralizace, množství tukové a svalové hmoty). Nový výkon umožní přesné měření složení lidského těla, které je indikováno u poruch kostního metabolismu v dětském věku. Dále zajistí přesné posouzení složení lidského těla při léčbě obezity a anorexie, k verifikaci přítomnosti sarkopénie a také k verifikaci nejasných vyšetření prováděných multifrekvenční bioimpedancí, kde celotělová DXA je referenční metodou. Je odhadováno, že v ČR bude prováděno cca 4500 vyšetření celotělovou DXA.

ANALÝZA PŘÍTOMNOSTI ZLOMENIN OBRATLŮ (VFA, VERTEBRAL FRACTURE ASSESSMENT) je primární vyšetření při podezření na přítomnost kompresivních zlomenin obratlů pomocí celotělového denzitometru DXA vyšší třídy v rozsahu 4. hrudního obratle až 4. bederního obratle. Hlavní předností je 100krát nižší radiační zátěž, než u klasického rentgenového bočního snímku hrudní a bederní páteře. Výkon je indikován v souladu s mezinárodními doporučeními International Society of Clinical Densitometry (www.iscd.org), nebo Společností pro metabolická onemocnění skeletu. Výkon nenahrazuje RTG hrudní a bederní páteře, ale ušetří jich zhruba 70 %.

K bodu 17

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti rehabilitační a fyzikální medicína.

Spastická paréza charakterizuje řadu centrálních neurologických onemocnění, jako je chronické stádium cévních mozkových příhod či poškození centrálního motoneuronu jiné etiologie (traumata mozku a míchy, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, familiární spastické paraplegie aj.). Společným jmenovatelem těchto onemocnění je obtížná terapie a nutnost komplexního přístupu k léčbě. Spastická paréza významně ovlivňuje funkční schopnosti pacienta (stabilita, chůze, úchop, manipulace atd.) a jeho disabilitu. Jejimi hlavními příznaky jsou stretch-senzitivní paréza, zkrácení měkkých tkání a různé formy svalové hyperaktivity (spasticita, spastická dystonie, spastická ko-kontrakce aj.). U pacientů se spastickou parézou bývají také v důsledku primárního onemocnění často narušeny kortikální funkce (praktické, fatické a další kognitivní funkce) a je přítomna nejen reaktivní, ale i organická deprese, případně další psychiatrické poruchy. Tyto příznaky významně interferují s terapií. Bez specifického testování a jeho vyhodnocení zaměřeného na všechny výše zmíněné příznaky spastické parézy a jejich vlivu na funkci není možné udělat kvalitní diagnostickou rozvalu a nastavit specifickou a účinnou léčbu. Je tedy účelné zavést výkon **SPECIALIZOVANÉ NEUROREHABILITAČNÍ HODNOCENÍ SPASTICKÉ PARÉZY U DOSPĚLÉHO PACIENTA**, protože naplánování efektivní strategie léčby v konečném důsledku sníží náklady léčby a povede k vyšší kvalitě života pacienta. Odhadovaný počet výkonů je 16 000 za rok.

Cílená **NITROSVALOVÁ APLIKACE BUTOLOTOXINU TYPU A** je lékem první volby u fokální spastické dystonie horní i dolní končetiny. Navigovaná aplikace (ultrazvuk a/nebo elektrostimulace) zajišťuje cílenou distribuci léčiva ve vybraném svalu. Je tedy účelné zavést tento výkon, protože ve srovnání s prostým intramuskulárním podáním libovolného léčiva se jedná o strategicky důsledně naplánovanou a s využitím přístrojů navigovanou aplikaci do cílových svalových struktur. Cílená aplikace botulotoxinu u pacientů se spastickou parézou/dystonií vede k efektivní redukci vzniku kontraktur a jejich nákladné terapie včetně hospitalizací a nákladných operačních výkonů. Odhadovaný počet výkonů je 10 000 za rok.

K bodům 18, 19, 20, 22 a 23

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti pneumologie a ftizeologie.

ENDOBONCHIÁLNÍ ABLACE PÁROU U EMFYZÉMU PLIC představuje objem redukcí endobronchiální výkon u pacientů s plicním emfyzémem bez závislosti na těsnosti fisur. Termoablace parou je nejnovější z metod endoskopické volumredukce plic. Na rozdíl od metody implantace chlopní se jedná o metodu ireverzibilní, nezávislou na kolaterální ventilaci. Provádí se na segmentální úrovni, u vhodných pacientů bilaterálně ve dvou sezeních s odstupem 13 týdnů. Výhodou této metody je, že v průduškách nezůstává žádné cizí těleso. Ročně je odhadována indikace u 20 až 30 pacientů.

TESTOVÁNÍ HODNOT LÉČEBNÉHO TLAKU MECHANICKÉ INSUFACE A EXSUFACE PŘI INDIKACI ČI ZMĚNĚ TERAPIE PŘÍSTROJEM COUGHASSIST představuje vyšetření pomocí neinvazivního terapeutického přístroje se bezpečně a důkladně odstraňuje sekret z dýchacích cest u pacientů, kteří nedokážou efektivně vykašlávat. Přístrojem se pročišťují dýchací cesty tím, že v nich vytváří přetlak a poté náhlou změnou podtlak. Tato rychlá změna tlaku vytváří rychlou expiraci a simuluje tak přirozený kašel. Výkon je indikován pro dlouhodobou domácí léčbu. Odhadovaný počet vyšetření je 3 000 za rok.

KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ OXIDU UHELNATÉHO (CO) VE VYDECHOVANÉM VZDUCHU představuje odvykávací terapii, při které dochází k objektivizaci hladiny oxidu uhelnatého (CO) ve vydechaném vzduchu, před měřením parametrů plicní difuze. Výkon nahrazuje méně dostupné, typem a cenou náročnější vyšetření nikotinu v krvi či séru. Současně bude zajištěno zpřesnění, zlevnění a zpřístupnění monitorace odvykání kouření a zpřesnění měření transferfaktoru pro CO. Odhadovaný počet vyšetření je 5 000 za rok.

INICIÁLNÍ NASTAVENÍ OPTIMÁLNÍ HODNOTY LÉČEBNÉHO PŘETLAKU TELEMETRICKÝM PŘÍSTUPEM spočívá v iniciálním nastavení přetlaku pomocí syntézy dat z pacientovy dokumentace a dat získaných tele-monitoringem tak, aby byl ošetřující lékař schopen u konkrétního pacienta zhodnotit efekt léčebné intervence přetlakem, popřípadě upravit telemetricky parametry přetlaku s ohledem na aktuální výsledky léčby. Při telemetrickém nastavení přetlaku není nutné hradit hospitalizaci, event. opakované ambulantní návštěvy, při stejném počtu pacientů lze očekávat finanční úsporu. Odhadovaný počet vyšetření je 1500 až 2000 za rok.

Pacienti s poruchou dýchání ve spánku, kteří jsou léčeni přetlakem v dýchacích cestách, musí absolvovat pravidelné dispenzární kontroly. Ošetřující lékař během nich hodnotí dlouhodobou efektivitu léčebné intervence a adherenci pacienta k terapii. Analyzuje data z terapeutického přístroje, jejich dlouhodobý trend a aktuální stav nemocného. Nad rámec pravidelných kontrol je někdy nutné též reagovat na nově vzniklé potíže či komplikace. Dostupné technologie již umožňují realizaci datové analýzy i úpravu nastavení léčebného přístroje vzdáleným přístupem – telemetricky. Na základě toho je zařazen nový výkon **TELEMETRICKÁ KONTROLA NEMOCNÉHO S PŘETLAKEM**. Výkon částečně nahradí osobní kontroly pacienta u lékaře. Pacient tak nemusí cestovat do ambulance lékaře se všemi z tohoto plynoucími benefity včetně eliminace rizika nákazy infekčním onemocněním ve zdravotnickém zařízení. Navýšení ekonomické zátěže pro zdravotní pojišťovny se proto nepředpokládá.

V současnosti neexistuje výkon, který by uhradil činnost související s rozšířenou intervencí léčby závislosti na tabáku v klinické praxi. Do systému veřejného zdravotního pojištění je proto zařazen nový výkon **ROZŠÍŘENÁ INTERVENCE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU**. Kouření cigaret je spojeno se závažnými zdravotními a finančními dopady. Intervence léčby závislosti na tabáku je u části kuřáků efektivní postup, který vede k zanechání kouření.

Dále se zařazuje výkon **VYŠETŘENÍ PNEUMOLOGEM V RÁMCI PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC**. Bronchogenní karcinom představuje nejčastější příčinu úmrtí mezi zhoubnými nádory. Jedná se o téměř 20 % všech úmrtí. Většina pacientů s diagnostikovaným bronchogenním karcinomem na něj umírá. Ročně na toto onemocnění zemře více jak 5 tisíc osob. Řada pacientů z rizikové části populace proto, že přichází k lékaři pozdě, v pokročilé fázi onemocnění, kdy není možné bronchogenní karcinom operovat. Proto je časná diagnostika této nemoci v její latentní fázi zcela zásadní. V současné době není v ČR zaveden systematický program časně detekce karcinomu plic.

K bodu 21

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti pneumologie a ftizeologie.

V popisu výkonu dochází k doplnění specifikace pro omezení frekvence, že u dětí do 15 let a u pacientů s CHOPN je omezení frekvence 2/1 den. Z medicínské praxe vyplynulo, že u uvedených pacientů je žádoucí zvýšená kontrola funkce plic, než je standardní frekvence jednou za týden.

K bodům 24 až 28

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti pneumologie a ftizeologie.

Ve výkonu **RIGIDNÍ BRONCHOSKOPIE DIAGNOSTICKÁ NEBO TERAPEUTICKÁ VČETNĚ PREMEDIKACE** dochází ke zpřesnění popisu výkonu, k aktualizaci přímo spotřebovaného materiálu a léčivých přípravků včetně cenového ohodnocení a také ke zrealnění cen používaných přístrojů.

V dalších výkonech dochází k aktualizaci zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaného léčivého přípravku a je upravena časová náročnost výkonů, která neodpovídala běžné praxi.

K bodu 29

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti dětská a dorostová psychiatrie.

Škálování v dětské psychiatrii přináší možnost upřesnění diagnostiky, kontroly a zvýšení efektivity léčebného plánu, racionální preskripce a v neposlední řadě možnost objektivní argumentace v právních sporech. Zařazení výkonu zajistí zkvalitnění diagnostiky a kvantifikace hloubky poruchy, která umožňuje efektivitu léčebného procesu včetně racionální preskripce. Výkon bude indikovaně využit u 2/3 až 3/4 stávajících pacientů dětských a dorostových psychiatrů.

K bodu 30

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti radiační onkologie.

Jedná se o novou technologii, která postupně nahradí u karcinomu hrdla děložního výkon č. 43425 (Plánování brachyterapie s TPS) a č. 43419 (Brachyterapie intrakavitární s automatickým afterloadingem). Metoda zajišťuje vyšší konformitu ozáření primárního nádoru hrdla dělohy a mnohem efektivnější šetření okolních zdravých tkání a orgánů, snížení nákladů a komplikací dosavadních metod (chronická cystitida, proktitida, srůsty atd.). Klinická data potvrdila excelentní lokální kontrolu nádoru (90-95 %) a zlepšení celkového přežití a cancer specific survival o 20 %. Je odhadována indikace 10 až 15 pacientek na jedno Komplexní onkologické centrum (v současné chvíli 6 center) za rok.

K bodu 31

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti dermatovenerologie.

Ve výkonu dochází ke změně omezení místem z „SH – pouze na specializovaném pracovišti při hospitalizaci“ na „S – pouze na specializovaném pracovišti“. Hlavním důvodem je skutečnost, že naprostá většina pacientů, bez ohledu na indikaci, podstupujících daný výkon přichází na tento výkon ambulantně, což je zřejmé i ze zkušeností s obdobným výkonem Extrakorporální fotochemoterapie za pomoci techniky off line, u kterého je omezení místem „S“, hospitalizovaní pacienti jsou opravdu výjimkou. V případě provádění výkonu „online“ je tedy nutné v naprosté většině případů pacienta „uměle“ hospitalizovat na dva dny, aby bylo vyhověno požadavku hospitalizace. Což je z pohledu praxe i pacienta zbytečné.

K bodu 32

Jedná se o zrušení výkonu v odbornosti nukleární medicína z důvodu nepoužívání.

K bodu 33

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti chirurgie.

Ve výkonu dochází k přesunu perfuzního roztoku do správné položky zvláště účtovaný léčivý přípravek. Dosud byl nesprávně veden jako zvláště účtovaný materiál.

K bodu 34

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti chirurgie.

Zlepšení metody konzervace ledvin před transplantací s rekondicí orgánu během času nutného k provedení transplantace. Ze zavedených postupů je tato metoda alternativou k běžně používané statické

studené konzervaci a pulzatilní perfuzi. Na rozdíl od těchto metod poskytuje výhodu v perfuzi požadovaným roztokem, dodávání kyslíku ke konzervovanému orgánu, úpravu a udržení požadované teploty a tím zlepšení funkce po následné transplantaci. Zavedení metody do systému úhrad přinese úsporu až 750 tis. Kč za rok.

K bodům 35 a 36

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti kardiologie.

Důvodem změny je skutečnost, že každá kardiologická operace se vždy provádí na specializovaném pracovišti za hospitalizace. Doposud bylo obsahem registračního listu omezení místem „S“ pouze na specializovaném pracovišti, což neodpovídá reálné praxi.

Ve výkonu TRANSKATETROVÁ IMPLANTACE BIOLOGICKÉ SRDEČNÍ CHLOPNĚ CHIRURGICKOU CESTOU dochází k aktualizaci popisu výkonu, a to z důvodu rozšíření zvláště účtovaného materiálu, který se nově používá.

K bodu 37

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti neurologie.

V obsahu registračního listu výkonu dochází ke zpřesnění popisu obsahu a rozsahu výkonu a k aktualizaci léčivých přípravků včetně cenového ohodnocení.

K bodu 38

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti neurologie.

Klasická otevřená operace pro výhřez meziobratlové ploténky nebo stenózu páteřního kanálu je nejčastější operací páteře v ČR i euroatlantickém prostoru. Na neurologických a spondylochirurgických pracovištích je prováděno každý rok kolem 6 tisíc těchto operací. Progresivně rozvíjející se endoskopická technika těchto operací umožňuje provádět výkony cestou šetrnější, minimálně invazivní, se zkrácenou dobou hospitalizace, menší pooperační limitací pacienta, rychlejším návratem do běžného životního režimu a stejným neurologickým efektem. Klinický efekt operace je srovnatelným s klasickou otevřenou operací. Pozitivem endoskopického výkonu je minimálně invazivní technika, minimalizace pooperační bolesti, menší riziko pooperačního krvácení a pooperačních infekcí, menší riziko iatrogenní instability, zkrácení doby hospitalizace a minimalizace délky pracovní neschopnosti. Odhadovaný počet pacientů je v prvních letech v řádu desítek pacientů, během etablování výkonu na dalších pracovištích v řádu stovek pacientů za rok.

K bodům 39 až 44

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti plastická chirurgie.

S ohledem na skutečnost, že výkony plastické chirurgie nebyly dlouhé roky aktualizovány, odborná společnost předložila první výkony, které aktualizovala tak, aby odpovídaly současné medicínské praxi a postupům, ve výkonech jsou zrealněny i ceny jednotlivých položek. Dochází ke zpřesnění popisů, k aktualizaci materiálových položek, léčivých přípravků včetně cenového ohodnocení a také ke zrealnění cen používaných přístrojů. Současně jsou aktualizovány položky zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaného léčivého přípravku a je upravena časová náročnost výkonů, která neodpovídala běžné praxi.

K bodu 45

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti gynekologie a porodnictví.

Ve výkonu je upravena časová náročnost výkonů, která neodpovídala běžné praxi. Na čípku se běžně vyskytují geograficky vícečetné leze, pro jejichž diagnostiku je nutné provést vícenásobný odběr tak, aby nedošlo k mylné diagnóze. Dále dochází k aktualizaci přímo spotřebovaného materiálu, léčivých přípravků a přístrojů včetně zrealnění cen.

K bodům 46 až 51

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti ortopedie.

Ve výkonech dochází k aktualizaci popisů, tak aby obsah odpovídal běžné praxi a současně jsou aktualizovány přímo spotřebované materiály, léčivé přípravky, přístroje a zvláště účtované položky výkonu včetně zrealnění cen. Také se mění omezení místem výkonů a časová náročnost.

K bodu 52

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti otorinolaryngologie.

Ve výkonu dochází k úpravě času výkonu, omezení místem a rozdělení výkonu mezi dva nositele tak, aby jeho provedení odpovídalo realitě.

K bodu 53

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti otorinolaryngologie.

Video-endoskopie v uměle navozeném spánku (Drug Induced Sleep Endoscopy – DISE) je diagnostická metoda používaná v léčbě poruch dýchání ve spánku, která umožňuje zjistit lokalizaci, mechanismus a stupeň závažnosti obstrukce tkáněmi horních cest dýchacích a polykacích, a tím vede k přesnějšímu zacílení následné léčby vedoucí k odstranění dechových poruch. Vyšetření umožní lepší zacílení následné léčby (chirurgie, léčba přetlakem, zubní protraktor), tím zvýší efektivitu léčby spánkové apnoe a sníží počet neúspěšně léčených pacientů s nutností reoperací či hledání jiných způsobů léčby. Celkově je očekáváno provedení výkonů v řádech stovek za rok. Dle nynější frekvence spánkové endoskopie je předpokládán počet vyšetření v ČR asi 1000/rok. Očekávaný finanční dopad je při navrhovaném bodovém ohodnocení cca 650 000 Kč.

K bodům 54 až 57

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti foniatrie.

Ve výkonech dochází ke specifikaci popisu výkonů, úpravě času výkonu, omezení místem úpravě nositele výkonu a zvláště účtovaného materiálu tak, aby obsah co nejlépe odpovídal reálnému způsobu provedení.

K bodu 58

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti oftalmologie.

Jedná se o zařazení výkonu, který spočívá v našíti dárcovské amniové membrány k uzavření nehojících se defektů rohovky, vředů, perforací rohovky atd., případně jako náhrada poškozené spojivky. Metoda je vysoce efektivní, v některých případech může zákrok oddálit nebo nahradit transplantaci rohovky, která je finančně náročnější a je spojena s výrazně vyšším rizikem komplikací. Zařazení nového výkonu je bez

většího ekonomického dopadu do systému veřejného zdravotního pojištění. Daná operace se nyní vykazuje (nesprávně) pod jinými stávajícími výkony. Počet provedených transplantací amniové membrány v ČR je ročně cca 200.

K bodům 59 a 62

Jedná se o zrušení výkonů v odbornosti oftalmologie – skupina 1, a to z důvodu přeřazení těchto výkonů do vyšší režijní skupiny 3, která odpovídá náročnějším výkonům, které se zpravidla provádí na chirurgickém sále.

K bodům 60 a 61

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu a současně s tím související zařazení nového výkonu v odbornosti oftalmologie.

Návrh na změnu výkonu je dán faktem, že od roku 1993 nebyl výkon měněn ani aktualizován. V roce 1993 došlo k redukci operačních výkonů pro strabismus ze tří na jeden obecný, který však nepostihuje celou problematiku operací šilhání. Výkon je navíc omezen počtem provedení za rok. Je tedy potřeba změny nevyhovujícího stavu v problematice operací strabismu, kdy existuje pouze jeden výkon pro celé spektrum operačních postupů, při různých typech strabismů, včetně paralytického. Je také provedena změna omezení frekvencí za rok a dále dochází k aktualizaci přímo spotřebovaného materiálu a léčivých přípravků. V poslední řadě dochází k aktualizaci přístrojové techniky, kdy namísto rutinního používání operačního mikroskopu se nově využívá i mikrochirurgické instrumentarium.

Současně na základě výsledků jednání Pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ze dne 14. 5. 2020 je pro oční operace strabismu zařazen nový, tzv. přičítací, výkon ÚPRAVA ŠILHÁNÍ NA DALŠÍM JEDNOM PŘÍMÉM NEBO ŠIKMÉM SVALU (1 OKO), který se bude vykazovat současně s výkonem stávajícím č. 75367, pokud bude nutnost operace na dalším svalu téhož oka. Předpoklad počtu provedených výkonů na dalším přímém nebo šikmém extraokulárním svalu je 500 až 700 ročně.

K bodu 63 a 64

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti oftalmologie.

Stávající popisy výkonů a jeho kalkulace jsou zastaralé, neodráží skutečné provedení. Jsou aktualizovány specifikace a podmínky provedení výkonu včetně materiálových a přístrojových položek. Výkony jsou s ohledem na náročnost provedení přesunuty do vyšší režijní skupiny 3.

K bodu 65

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti oftalmologie.

Jedná se o zařazení zcela nové transplantační techniky, která je zcela odlišná od dřívějších postupů. Vysoce efektivní metoda u pacientů s poškozením rohovkového endotelu. Ve srovnání s transplantací rohovky v plné tloušťce má výrazně kratší dobu hojení, lepší výsledky zrakových funkcí a nižší riziko peroperačních a pooperačních komplikací. Prováděné operace byly doposud vykazovány nesprávně výkonem pro perforující keratoplastiku (č. 75329), případně korneální plastika (č. 75437). Celkový počet prováděných operací se zavedením nového výkonu nezmění. V ČR provedeno ročně cca 200 těchto transplantací, celkem tedy představuje necelé 3,5 mil. Kč.

K bodům 66 a 67

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti urologie.

KOMPLETNÍ PROVEDENÍ A ANALÝZA ZÁZNAMŮ PACIENTŮ SE SYMPTOMY DOLNÍCH CEST MOČOVÝCH patří mezi základní diagnostické nástroje a jejich použití je doporučováno Evropskou urologickou společností (EAU). Analýza a vyhodnocení následujících záznamů: mezinárodní dotazník prostatických symptomů IPSS, dotazník na hyperaktivní močový měchýř OABV8, mikční deník patří mezi základní diagnostické nástroje lékaře - urologa. Pomáhají především diagnostikovat, rozlišovat závažnost a hodnotit účinnost terapie u pacientů se symptomy dolních močových cest (LUTS). Do mikčního deníku pacient zaznamenává obvykle po dobu 2 až 3 dní všechny epizody mikce, urgencye, inkontinence včetně objemů přesných časových údajů. Stejně tak i veškerý příjem tekutin. Lékař musí pro správné užití mikčního deníku pacienta instruovat pro jeho vyplnění a následně pacientem vyplněný deník analyzovat (např. z pohledu počtu epizod mikce, urgencye a inkontinence, rozlišovat denní a noční příjmy a výdeje, dopočítávat objemy a pro analýzu úspěchu terapie i jejich přesné změny v čase). Odhadovaný počet výkonů za rok je 80 000.

V dalším případě se jedná o zařazení nového robotického výkonu ROBOTICKY ASISTOVANÁ RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMIE, která s porovnáním s otevřenými cystektomiemi má nižší krevní ztráty a menší spotřebu analgetik. Tento výkon se provádí v Komplexním onkologickém centru jako doplněk s ostatními robotickými výkony a je indikován při malignitě močového měchýře. Za rok se předpokládá provedení 50 výkonů.

K bodům 68 a 69

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti algeziologie – léčba bolesti.

Výkon LÉČEBNÁ APLIKACE KOŽNÍ VYSOCE KONCENTROVANÉ KAPSAICINOVÉ NÁPLASTI zajišťuje léčebnou kožní aplikaci kapsaicinové náplasti po předchozím vyšetření za účelem identifikace postižené oblasti v indikaci periferní neuropatické bolesti nediatetické etiologie. V porovnání s existujícími dosavadními postupy má tento výkon v absenci nebo v minimálním výskytu systémových nežádoucích účinků a zanedbatelnou interferenci s chronickou pacientovou medikací, což znamená velký přínos u populace pacientů se zavedenou kombinovanou medikací většinou z dalších indikací. Dále tento výkon nenese riziko typu jiných algeziologických intervenčních výkonů užívaných ve stejných indikacích. Odhadovaný počet pacientů je kolem 1000 za rok.

Klinická aplikace kryoanalgezie (výkony KRYOABLAČNÍ LÉČBA CHRONICKÉ BOLESTI NAVIGOVANÁ RTG a UZ) umožňuje efektivní řešení bolesti v rámci syndromů obličejové bolesti (trigeminální neuralgie, posteriorní aurikulární neuralgie, glosfaryngeální neuralgie), bolestí hlavy (okcipitální neuralgie, cervikogenní bolesti hlavy), ošetření při bolesti na úrovni krční, hrudní a bederní páteře (facetové klouby), ošetření při bolesti velkých kloubů (ramenní, kolenní kloub a sakroiliakální kloub).

K bodům 70 a 72

Jedná se o zrušení výkonů v odbornosti klinická biochemie z důvodu nepoužívání.

K bodu 71

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti klinická biochemie.

STANOVENÍ KONCENTRACE RŮSTOVÉHO DIFERENCIAČNÍHO FAKTORU 15 (dále jen GDF-15) je významným přínosem ve stratifikaci rizika u pacientů s fibrilací síní, ischemickou chorobou srdeční a chronickým srdečním selháním. Uvedený test je již od roku 2016 součástí doporučení Evropské kardiologické asociace (ESC) pro péči o pacienty s fibrilací síní jako test pro odhad rizika krvácivých komplikací. V doporučení ESC z roku 2020 je tento test jedním ze základních pilířů stratifikace rizika krvácení při zvažování zahájení antikoagulační léčby. GDF-15 je rizikovým faktorem pro velké krvácení, mortalitu, a cévní mozkovou příhodu u pacientů s fibrilací síní. U pacientů s akutním koronárním syndromem umožňuje stanovení GDF-15 určit trvání duální antiagregační léčby (6 vs. 12 měsíců) na podkladu odhadu rizika krvácivých komplikací. U pacientů s chronickým srdečním selháním umožňuje stanovení GDF-15 odhad závažnosti stavu a predikci mortality, což může vést k intenzifikaci terapie. Očekávaný počet stanovení GDF-15 za rok v ČR je s ohledem na prevalenci pacientů s fibrilací síní (3 % populace staré 20 let a více, tj. cca 260 000 osob) a zejména roční incidenci (cca 3000 nových případů ročně) je cca 5 000, k tomu pacienti s chronickým srdečním selháním a akutním koronárním syndromem – cca dalších 5 000 stanovení, celkem tedy cca 10 000 stanovení za rok.

Další výkon KETOLÁTKY STATIM - POCT zajišťuje urgentní stanovení koncentrace ketolátek (beta-hydroxybutyrátu) z plné krve v souvislosti s léčbou SGLT2 inhibitory a šokových stavů spojených s poruchami oxygenace periferních tkání. Inhibitor SGLT-2 je zkratka pro inhibitory kotransporteru sodíku a glukózy-2. Inhibitory SGLT-2 jsou lékovou skupinou používanou ke snížení vysokých hladin glukózy v krvi u lidí s diabetem 2. Zařazení výkonu je dáno potřebou akutní diagnostiky ketoacidózy (5 %) a ketózy (10 %) u pacientů léčených SGLT2 inhibitory. SGLT2 inhibitory jsou užívány u cca 10 až 15 % pacientů z čehož u 10 % pacientů může být ketóza a u 5 % závažná ketoacidóza. Lze předpokládat jednotky měření v měsíci až několik tisíc ročně.

K bodu 73

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti radiologie a zobrazovací metody.

Bronchogenní karcinom je u nás i ve světě nejčastější příčinou úmrtí na zhoubné nádory. Ročně na tento nádor u nás zemře více než 5000 osob. Primárním cílem screeningu bronchogenního karcinomu je časná a přesná diagnóza daného onemocnění, která povede v kombinaci s vhodnou navazující léčbou ke snížení mortality v důsledku tohoto onemocnění. Screening musí být dále spojen s programem odvykání kouření, což povede k snížení nádorové i nenádorové morbidity. Česká republika je v současné době výrazně zatížena tímto onemocněním a většina pacientů má v době diagnózy pokročilé stadium nemoci a nádor již není operovatelný. Navzdory významnému vývoji v onkologické léčbě přežití těchto pacientů zůstává nízké a pět let od stanovení diagnózy se dožije dle literatury přibližně 5 % nemocných (pětileté přežití se s ohledem na zdroj mírně liší, pohybuje se však okolo zmíněných 5 %). Z aktuálně dostupných údajů ÚZIS je celkové pětileté přežití pacientů s bronchogenním karcinomem v ČR o něco vyšší a dosahuje více než 10 %. I tak patří bronchogenní karcinom mezi nejfatálnější diagnózy. Důležité je tedy zachycení karcinomu v rané fázi onemocnění, kdy má léčba největší účinek a nádor je operovatelný a bez metastáz v okolních tkáních.

Lze tedy přibližně odhadnout, že screening by se v ČR mohl týkat přibližně 390 000 vysoce rizikových osob. Reálný počet způsobilých osob může být odlišný v důsledku zohlednění dalších faktorů, jako je nedostatečná cigaretová zátěž, zohlednění bývalých kuřáků, již diagnostikovaný karcinom plic nebo jiné.

Avšak i nejvíce konzervativní odhady vedou k hodnotám přesahujícím cca 260 000 vysoce rizikových osob.

K bodu 74

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti radiologie a zobrazovací metody.

Důvodem aktualizace výkonu je skutečnost, že při zařazení výkonu do systému veřejného zdravotního pojištění byla opomenuta situace, kdy jsou touto metodou ošetřováni pacienti s dialyzačními AV shunty ambulantní formou péče. Proto se v popisu výkonu doplňuje specifikace, že o ambulantní formu péče se jedná v pouze případě rekanalizaci a-v shuntů a dále se mění omezení místem z „SH - pouze na spec. prac. při hospitalizaci“ na „S - pouze na specializovaném pracovišti“.

K bodu 75

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti radiologie a zobrazovací metody.

AORTÁLNÍ ENDOSTAPLER je vrut, který se kontrolovaně zavrtá přes stěnu stentgraftu do aortální stěny. Primárně slouží k nápravě endoleaku, tedy netěsnosti mezi stentgraftem a aortou v kotvící zóně. Využívá se i ke zlepšení fixace stentgraftů u krátkých nebo konických kotvících zón, kde je riziko dislokace protézy. Jedná se o novou, perkutánní metodu, která rozšiřuje neinvazivní možnosti léčby aortálních výdutí pomocí stentgraftů. Výkon nahrazuje náročnou operační léčbu endoleaku, která má vyšší riziko komplikací a letality a nutnost klasické operační léčby aortální výdutě, která je pro pacienta velmi náročná a vyžaduje si delší hospitalizaci a je spojena s vyšším rizikem komplikací a smrti. Odhad pacientů/rok: 35 pacientů /rok v ČR. Výkon je součástí evropských doporučených postupů.

VYTVOŘENÍ A-V PÍŠTĚLE MAGNETICKÝMI KATETRY představuje novou metodu vytvoření A-V píštěle, která je alternativou výkonu č. 54210 VYTVOŘENÍ NEBO ZRUŠENÍ A-V PÍŠTĚLE v případě, kdy opakovaně selhalo vytvoření A V píštěle chirurgickou technikou. Výkon nenahrazuje staré metody. Metoda vytvoření A-V píštěle magnetickými katetry snižuje ekonomický dopad v období po výkonu díky nižší míře selhání.

K bodům 76 až 79

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti laboratoř patologie.

Důvodem změny omezení frekvence je skutečnost, že v současné době došlo ke změně využití těchto vyšetření v porovnání s dobou, kdy tyto výkony byly zařazené do systému veřejného zdravotního pojištění.

K bodu 80

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti laboratoř patologie.

Výkony zajišťují vyhledání a ověření materiálu (bloků, preparátů) pro prediktivní nebo konzultační vyšetření, včetně předání na konzultační a referenční pracoviště. Efektivita zaslání materiálu ke konzultačním a prediktivním vyšetřením je dána medicínskou efektivitou centralizace specializovaných vyšetření do referenčních laboratoř a konfirmací diagnóz méně obvyklých nálezů. Výkony jsou již běžně hrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění v rámci jiných výkonů, proto se jejich zařazením nepředpokládá dopad.

K bodům 81 a 82

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti všeobecná sestra a domácí péče.

V současné době je zaváděn centrální žilní katetr (PICC) pro podávání léčiv ambulantním pacientům. Jde zejména o pacienty onkologické, s domácí parenterální výživou a další, kterým jsou dlouhodobě podávána léčiva. Zavedení PICC má svůj výkon, který je plně hrazen. Po dobu zavedení a používání PICC je nezbytné předcházet možným komplikacím. Z hlediska prevence komplikací je nezbytné PICC pravidelně převazovat. Do současné doby není převazování hrazen. Počet zavedených PICC se pohybuje v současné době okolo 2500 až–3000/rok. Při zavedení PICC v průměru 3 měsíce a převazu 1krát týdně se předpokládá 36 000 výkonů za rok.

K bodům 83 a 84

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti univerzální mezioborové výkony.

Na základě návrhu odborné společnosti dochází v popisech výkonů k doplnění specifikace, která umožní v některých případech vykazovat výkon častěji, než je stanoveno obecné omezení frekvence výkonů. V prvním případě je doplněna podmínka, že u pacientů s respirační insuficiencí před indikací DDOT lze výkon vykázat 6/1 den. V druhém případě je doplněna podmínka, že u výkonů č. 25243 a 25233 lze výkon vykázat 6/1 den.

K bodům 85

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti univerzální mezioborové výkony.

V návaznosti na zrušení výkonu č. 09566 od 1. ledna 2021, je nutné současně upravit popis výkonu PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY, a to ve smyslu vypuštění odkazu na již zrušený výkon č. 09566.

K bodu 86

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti univerzální mezioborové výkony, respektive se fakticky jedná o přesun výkonu z odbornosti vnitřní lékařství – interna.

Jedná se pouze o přeřazení v rámci odborností, a to z odbornosti 101 – vnitřní lékařství – interna do odbornosti 999 – univerzální mezioborové výkony. Důvodem je potřeba, aby byl výkon poskytován i v rámci jiných odborností.

K bodu 87

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti univerzální mezioborové výkony.

Ve výkonu dochází k navýšení časové náročnosti, úpravě omezení frekvence za rok a k aktualizaci přímo spotřebovaného materiálu a přístrojů včetně zrealnění cen.

K čl. II

Vzhledem k vzájemné provázanosti tohoto návrhu s nastavením úhradových mechanismů, které se vždy stanovují pro konkrétní kalendářní rok, je nutné, aby změny v seznamu zdravotních výkonů byly zohledněny při stanovování úhrad v jednotlivých segmentech poskytování zdravotních služeb. Z tohoto důvodu se navrhuje, aby vyhláška nabyla účinnosti dne 1. ledna 2022, s výjimkou ustanovení čl. I bodu 14 (výkon č. 15060 REPROCESSING FLEXIBILNÍCH ENDOSKOPŮ), který nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2023, a to z důvodu zajištění technického vybavení u všech poskytovatelů této zdravotní služby.