

# 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 2023 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. navýšení základní minutové sazby nositelů výkonů o průměrnou roční inflaci, zařazení nových výkonů, aktualizace stávajících výkonů, které svým obsahem (popis, materiály, léky, přístroje) neodpovídají skutečnosti, vyřazení výkonů, které se již nepoužívají při vykazování zdravotní péče a jsou nahrazeny modernějšími metodami či technologiemi.

V souvislosti se zařazováním nových výkonů zpravidla také dochází k rozšíření a doplnění, popř. inovaci, pravidel pro vykazování 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 v praxi mohou 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 výkonů, zařazení nových výkonů a zrušení nepoužívaných výkonů. Celkově návrh obsahuje zařazení či aktualizaci 161 výkonů včetně 2 zdravotních výkonů, které jsou navrženy ke zrušení.

V předloženém materiálu je zejména navrhováno:

1. zařadit do vyhlášky 53 nových výkonů
2. vyřadit z vyhlášky 2 obsoletní výkony nahrazené novějšími medicínskými metodami
3. zajistit odstranění technických nedostatků vyhlášky (např. upřesnění popisu výkonů č. 66031, 91561, 94365, 95202, 95203 nebo 96894, tak aby byly odpovídaly současnému provedení v souladu s medicínskými postupy, upřesnění v obecné části např. v Kapitole 2 – obecná pravidla pro vykazování výkonů a v Kapitole 4 – další pravidla pro vykazování výkonů řazená dle jednotlivých autorských odborností)

4. aktualizovat 106 stávajících výkonů (výkony odbornosti 101 – vnitřní lékařství, 205 – pneumologie a ftizeologie, 306 – dětská a dorostová psychiatrie, 501 – chirurgie, 601 – plastická chirurgie, 603 – gynekologie a porodnictví, 606 – ortopedie, 607 – ortopedická protetika, 710 – alegeziologie - léčba bolesti, 706 – urologie, 801 – klinická biologie, 813 – laboratoř alergologie a imunologická, 816 – laboratoř lékařské genetiky, 817 – laboratoř klinické cytologie, 901, klinická psychologie, 910 – psychoterapie, 931 – dětská psychologie atd.)
5. zařadit novou odbornost 355 – centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením, a to včetně výkonů pro tuto odbornost
6. zařadit ve veřejném zájmu 33 aktualizovaných výkonů odbornosti 105 – gastroenterologie  
Aktualizované výkony jsou výsledkem dlouhodobých a opakovaných jednání, kdy došlo k aktualizaci přístrojového vybavení. Aktualizované návrhy mají zejména vnést řád do vykazování endoskopických výkonů a nastavit obsah registračních listů všech výkonů tak, aby v nich uvedená technika odpovídala technice při výkonu používané. Tedy použití videotechniky, a ne optické techniky v registračních listech všech výkonů včetně terapeutických. Je to jediný akceptovatelný přístup odpovídající realitě. Na základě jednání pracovní skupiny byly z registračních listů odstraněny již nepoužívané optické techniky.
7. zařadit ve veřejném zájmu dva nové výkony odbornosti 106 – geriatricie  
Jedná se o výkony CASE MANAGEMENT GERIATRICKÉHO PACIENTA a VYHODNOCENÍ SYNDROMU KŘEHKOSTI (FRAILITY) U GERIATRICKÉHO PACIENTA, které jsou Ministerstvem zdravotnictví doporučeny k zařazení do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění ve veřejném zájmu, a to zejména s ohledem na prokázaný potenciál předejít progresi v případě progresse syndromu křehkosti a přispět k významnému snížení nákladů na zdravotní péči.  
Progrese syndromu křehkosti vedou k zásadnímu nárůstu nákladů na zdravotní péči v důsledku pádů a úrazů, častějších hospitalizací, vyššího výskytu komplikací, delších hospitalizací a vyšším požadavkům na následnou péči. Case management je dlouhodobě zavedený a v moderním západním zdravotnictví ověřený přístup, jak zajistit kvalitní, integrovanou péči o seniory. Může přispívat ke kvalitě života seniorů, a přitom vést k redukci výdajů na zdravotní péči díky prevenci komplikací, redukci hospitalizací a racionalizaci návštěv u ambulantních specialistů. Ambulantní geriatrici jsou vhodnými vykonavateli case managementu u seniorů. Tento přístup zahrnuje péči o klienty s komplexními potřebami při chronických onemocněních. Je zaměřen na pacienta s cílem dosažení jeho spokojenosti a kvalitní, a přitom nákladově efektivní péče.
8. zařadit ve veřejném zájmu úpravu obecné části Kapitoly 4 bodu 39 a s tím související úpravu popisů dvou výkonů  
Jedná se o odstranění nesouladu v seznamu zdravotních výkonů mezi textem obecné části a popisem obsahu agregovaných výkonů č. 95198 CERVIKOVAGINÁLNÍ CYTOLOGIE - SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA - NEGATIVNÍ NÁLEZ a 95199 CERVIKOVAGINÁLNÍ CYTOLOGIE - SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA - ABNORMÁLNÍ NÁLEZ upravujících vykazování a úhradu zdravotní péče spojené s realizací tohoto screeningového programu. Tento nesoulad v právním rámci umožňuje čerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní služby již uhrazené ve vykázaných screeningových výkonech.

Zařazení, změnu nebo vyřazení výkonu s bodovou hodnotou ze seznamu zdravotních výkonů navrhuje Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovna nebo příslušná odborná společnost, kterou se rozumí

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. Součástí návrhu podle odstavce 1 musí být návrh registračního listu, který obsahuje alespoň název výkonu s bodovou hodnotou, zdůvodnění návrhu, popis výkonu s bodovou hodnotou a jeho provedení, pravidla pro jeho vykazování a podklady pro výpočet jeho bodové hodnoty. Při návrhu na zařazení nového výkonu s bodovou hodnotou je součástí registračního listu rovněž posouzení účinnosti výkonu s bodovou hodnotou a porovnání s prokázaným léčebným přínosem existujících postupů ve stejné nebo podobné indikaci, je-li takové porovnání možné. Vzor návrhu registračního listu, pokyny pro jeho vyplnění a kalkulační vzorec pro výpočet bodové hodnoty výkonu s bodovou hodnotou zveřejní Ministerstvo zdravotnictví na svých internetových stránkách. Na svých internetových stránkách dále Ministerstvo zdravotnictví zveřejní vlastní i podané návrhy, a to nejméně po dobu 30 dnů. ([http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/navrhy-registracnich-listu\\_12340\\_998\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/navrhy-registracnich-listu_12340_998_3.html)).

Návrhy jednotlivých 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. 313/2022 Sb., která nabyla účinnosti dne 1. ledna 2023.

Na základě rozvoje jednotlivých medicínských disciplín a dalších navazujících oborů kontinuálně probíhá proces zařazování nových výkonů do vyhlášky, změn v obsahu zařazených výkonů a vyřazování některých 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 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 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 výkonů na základě doporučení Pracovní skupiny v těchto oblastech:
  - ✓ diabetologie
  - ✓ pneumologie a ftizeologie
  - ✓ gastroenterologie
  - ✓ psychiatrie
  - ✓ dětské a dorostové psychiatrie
  - ✓ radiační onkologie
  - ✓ dermatovenerologie
  - ✓ chirurgie
  - ✓ plastická chirurgie
  - ✓ orální a maxilofaciální chirurgie
  - ✓ otorinolaryngologie
  - ✓ foniatrie
  - ✓ klinická biochemie
  - ✓ lékařská mikrobiologie
  - ✓ radiologie a zobrazovací metody
  - ✓ laboratoř hematologická
  - ✓ algeziologie – léčba bolesti
  - ✓ domácí péče
  - ✓ univerzální mezioborové výkony
2. Zrušení obsoletního výkonu, popř. již vzhledem k novějším medicínským metodám, nepoužívaného výkonu
  - ✓ gastroenterologie
3. Úpravy stávajících 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 popisů a materiálových položek výkonů pro parenterální výživu v rámci vlastního sociálního prostředí, omezení místem výkonů nebo úprava zvlášť účtovaného

materiálu s ohledem na používání modernějších materiálů v rámci ortopedických nebo foniatrických výkonů a další).

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 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, Všeobecné zdravotní pojišťovny 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) scházejí zástupci výše uvedených subjektů. Účelem schůzek pracovní skupiny je projednání navržených změn vyhlášky. Těmi jsou úpravy stávajících výkonů, zavedení nových výkonů a vypuštění 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 výkonů či změnou a vyřazením stávajících 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 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 2024**

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 u odborností s možností růstu hodnoty bodu, dopady kalkulovány ve dvou variantách, s použitím maximální hodnoty bodu a minimální hodnoty bodu. Reálný dopad bude někde mezi těmito extrémy. Současně jsou pro kalkulaci použity hodnoty bodu pro rok 2023, a to z důvodu, že hodnoty bodu pro rok 2024 ještě nejsou známy.

#### ***Nové výkony***

Celkově se jedná o 53 nových výkonů, z toho je 29 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 pojišťoven.

U ostatních výkonů se celkové kalkulovatelné očekávané dopady, které vzniknou v souvislosti se zavedením nových výkonů, budou pohybovat v roce 2024 v rozpětí 121-126 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. Největší část celkových nákladů tvoří výkon č. 44116 VYŠETŘENÍ RUČNÍM DERMATOSKOPEM s dopadem 31,9 mil. Kč, dále více jak 10 mil. Kč dopad budou přestavovat výkony č. 25143 EBUS EXCIZE s odhadovaným dopadem cca 12,7 až 14,9 mil. Kč, č. 43638 RADIOTERAPIE MR-LINEÁRNÍM URYCHLOVAČEM (MR-LINAC) s dopadem 13,3 až 14,6 mil. Kč, č. 13054 VEDENÍ DIABETIKA V SAMOSTATNÉ PÉČI O NOHY PŘI SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY s dopadem cca 13 mil. Kč a č. 81320 ANTI-MÜLLERIAN HORMON (AMH) s dopadem cca 12,7 mil. Kč.

### *Novelizované výkony*

Dále dochází k aktualizaci 92 výkonů, a to ve smyslu nacenění vstupních parametrů a úpravy příslušných koeficientů kalkulačního vzorce. Třidvacet z těchto výkonů je vykazováno při hospitalizaci, neočekáváme tedy dopad ze stejného důvodu jako u nových výkonů. Dopad změn u zbývajících 69 výkonů při stanovené hodnotě bodu se bude pohybovat v rozmezí 500 až 524 mil. Kč do systému veřejného zdravotního pojištění.

Mezi aktualizované výkony s nejvyšším dopadem patří výkony odborností 115 – gastroenterologie, 901 klinická psychologie a 606 – ortopedie, kde dochází k navýšení úhrad v rozmezí 384 až 395 mil. Kč. Nejvyšší finanční dopad bude mít aktualizace výkonů odbornosti 115- gastroenterologie s odhadovaným dopadem 280 mil. Kč.

### *Zrušené/nahrazené výkony*

Poslední změnou v rámci SZV je zrušení 2 výkonů. Jedná se o výkon č. 15445 - POUŽITÍ VIDEOENDOSKOPU PŘI ENDOSKOPICKÉM VÝKONU Á 10 MINUT a výkony č. 15446 HD VIDEOENDOSKOPICKÝ ROZDÍLOVÝ VÝKON Á 10 MINUT. Výraznou úsporu systému představuje první jmenovaný výkon (č. 15445), a to zejména kvůli vysoké frekvenci vykazování. Celkovou úsporu odhadujeme na 56,5 až 62,1 mil. Kč. V případě druhého výkonu nemá ministerstvo data ohledně četnosti vykazování, tudíž možnou úsporu není možné odhadnout.

### *Celkové dopady*

Celkově tedy odhadujeme dopad do systému veřejného zdravotního pojištění na rok 2024 cca 565 až 588 mil. Kč. 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 a současně nejsou známé hodnoty bodu pro rok 2024, kdy tato novela vyjde v platnost.

## **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.

## **J. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY SE ZÁSADAMI DIGITÁLNĚ PŘÍVĚTIVÉ LEGISLATIVY**

Navrhovaná právní úprava byla vyhodnocena vzhledem k následujícím zásadám:

1. Budování přednostně digitálních služeb (princip digital by default)  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
2. Maximální opakovatelnost a znouvoužitelnost údajů a služeb (princip data only once)  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.



3. Budování služeb přístupných a použitelných pro všechny, včetně osob se zdravotním postižením (princip governance accessibility)  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
4. Sdílené služby veřejné správy  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
5. Konsolidace a propojování informačních systémů veřejné správy  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
6. Mezinárodní interoperabilita – budování služeb propojitelných a využitelných v evropském prostoru  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
7. Ochrana osobních údajů v míře umožňující kvalitní služby (princip GDPR)  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
8. Otevřenost a transparentnost včetně otevřených dat a služeb (princip open government)  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
9. Technologická neutralita  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.
10. Uživatelská přívětivost  
Zásada byla při přípravě právního předpisu dodržena.

## **K. POSOUZENÍ DOPADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY NA RODINU**

Navrhovaná novela nebude mít dopad na rodinu.

## **L. POSOUZENÍ DOPADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY NA REGIONÁLNÍ ROZVOJ A ÚZEMNÍ SAMOSPRÁVU**

Navrhovaná novela nebude mít dopad na regionální rozvoj a územní samosprávu.

## II. Zvláštní část

### **K čl. I**

#### **TEXTOVÁ ČÁST**

##### **K bodu 1 (Příloha Kapitola 2, bod 6.2.1)**

Jedná se o úpravu definice indexů nositelů výkonů určené pro psychology ve zdravotnictví, kdy dochází k vypuštění indexu 2. Index charakterizuje kvalifikaci nositele k provedení výkonu a obtížnost provedení výkonu. Současná formulace indexů psychologa ve zdravotnictví ve 3 stupních neodpovídá nárokům specializačního vzdělávání.

##### **K bodu 2 (Příloha Kapitola 2, bod 6.3.2)**

V definici indexu 4 je v současné době uvedena podmínka vysokoškolského vzdělání v příslušném oboru a podle zákona č. 96/2004 Sb. mohl adiktolog do určitého roku nabýt odbornou způsobilost rekvalifikačním kurzem nebo uznáním odbornosti na základě dlouholeté praxe nebo vysokoškolským vzděláním. Pokud by podmínka v definici zůstala, tak uznání adiktologové a adiktologové s rekvalifikačním kurzem nebudou pod tuto definici spadat, a nemohou tak být nositelem výkonu S4.

V této souvislosti je v rámci definice indexu 4 vypuštěno znění „v příslušném oboru“. Tato podmínka rozřazuje adiktologa do dvou kategorií, což není v souladu s právními předpisy. Adiktolog získává odbornou způsobilost k výkonu povolání adiktologa a je definován zákonem č. 96/2004 Sb.

##### **K bodu 3 (Příloha Kapitola 2, bod 6.5 písmeno a))**

Jedná se o každoroční navýšení základní minutové sazby nositelů výkonů o průměrnou roční míru inflace. Průměrná roční inflace pro rok 2022 je 15,1 %. Pro nositele L1, L2, L3, K1, K2, K3, J1 a S4 je nově stanovena na 3,5239 bodu, pro nositele výkonů S1, S2, S3 je stanovena na 2,0991 bodu a pro nositele výkonů D1, D2 a D3 je stanovena na 2,8336 bodu.

##### **K bodu 4 (Příloha Kapitola 2, bod 8.1)**

Jedná se o úpravu textového znění, a to to z důvodu, že zavedení výkonů nové odbornosti 719 – urgentní medicína – skupina 1 nebylo v minulosti promítnuto do obecné části seznamu zdravotních výkonů a v praxi tak dochází k nejednoznačnému výkladu v případě vykazování péče u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří mají zřízeno pracoviště urgentního příjmu s odborností 719.

Uvedená úprava je podpořena i zněním § 113b odst. 1 zákona o zdravotních službách: Urgentní příjem je specializované pracoviště s nepřetržitým provozem, které zajišťuje příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví, pacientům v přímém ohrožení života a pacientům s náhlou změnou zdravotního stavu nebo zhoršením průběhu onemocnění.

##### **K bodu 5 a 6 (Příloha Kapitola 4 bod 17.2. 42.4)**

V současné době, v návaznosti na reformu psychiatrické péče a snahu o zvýšení dostupnosti psychoterapie v rámci komplexní péče dochází k situacím, kdy je v jeden den provedeno klinické vyšetření (např. vyšetření psychiatrem) a ve stejný den, jiný čas, je poskytována psychoterapie (skupinová, individuální, rodinná, emergentní, rodičovská skupina atd.).

Tu poskytuje buď stejný zdravotnický pracovník, nebo jiný člen zdravotního týmu (psycholog, psychiatr s psychoterapeutickým vzděláním). Problém vykázání více výkonů v jeden den nastává především v centrech duševního zdraví, a také vznikajících ambulancích s rozšířenou péčí, ale může se týkat i běžných ambulancí psychiatra či psychologa. V této souvislosti dochází k úpravě textového znění.

#### **K bodu 7 (Příloha Kapitola 4 bod 39.)**

Jedná se o odstranění nesouladu v seznamu zdravotních výkonů, a to mezi textem obecné části a popisem obsahu agregovaných výkonů č. 95198 CERVIKOVAGINÁLNÍ CYTOLOGIE - SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA - NEGATIVNÍ NÁLEZ a 95199 CERVIKOVAGINÁLNÍ CYTOLOGIE - SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA - ABNORMÁLNÍ NÁLEZ upravujících vykazování a úhradu zdravotní péče spojené s realizací tohoto screeningového programu.

Výkony č. 95198 a č. 95199 jsou komplexní agregované výkony, které v sobě zahrnují veškerou péči v průběhu jednoho roku v rámci screeningu děložního hrdla. Jsou zde zakalkulovány všechny odběry, které jsou opakovaně odebírány pro abnormní cytologické výsledky při sledování pacientek s ošetřenou prekancerózou cervixu a v dalších případech. Výkon kolposkopické expertízy je rezervován pro diagnostiku u lézí zachycených mimo screening.

Tento nesoulad v právním rámci umožňuje čerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní služby již uhrazené ve vykázaných screeningových výkonech. Výkon kolposkopické expertízy je zde duplicitní k vykazované péči.

#### **K bodu 8 (Příloha Kapitola 4 bod 49.8)**

Jedná se pouze o technickou úpravu textového znění. Výkon č. 09566 Péče na urgentním příjmu byl v minulosti zrušen a nahrazen výkony č. 06720 TRIÁŽ PACIENTŮ NA ODDĚLENÍ URGENTNÍM PŘÍJMU, 06726 KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM URGENTNÍHO PŘÍJMU, 06727 KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM URGENTNÍHO PŘÍJMU, 06728 PÉČE O NEMOCNÉHO NA INTENZIVNÍ VYŠETŘOVNĚ URGENTNÍHO PŘÍJMU Á 15 MIN a 06729 PÉČE O NEMOCNÉHO NA EXPEKTAČNÍM LŮŽKU URGENTNÍHO PŘÍJMU Á 15 MIN, pro které platí podmínka, že je nelze vykazovat současně s výkonem č. 09563 VÝKON LÉKAŘSKÉ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY.

#### **K bodům 9, 10, 11 (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 (15,1 %) 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.

## **ČÁST PŘÍLOHY – SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ**

## **K bodu 12**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti vnitřní lékařství – interna.

Ve výkonech dochází k aktualizaci a doplnění položek přímo spotřebovaného materiálu v souladu s novými poznatky a materiály, které jsou v současné době k dispozici a zajišťují bezpečnější aplikaci parenterální výživy ve vlastním sociálním prostředí. Výkony nebyly 11 let aktualizovány a je nezbytné provést změny u jednotlivých materiálů obsažených ve výkonech, aby odpovídaly současné situaci.

## **K bodu 13**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti diabetologie.

Podle klinických doporučených postupů syndromu diabetické nohy a Mezinárodního konsenzu o diabetické noze patří zaučení podiatrického pacienta v péči o nohy mezi jeden ze základních faktorů úspěšného managementu syndromu diabetické nohy. Praktické zaučení pacienta/strukturovaná edukace v péči o diabetické rány/ulceraci je klíčem k úspěšnému managementu syndromu diabetické nohy. I dle recentně vydaných adaptovaných Klinických doporučených postupů syndromu diabetické nohy existuje řada doporučení, byť s menší oporou v důkazech, jakým způsobem k zaučení pacienta přistupovat, a co je třeba během tohoto zaučení zdůraznit. Jsou zde jasné návody, jak provádět hygienu a samostatnou péči o nohy, jakým způsobem provádět řádné ošetření rány a zamezit rozvoji další léze. Navrhovaný výkon se specializuje na cílené zaučení nemocného s aktivním syndromem diabetické nohy. V kontextu známé informace o vysoké rekurenci diabetických ulcerací (do 1 let 40 %, do 3 let 60 % reulcerací) u pacientů se syndromem diabetické nohy je zaučení odborníkem nejen v léčbě, ale i v prevenci klíčové. Očekávaný ekonomický dopad do systému veřejného zdravotního pojištění činí 13 mil. Kč.

## **K bodu 14**

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti gastroenterologie.

Jedná se o vyšetření s nejvyšší senzitivitou v diagnostice motilitních poruch jícnu. Výkon je aktualizován, protože již neodpovídal realitě, zejména po stránce materiálové a přístrojové (nový měřicí přístroj včetně katétrů). Nová technologie manometrického přístroje s použitím měřicího katetru s velkým počtem tlakových snímačů umožňujících měření s vysokým rozlišením (high resolution manometry - HRM). V ČR se bude od roku 2024 výhradně provádět HRM. Výroba spotřebního materiálu pro původní perfúzní jícnovou manometrii bude ukončena. U výkonu dochází i k rozšíření sdílení na další odbornost, a to pediatrii.

## **K bodům 15 a 51**

Jedná se o zrušení stávajících výkonů v odbornosti gastroenterologie. Ke zrušení výkonů dochází v souvislosti se zavedením komplexních změn v seznamu endoskopických výkonů vedoucích k odstranění již nepoužívané optické techniky z registračních listů endoskopických výkonů a jejich nahrazení videoendoskopickou technikou. Proto již nebude nutné vykazovat rozdílové videoendoskopický výkony.

## **K bodům 16 až 50**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti gastroenterologie.

Aktualizace se týká 31 výkonů digestivní endoskopie, a to v oblasti přístrojového vybavení. Důvodem změn je již mnohaletá existence videoendoskopických přístrojů, které se standardně používají při diagnostických a terapeutických endoskopických výkonech a jejich pořizovací cena je neporovnatelně

vyšší než cena historických již dlouho nevyroběných a nepoužívaných optických endoskopů, které jsou součástí kalkulace stávajících registračních listů endoskopických výkonů.

V některých výkonech (např. 15101 KOLONOSKOPIE PŘI POZITIVNÍM NÁLEZU SPECIÁLNÍHO TESTU NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ VE STOLICI - NÁLEZ NEGATIVNÍ, 15103 KOLONOSKOPIE PŘI POZITIVNÍM NÁLEZU SPECIÁLNÍHO TESTU NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ VE STOLICI - NÁLEZ POZITIVNÍ, 15401 GASTROSKOPIE je také upraven popis nebo název.

Zároveň u výkonů č. 15401 GASTROSKOPIE, 15403 KOLOSKOPIE NEÚPLNÁ (NEBO SIGMOIDEOSKOPIE), 15404 KOLOSKOPIE, 15101 KOLONOSKOPIE PŘI POZITIVNÍM NÁLEZU SPECIÁLNÍHO TESTU NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ VE STOLICI - NÁLEZ NEGATIVNÍ, 15103 KOLONOSKOPIE PŘI POZITIVNÍM NÁLEZU SPECIÁLNÍHO TESTU NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ VE STOLICI - NÁLEZ POZITIVNÍ, 15105 SCREENINGOVÁ KOLOSKOPIE - NÁLEZ NEGATIVNÍ, 15107 SCREENINGOVÁ KOLOSKOPIE - NÁLEZ POZITIVNÍ, 15410 ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE a 15430 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE (ERCP) - ENDOSKOPICKÁ ČÁST dochází k úpravě časové dotace nositele výkonu na 100 % času trvání výkonu, jak odpovídá realitě. Současný stav s nižší časovou dotací je zcela nesprávný.

Dále se do popisů výkonů č. 15024 ENDOSKOPICKÁ SUBMUKÓZNÍ DISEKCE, 15028 RADIOFREKVENČNÍ ABLACE (RFA) JÍCNU – HALO 360, 15030 RADIOFREKVENČNÍ ABLACE (RFA) JÍCNU – HALO 90, 15050 ENDOSKOPICKÁ GASTROPLIKACE, 15062 INTRADUKTÁLNÍ ELEKTROHYDRAULICKÁ LITOTRIPE, 15064 ENDOSKOPICKÁ TRANSMURÁLNÍ RESEKCE, 15066 ENDOSONOGRAFICKY NAVIGOVANÁ DRENÁŽ V GIT, 15068 PERORÁLNÍ ENDOSKOPICKÁ MYOTOMIE (POEM), 15070 ENDOSKOPICKÁ SUTURA, 15379 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE, ZEVNÍ DRENÁŽ, 15381 TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOSKOPIE, 15406 ENTEROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ ČÁSTI TENKÉHO STŘEVA, 15410 ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE, 15412 CHOLANGIO-PANKREATOSKOPIE, 15420 PERORÁLNÍ CHOLANGIOSKOPIE (MOTHER-BABYSKOPIE), 15430 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE (ERCP), ENDOSKOPICKÁ ČÁST, 15473 BALONKOVÁ VIDEOENTEROSKOPIE, 15510 LÉČBA CHOLELITIÁZY EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRIPSÍ, 15720 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ EXTRAKCE KONKREMENTŮ POD RTG KONTROLOU, 15930 ENDOSKOPICKÁ LASEROVÁ FOTOKOAGULACE V GASTROINTESTINÁLNÍM TRAKTU, 15940 LASEROVÁ REKANALIZACE V GIT, 15990 ENDOSKOPICKÁ PAPILOSFINKTEROTOMIE, 15994 MECHANICKÁ LITHOTRIPSIE CHOLEDOCHOLITIÁZY doplňují pravidla pro vykazování těchto výkonů v centrech vysoce specializované péče pro digestivní endoskopie, a to v souladu s Věstníkem MZ ČR č. 4/2023.

## **K bodu 52**

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti geriatricke.

CASE MANAGEMENT GERIATRICKÉHO PACIENTA je dlouhodobě zavedený ověřený přístup, jak zajistit kvalitní, integrovanou péči o seniory. Může přispívat ke kvalitě života seniorů, a přitom vést k redukci výdajů na zdravotní péči díky prevenci komplikací, redukci hospitalizací a racionalizaci návštěv u ambulantních specialistů. Výkon nastavuje optimální model péče o polymorbidního geriatrickeho pacienta. Geriatr v rámci výkonu integruje expertizu pro polymorbiditu a funkční stav. Jeden odborník tak zajistí komplexnost péče a současně podporuje kompetenci pečujících blízkých osob. Tento typ péče se jeví jako nákladově efektivní (cost-effective) a zároveň je celostní, zaměřený na jednotlivce (person-centered). Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 8 000.

VYHODNOCENÍ SYNDROMU KŘEHKOSTI (FRAILTY) U GERIATRICKÉHO PACIENTA je vyšetření, které zahrnuje vyhodnocení stupně geriatrické křehkosti (frailty) na základě zmapování jednotlivých komponent syndromu frailty dle mezinárodních kritérií dle Friedové (ztrátu tělesné hmotnosti, svalovou slabost, subjektivně vnímanou únavu, rychlost chůze a rozsah pohybové aktivity) u geriatrického pacienta a dalších s využitím standardizovaných nástrojů včetně provedení relevantních fyzikálních a laboratorních vyšetření a/nebo škál funkčního geriatrického hodnocení a doplnění relevantní osobní anamnézy. K naplnění výkonu vyhodnocení frailty je nutno vyšetřit všechny komponenty mezinárodních kritérií dle Friedové jako nepodkročitelné minimum. V případě detekce problémových domén a/nebo geriatrických syndromů je třeba doplnit detailní dovyšetření těchto syndromů geriatrem s cílem stanovení příčinných faktorů frailty (např. osteosarkopenie, depresivní syndrom, kognitivní porucha, malnutrice). Na základě mezinárodních kritérií je po vyhodnocení komponent stanovena kategorie frailty dle Friedové. Pokračuje stanovením individuální intervence k léčbě frailty případně k zabránění jejího vzniku u rizikových osob. Výsledné stanovení kategorie a příčinných/rizikových faktorů geriatrické křehkosti umožňuje stanovit individuální terapeutický plán. Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 5 000.

### **K bodu 53**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti pneumologie a ftizeologie.

Výkon je založen na dokumentovaném rozhodnutí multidisciplinárního týmu Centra pro diagnostiku a léčbu intersticiálních procesů (Centra IPP), tak jak je definováno Sekcí IPP ČPFS. Rozhodnutí se týká dalšího postupu u pacientů s intersticiálním plicním procesem, heterogenní skupinou převážně nenádorových onemocnění, která difúzně postihují plicní tkáň. Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 5 000.

### **K bodu 54**

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

Ve výkonu dochází k úpravě názvu.

### **K bodům 55 až 57**

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

Ve výkonech dochází k přesunutí materiálu, který je kalkulován jako přímo spotřebovaný materiál, do zvlášť účtovaného materiálu, což vede ke snížení bodové hodnoty.

### **K bodu 58**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti pneumologie a ftizeologie.

Endobronchiální ultrazvuk (EBUS) a transbronchiální aspirace jehlou (TBNA) změnily podobu pneumologie. Mediastinální struktury mimo hranice stěn dýchacích cest jsou pomocí EBUS zobrazovány v reálném čase, což vede ke zvýšení přesnosti odběru vzorků tkáně a diagnostické výtěžnosti. S rozvojem různých velikostí jehel od 25G do 19G se odběr vzorků stává jednodušším a běžnějším. Přesto mohou být některé stavy, které jsou pomocí výše zmiňované techniky stále obtížně diagnostikovatelné jako například sarkoidóza nebo lymfom. V době cílené léčby jsou navíc na EBUS-TBNA vzorky kladeny větší nároky. Proto se začala používat metoda biopsie pomocí malých plicních kleští - v literatuře označovaná jako EBUS-IFB (EBUS-guided intranodal forceps biopsy), EBUS-MFB (EBUS mini-forceps biopsy) či EBUS-TBFB (transbronchial forceps biopsy). Studie popisuje tuto metodu odběru tkáně, navrhuje

indikace, kontraindikace a nastiňuje přístupy IFB s cílem poskytnout přehled o této doplňkové metodě, která kombinuje navádění EBUS s použitím kleští místo jehly. Studie uvádí, že EBUS-IFB lze provést v jakémkoli klinickém scénáři, kdy je požadována další tkáň pro účely diagnostiky. Klinická data poukazují na benefity při použití EBUS s odběrem vzorku pomocí malých kleští. Taková biopsie zachovává strukturu tkáně nezbytnou pro přesné stanovení diagnózy. Díky tomu nabízí ve srovnání s jehlovou biopsií větší kvalitu vzorků. Klinická data se shodují v tom, že se jedná o bezpečnou a účinnou metodu. Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 1 250.

### **K bodu 59**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti psychiatrie.

Vlastní zařazení pacienta do telemedicínského projektu prevence relapsu u psychotického onemocnění ITAREPS vyžaduje několik nezbytných činností, které nebyly pokryty stávajícími výkony.

Jedná se o:

1. Screening vhodného pacienta v ambulanci odborného psychiatra
2. Instruktaž pacienta a případně rodinného příslušníka lékařem ohledně obsluhy systému ITAREPS
3. Registrace pacienta a případného rodinného příslušníka v anonymizované formě do příslušného webového rozhraní, a tedy aktivace programu pro zařazeného jedince.

Psychotická onemocnění jsou charakterizována velmi významnou mírou relapsů - do dvou let od první epizody dojde k opětovnému vzplanutí u 60% nemocných, do pěti let u 80% pacientů. Nemocní s relapsem vykazují oproti stabilním pacientům třikrát vyšší náklady na léčbu. Psychotická onemocnění jsou setrvale nejčtenější hospitalizační psychiatrickou diagnózou v ČR. ITAREPS je originálním českým projektem prevence relapsu psychotických onemocnění, který využívá mobilních a informačních technologií. Program podle provedených studií snižuje počet hospitalizací a hospitalizačních dnů o 70 %). ITAREPS je založen na vzdálené kontrole pacienta pomocí týdenních SMS zpráv, které mapují výskyt časných varovných příznaků. Projekt zajišťuje cílenou farmakologickou intervenci v nejčasnějších stádiích prodromů relapsu. Zprávy zasílá pacient a jeho rodinný příslušník mobilem do centrální databáze. Jádrem programu je unikátní matematický algoritmus, který umožňuje velmi účinně predikovat hrozící relaps a následnou hospitalizaci. Na základě této zprávy lékař provádí cílenou farmakologickou intervenci, která minimalizuje riziko relapsu nemoci. Odhadovaný počet výkonů za rok je maximálně 90.

### **K bodu 60**

Jedná se o zařazení nové odbornosti 355 – centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením včetně výkonů.

V psychiatrické péči (v rámci ochranného léčení), ale i v běžné klinické praxi, chybí standardizované postupy k hodnocení rizika spáchání násilného jednání u pacientů s duševním onemocněním. Toto strukturované hodnocení rizika násilí je nezbytné pro rozhodování, na jejichž základě dochází k plánování péče u těchto pacientů, indikaci do ochranného léčení nebo i rozhodnutí o ukončení/přeměně ochranného léčení. K hodnocení se používá nástrojů hodnocení rizikovosti, které komplexně zhodnotí všechny možné aspekty rizika postupem Strukturovaného odborného posouzení rizika násilí. Výběrem a kombinací relevantních faktorů se dospěje k identifikaci klíčových aspektů rizikovosti u daného pacienta, které umožní cíleně toto riziko intervenovat. K tomuto by měl sloužit výkon HODNOCENÍ RIZIKA NÁSILÍ (RISK ASSESSMENT) – KOMPLEXNÍ. K průběžnému zhodnocení těchto vybraných aspektů pak slouží výkon HODNOCENÍ RIZIKA NÁSILÍ (RISK ASSESSMENT) – KONTROLNÍ. Oba výkony jsou určeny pro vykázaní zdravotních činností při hodnocení rizika násilí, činnosti, které nejsou zdravotní péčí, nejsou do výkony započteny. Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 400.

### **K bodům 61 až 63**

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti dětské a dorostové psychiatrie.

Ve výkonech dochází k prodloužení časů výkonů o pět minut a současně se prodlužují časy nositelů výkonů z důvodu velké časové náročnosti tohoto oboru potencionálně výrazným nárůstem závažných případů v posledních letech. Současná časová dotace je nedostatečná. V dětské psychiatrii se nepracuje s motivovaným odhodlaným pacientem, který se chce léčit, ale s dítětem či dospívajícím, které je nutné pro léčbu a spolupráci získat. Jen takto je možná cesta k vyléčení. Dětský psychiatr musí vytvořit empatické, klidné psychoterapeutické prostředí, kterému bude dětský pacient důvěřovat. Dítě se často zpočátku lékaře obává, musí si ordinaci a lékaře „prozkoumat“, zaujímá se více o hračky a okolí než o lékaře samotného. Pro získání důvěry dítěte a zároveň v rámci klinického vyšetření je často využíváno neverbální techniky jako je hra, kresba, psaný a čtený text, scénotest apod. Nedílnou součástí vyšetření je prosté pozorování dítěte, které hračky si vybírá, jak interaguje s rodiči, se sourozenci, jaké jsou jeho motorické schopnosti. Starší děti a dospívající často zpočátku odmítají spolupracovat, nechtějí odpovídat, mívají hostilní postoje, negativismus. Vyšetření u psychiatra se mnoho z nich obává. Klidným a laskavým vedením se pak mohou postupně otevřít a lékař je pak schopen cíleně vedenými dotazy více vytěžit z jejich výpovědí. Časté jsou také u adolescentů velké obavy z možnosti nasazení medikace, kdy lékař musí dospívající uklidnit a přesvědčit, že nasazovaná medikace je nutná a pomůže k uzdravení. Časovou náročnost vykazuje i zvládnutí psychomotorického neklidu u dětí např. s ADHD, PAS, mentální retardací atd. Četné u dětí bývají také afektivní záchvaty, kdy musí lékař dítě zklidnit, situaci zvládnout a namotivovat dítě ke spolupráci. Toto vše je potencionálně již zmíněným významným nárůstem závažných případů napříč diagnostickým spektrem.

### **K bodu 64**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti dětské a dorostové psychiatrie.

Nedostatek pedopsychiatrů nebo absence pedopsychiatrů v určitých regionech způsobuje ohrožení místní a časové dostupnosti pedopsychiatrické péče. **DISTANČNÍ KONTAKT V PEDOPSYCHIATRII** zefektivní a zkvalitní pedopsychiatrickou péči (sníží počet ambulantních návštěv, návštěv pohotovostních služeb, krizových center, hospitalizací, zklidní pacienta v období akutní krize). Tím, že se pedopsychiatrická péče stane dostupnější, zlepši se psychické zdraví zejména adolescentů a méně duševních poruch bude protahovat do dospělosti.

### **K bodu 65**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti radiační onkologie.

Jedná se o nový výkon stereotaktického ozařování v oblasti intrakraniální i extrakraniální za kontinuální online kontroly pozice cílového ložiska pomocí obrazu magnetické rezonance (MR). Provedení výkonu je možné pouze na lineárním urychlovači, jehož přímo součástí je skener magnetické rezonance (tzv. MR-Linac). Tato technologie umožňuje aplikovat ablativní dávky fotonového záření za současného maximálního šetření okolních zdravých tkání. Využívá se pro radiochirurgii a pro stereotaktické ozařování (zpravidla 1-8 frakcí), dojde tak k významnému zkrácení doby hospitalizace pacienta (o 4-5 týdnů).

Systém může aplikovat záření a současně monitorovat cílovou oblast. Tato jedinečná schopnost umožňuje lékařům více kontrolovat dodání záření, neboť přímo při záření vidí vnitřní anatomii a vlastní nádorové ložisko. Navíc je možné při každé frakci záření upravit plán radiační léčby přesně podle aktuální anatomie okolních tkání a orgánů. Větším šetřením rizikových struktur v okolí lze tímto přístrojem redukovat nežádoucí účinky léčby a jednak navýšením dávky zvýšit její účinnost. Ve srovnání



s tradičními lineárními urychlovači, které používají k vizualizaci cílové oblasti a anatomie okolních struktur pro nastavení a aplikaci léčby zobrazování na bázi rentgenového záření, nabízí MR-LINAC vynikající kvalitu obrazu s vysokým rozlišením na základě MR snímkování s největší výhodou pro ložiska uložená v měkkých tkáních. MR obraz umožňuje lékaři zaměřit nádor se zvýšenou přesností a tím snížit radiační zátěž okolních orgánů a potenciální vedlejší účinky. Rovněž, dodržáním limitů ozáření okolních struktur, umožní zvýšit aplikovanou dávku a efekt terapie. Odhadovaný počet výkonů za rok je 384.

### **K bodům 66 a 67**

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti dermatovenerologie.

#### **HODNOCENÍ EFEKTU SYSTÉMOVÉ LÉČBY CHRONICKÉHO KOŽNÍHO ONEMOCNĚNÍ STANDARDIZOVANOU ŠKÁLOVACÍ METODOU.**

Zhodnocení závažnosti stavu pacienta a efektu léčby chronických kožních onemocnění standardizovanou škálovací metodou (např. PASI, EASI) není náplní standardních klinických vyšetření, s ohledem na rozvoj především systémové terapie je doplněním hodnocení závažnosti onemocnění pacienta. Standardizované indexy jsou součástí hodnocení efektu terapie při nasazování pacienta na ZULP s vykazovacím limitem „S“. Očekávaný dopad do rozpočtu veřejného zdravotního pojištění při hodnotě bodu 1,08 Kč je 2.94 mil. Kč/rok.

VYŠETŘENÍ RUČNÍM DERMATOSKOPEM představuje nezbytný výkon k upřesnění diagnostiky zejména melanomu a jiných pigmentových projevů, nemelanomových nádorů a alopecií. Jedná se o výkon běžně používaný, který je nedílnou, dnes již standardní součástí dermatologického vyšetření, pro který však doposud chybí ohodnocení, ačkoli vyžaduje rozšířenou erudici lékaře ke správnému vyhodnocení dermatoskopického obrazu. Ruční dermatoskop je součástí přístrojového vybavení každého poskytovatele zdravotních služeb v dermatologii. Kalkulace dopadu do rozpočtu veřejného zdravotního pojištění vychází z kvalifikovaného odhadu provedení tohoto výkonu u 15 % pacientů, což v absolutním vyjádření představuje 214 tisíc UOP. Za předpokladu průměrné frekvence vykazování 1 za rok a hodnotě bodu 1,08 Kč je očekávaný ekonomický dopad 31,9 mil. Kč.

### **K bodu 68**

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti chirurgie.

Ve výkonu dochází k úpravě názvu a popisu operace, aktualizuje se zdravotnický materiál a přístrojové vybavení.

### **K bodu 69**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti chirurgie.

Efektivní výkon pro prolapsy rekta do 4 cm. Výkon sebou nese minimální počet pooperačních komplikací. Míra recidiv prolapsu je značně nižší proti stávajícím operačním metodám např. operace dle Delorme představuje 38 %, Altemeierova operace 30 %. Doba hospitalizace je proti výše uvedeným metodám rovněž výrazně zkrácena. Odhadovaný počet výkonů za rok je 300.

### **K bodu 70**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti chirurgie.

V České republice ročně přibývá 250-300 jedinců s akutně vzniklou míšní lézí, kteří standardně absolvují léčebnou a rehabilitační péči na spinálních jednotkách a v rehabilitačních ústavech. Přibližně 4 % z celkového počtu míšních poranění představují pacienti s poraněním míchy v horní krční páteři s porušenou funkcí bránice, kteří jsou závislí na umělé plicní ventilaci (UPV). Dlouhodobá UPV je spojená s vysokou roční mortalitou (50-65 %). Nejčastější příčinou úmrtí je ventilátorová pneumonie. UPV představuje pro pacienta ne méně důležitou sociální stigmatizaci (tracheostomie, hluk, transport). Stimulační systém bránice představuje systém nepřímé stimulace bráničního nervu pomocí laparoskopicky implantovaných elektrod do bránice. Systém umožňuje fyziologický způsob nádechu pomocí negativního nitrohruďního tlaku s cílem nahradit nebo snížit potřebu umělé plicní ventilace. Metoda je vhodná pro pacienty s vysokou míšní lézí, s amyotrofickou laterální sklerózou či jiným neurodegenerativním onemocněním. Podle výsledků provedených studií je stimulace bránice účinnou a bezpečnou minimálně invazivní metodou s prokázaným snížením respiračních komplikací, zlepšením kvality života pacientů a snížením finančních nákladů na zdravotní péči. Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 10.

### **K bodu 71, 72, 75 až 91 a 93 až 95**

Jedná se o úpravu stávajících výkonů a současně zařazení šesti nových „přičítacích“ výkonů v odbornosti plastické 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.

Ke stávajícím výkonům č. 61131, 61153, 61167, 61169, 61221, 61235, 61119 a 61121, které jsou nově omezeny frekvencí na 1x denně, jsou vytvořeny nové „přičítací“ výkony č. 61132, 61154, 61168, 61170, 61222, 61236, 61120 a 61122. Tyto výkony jsou určeny pro případy, kdy je základní výkon nutno provést více než jednou denně. „Přičítací“ výkony neobsahují tedy položky a materiály související se začátkem a koncem základního operačního výkonu tak, aby při jejich vícečetném vykazování nedocházelo k "dublování" položek, které jsou během jednoho výkonu použity jen jednou. „Přičítací“ výkony jsou také kratší než výkony základní o čas určený pro přípravu a pro dokončení výkonu.

Výkony č. 61235 a 61422 jsou přeřazeny do vyšší režijní skupiny 2, která odpovídá současnému provedení výkonu.

### **K bodu 73 a 74**

Jedná se o zrušení výkonů v odbornosti plastická chirurgie - skupina 1, a to z důvodu přeřazení výkonů do vyšší režijní skupiny 2, která odpovídá současnému provedení výkonu.

### **K bodu 92**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti plastické chirurgie.

Jedná se o chirurgický výkon, při kterém je odstraněna celá prsní žláza včetně dvorce a bradavky. Jedná se o výkon prováděný z preventivních důvodů a většinou jako první fáze rekonstrukčního procesu, po které následují okamžitě nebo odloženě další rekonstrukční výkony prsu s použitím autologní tkáně nebo implantátu či expanderu. Je tak prováděn převážně plastickými chirurgy, kteří následně rekonstrukce

provádějí. Proti výkonu č. 61449 (ablace prsu s ponecháním dvorce) je navrhovaný výkon o něco jednodušší a kratší. Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 10.

### **K bodu 96**

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

V souvislosti s rozšířením sdílení výkonu (vysoce specializované UZ vyšetření prováděné pouze specialisty) pro odbornost 706 – urologie dochází k úpravě názvu výkonu z ULTRAZVUKOVÉHO VYŠETŘENÍ UROGYNEKOLOGEM na UROGYNEKOLOGICKÉ ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ a současně je do popisu doplněna podmínka vykazování pro urologii.

### **K bodu 97**

Jedná se o technickou úpravu stávajícího výkonu v odbornosti gynekologie a porodnictví.

Ve výkonu je v části zvlášť účtovaný přípravek (ZULP) chybně uvedena položka M0043 Dilapan (cervik. dilatátor), přestože by měla být uvedena v části zvlášť účtovaný materiál (ZUM). V aktuálním registračním listu i v platném seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je tedy u tohoto výkonu uvedeno ZUM: NE, což musí respektovat i nastavení kontrol v informačním systému VZP ČR. Nyní je kontrola nastavena tak, aby nedocházelo přímo k odmítnutí dokladu, ale aby byla možná ještě kontrola revizním lékařem.

Nicméně je nutno opravit výkon tak, aby byl Dilapan přesunut z položky ZULP do položky ZUM (tedy ZUM: ANO s položkou Dilapan, v položce ZULP pak zůstane ponechána pouze položka PROSTIN E2 gel vag 3gm/1mg), a tím nebude docházet zmiňovaným komplikacím při vykazování.

### **K bodu 98 a 99**

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti orální a maxilofaciální chirurgie.

#### **ENDOSKOPICKÉ VÝKONY V MAXILOFACIÁLNÍ CHIRURGII – ZAVEDENÍ A POUŽITÍ ENDOSKOPU**

V rámci miniinvazivity výkonů se i v maxilofaciální chirurgii používá endoskopická operativa - endoskopicky asistované repozice zlomenin obličejového skeletu, endoskopie čelistních dutin, endoskopie slinných žláz a další. Endoskopický přístup nebo endoskopická asistence snižuje morbiditu a invazivitu výkonů, zlepšuje možnosti diagnostiky, dochází ke zkrácení hospitalizace, rychlejší rekonvalescenci a tím úspoře financí v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

#### **DIGITÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ OPERAČNÍHO VÝKONU Á 1H**

V rámci předoperační přípravy v maxilofaciální chirurgii tráví operatér čas cíleným plánováním operačního výkonu prací s různými software nástroji, výkon zohledňuje tento čas. Digitální předoperační plánování zpřesňuje operační výkon a tím zmenšuje riziko komplikací. V kombinaci s 3D tiskem umožňuje např. předohýbání konfekčních dlah nebo sítěk. Výkon se provádí na pracovišti, které je specializované charakterem terciární péče - maxilofaciální chirurgií, tedy léčbou onemocnění úst, čelistí a obličeje a přítomností lékařů s touto odbornou způsobilostí. Provádějí se specifické výkony vyžadující digitální plánování (ortognátní a kraniofaciální operace, onkologické kostní rekonstrukce, rekonstrukce pouřazových deformit, ap.). Výkon vyžaduje speciální plánovací software a nadstandardní PC s vysokým operačním a grafickým výkonem pro 3D modelování. Pracoviště je součástí centra vysoce specializované traumatologické péče nebo centra vysoce specializované onkologické péče.

### **K bodu 100**

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti ortopedie.

Ve výkonu dochází k úpravě popisu a obsahu výkonu, k prodloužení času výkonu z 15 na 20 minut a aktualizaci přístrojového vybavení, a to v souladu se současnými podmínkami tohoto provedení a současnými medicinskými poznatky.

### **K bodu 101**

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti ortopedická protetika.

V souvislosti se zavedením nového výkonu VEDENÍ DIABETIKA V SAMOSTATNÉ PÉČI O NOHY PŘI SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY v odbornosti diabetologie je současně upraveno přístrojové vybavení výkonu v odbornosti ortopedická protetika. V rámci specializace odbornosti diabetologie bude výkon vykazován v podiatrických ambulancích, které jsou schváleny výborem Podiatrické sekce ČDS ČLS JEP a výborem ČDS ČLS JEP, uvedené na stránkách [www.diab.cz](http://www.diab.cz). Specializace odbornosti diabetologie bude moci vykazovat tento výkon po doložení osvědčení o absolvování certifikovaných kurzů IPVZ Podiatrie I. a II. část. Úpravou výkonu dochází ke snížení bodové hodnoty, a tudíž k úspoře prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

### **K bodu 102**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti otorinolaryngologie.

Výkon se řadí mezi minimálně invazivní postupy, kdy při zachování či dokonce zlepšení funkčních a onkologických výsledků je pacient zatížen menšími riziky krevních ztrát, rizika poranění důležitých anatomických struktur, je lepší kontrola chirurgických okrajů resektovaných tumorů. Menší invazivita vede ke zkrácení doby hojení, zkrácení hospitalizace, zlepšení funkčních výsledků. U pacientů s nádory neznámé primární lokalizace je díky možnosti kompletní resekce lingvální tonzily s ipsilaterální tonzilektomií identifikovat lokalizaci primárního tumoru až u 75 % případů, při limitovaném uzlinovém postižení a kompletním odstranění ložiska je pak pacient ušetřen radikální nechirurgické léčby. Odhadovaný počet výkonů za rok je 410.

### **K bodu 103**

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti foniatrie.

#### **VYŠETŘENÍ SLUCHOVĚ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE V PEDAUDIOLOGICKÉM CENTRU**

Výkon zohledňuje zvýšenou náročnost vyšetření sluchově postižených dětí v nově zřizovaných pedaudiologických centrech. Zavedením novorozeneckého screeningu a rescreeningu sluchu u sluchových vad (systém včasné detekce a intervence trvalé sluchové poruchy – Early Hearing Detection and Intervention – EHDI) se podařilo snížit věk dítěte, kdy je diagnostikována a potvrzena vada sluchu (trvalá porucha sluchu) ideálně na období 3.- 6. (event. 12.) měsíce věku dítěte. Pozitivní screening a rescreening sluchu novorozence přivádí zákonné zástupce (rodiče) s dítětem do ordinace pedaudiologického centra k potvrzení nebo vyloučení diagnózy sluchové vady, k její korekci sluchadly a/nebo k přípravě dítěte ke kochleární implantaci. Diagnostika sluchové vady není jednoduchá a vyžaduje řadu přístrojových vyšetření, které je třeba provádět opakovaně. Diagnostika vyžaduje i velmi citlivou kooperaci s rodinou sluchově postiženého dítěte. Pro rodinu dítěte je vždy zpráva o podezření na sluchovou vadu dítěte mimořádně citlivou informací, se kterou se těžko srovnává a vyžaduje čas, někdy i velmi dlouhý, k přijetí zprávy o smyslovém sluchovém postižení dítěte. Výkon zohledňuje jak náročnou diagnostickou práci s dítětem v období před osvojením řeči, tak náročnou psychologickou práci s rodiči

(rodinou), kteří se musí s informací o sluchové vadě dítěte smířit a spolupracovat na diagnostice a terapii sluchového postižení.

#### MULTIDISCIPLINÁRNÍ SEMINÁŘ K URČENÍ OPTIMÁLNÍHO ZPŮSOBU DIAGNOSTIKY A LÉČBY SLUCHOVĚ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE V PEDAUDIOLOGICKÉM CENTRU

Důvodem zavedení výkonu je zajištění zkvalitnění mezioborové spolupráce odborníků participujících na péči o sluchově postižené děti a zajištění jejího financování. Výkon zohlední spolupráci relevantních odborníků na diagnostické a terapeutické péči o sluchově postižené dítě v pedaudiologickém centru. Výkon se týká sluchově postižených dětí dispenzarizovaných v pedaudiologických centrech. V ČR se ročně narodí cca 0,1-0,4% sluchově postižených dětí z počtu ročně narozených fyziologických novorozenců a přibližně 2-5% sluchově postižených dětí z počtu ročně narozených rizikových novorozenců.

#### **K bodu 104**

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti urologie.

Ve výkonu dochází k formální úpravě popisu, konkrétně ve změně omezení místem, které se z původního bez omezení mění na specializované pracoviště. Také dochází k rozšíření sdílení na další odbornost, a to gynekologie a porodnictví s tím, že je výkon omezen na specializaci urogynekologie absolvování certifikovaného kurzu v rámci Školy funkční urologie.

#### **K bodu 105**

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti urologie.

BIPOLÁRNÍ TRANSURETRÁLNÍ ENUKLEACE PROSTATY snižuje krevní ztráty během výkonu, zkracuje nutnou dobu zavedení permanentního katetru po výkonu, zkracuje hospitalizaci, snižuje potřebu analgetik a umožňuje urychlený návrat pacienta do plné aktivity. Současně je možné operovat i objemnější prostaty, které bylo nutno prozatím řešit otevřenou operací.

BULBOURETRÁLNÍ SLING Z HETEROLOGNÍHO MATERIÁLU je používán většinou při léčbě mírného a středního stupně stresové incontinence, u pacientů se sníženou manuální zručností a u pacientů s horšími kognitivními funkcemi. Odhadovaný počet výkonů za rok činí 100.

#### **K bodu 106**

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti urologie.

Ve výkonu dochází k přesunutí materiálu, který je kalkulován jako přímo spotřebovaný materiál, do zvlášť účtovaného materiálu, což vede ke snížení bodové hodnoty.

#### **K bodu 107**

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti urologie.

Ve výkonu dochází k aktualizaci popisu, materiálových položek a zvlášť účtovaných položek tak, aby výkon odpovídal současnému provedení.

#### **K bodu 108**

Jedná se o zařazení nových robotických výkonů v odbornosti urologie.

Robotem asistované operace včetně onkologických prokázaly vysokou účinnost a bezpečnost. Zároveň jsou velkým přínosem pro pacienty svoji minimální invazivitou.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE STRIKTURY MOČOVODU

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ REIMPLANTACE MOČOVODU

Resekce močovodu je výkonem prováděným z indikací striktur močovodu různé etiologie (následkem iatrogenního působení, endometriózy, postradiační apod.). Existuje celá řada modifikací, které lze provádět otevřeným nebo minimálně invazivní přístupem (laparoskopicky nebo s robotickou asistencí). Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 40.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ DIVERTIKULETOMIE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Divertikl či pseudodivertikl močového měchýře je zdrojem zejména opakovaných močových infekcí a řešením je chirurgické odstranění, tzv. divertikulektomie. Standardně se výkon prováděl otevřenou operací, která je však výrazně invazivní se všemi nevýhodami, přístup většinou za močovým měchýřem uloženého divertiklu nebyl jednoduchý. Zásadní rizika výkonu je poranění v těsné blízkosti uloženého močovodu a event. i ilických cév, obturatorního nervově-cévního svazku. Snazší přístup dává laparoskopie, nemocný profituje z miniinvazivity. Výkon je technicky poměrně obtížný, vyžaduje zkušeného operátora. Limitují zejména rovné nástroje při uvolňování nejkaudálnější části divertiklu. Výrazným zjednodušením provedení výkonu je implementace roboticky asistované laparoskopie. Výhody jsou dány obecnými výhodami této metody. Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 65.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ DELIBERACE MOČOVODŮ U RETROPERITONEÁLNÍ FIBRÓZY (MORBUS ORMOND)

Deliberace ureteru je výkonem prováděným útlaku močovodu fibrózou retroperitonea. Existuje celá řada modifikací, které lze provádět otevřeným nebo minimálně invazivní přístupem (laparoskopicky nebo s robotickou asistencí). Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 20.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ OPERACE VEZIKOVAGINÁLNÍ FISTULY

Komunikace mezi dolními močovými cestami a gynekologickými orgány jsou sice benigní stavy, nicméně při dlouhodobém průběhu významně zhoršují kvalitu života postižených. Nejčastějším místem komunikace je píštěl mezi močovým měchýřem a pochvou – vezikovaginální píštěl. Tento stav je ve většině případů následkem léčby uvedených orgánů nebo přilehlých tkání. Poškození může vzniknout při operační léčbě (zejména z onkologických indikací), po ozařování orgánů v malé pánvi nebo kombinaci uvedených postupů. Méně často se jedná o následek porodu nebo diagnostického výkonu. Močové a pohlavní cesty za normálních okolností fungují jako samostatné jednotky, s vlastním cévním zásobením, inervací a mikroprostředím. Jejich iatrogenním propojením vzniká patologická situace, jež způsobí zásadní změny fungování a morfologie obou systémů. Jak již bylo uvedeno, vede tento stav k závažnému zásahu do kvality života pacientek, problémům v osobním a sociálním životě, narušení psychiky a nutnosti intenzivního nepřetržitého použití antiinkontinenčních pomůcek. Konzervativní léčba dlouhodobou drenáží močového měchýře vede k úspěchu jen v ojedinělých případech. U ostatních žen je potřeba operační léčba, kterou lze provést různými přístupy (transvaginálně, transabdominálně extra/transvezikálně nebo kombinovaně) a různými metodami (otevřenou operací, laparoskopicky nebo s robotickou asistencí). Odhadovaný počet výkonů za rok je cca 50-80.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ URETEROILEOSTOMIE (DERIVACE MOČI DLE BRICKERA)

## ROBOTICKY ASISTOVANÁ ORTOTOPICKÁ NÁHRADA MOČOVÉHO MĚCHÝŘE STŘEVNÍ KLIČKOU (ILEEM)

Intrakorporální derivace snižuje morbiditu, krevní ztráty, nutnost transfúzní terapie a dobu hospitalizace bez ovlivnění onkologických výsledků. Počet cystektomií s nutností derivace moči v celé ČR ročně do 350. Očekávaný počet výkonů za rok je cca 100.

## ROBOTICKY ASISTOVANÁ NEFROURETEREKTOMIE PRO TUMOR HORNÍCH CEST MOČOVÝCH

Nádory pánvičky a močovodu patří mezi méně častá nádorová onemocnění. V ČR jimi onemocní zhruba 300 pacientů ročně. Incidence v ČR dosahuje 1,75/100.000 obyvatel u nádorů pánvičky ledvinné a 0,94/100.000 obyvatel u nádorů močovodu. Onemocnění podlehne zhruba 115 pacientů ročně a mortalita činí 0,8/100.000 obyvatel u nádorů pánvičky, respektive 0,29/100.000 obyvatel u nádorů močovodu. Standardní metodou léčby je tzv. nefroureterektomie, tedy odstranění ledviny i celého močovodu včetně ústí močovodu v močovém měchýři. Otevřená operace je pro pacienta zatěžující vzhledem k obtížnému přístupu a nutnosti dvou řežů nebo kombinace otevřeného výkonu s endoskopickým ošetřením ústí močovodu v měchýři. Laparoskopický výkon je poměrně obtížný pro velký rozsah operačního pole, proto je obvykle kombinován s otevřeným nebo endoskopickým (transuretrálním) ošetřením ureterálního ústí. Roboticky asistovaný výkon přináší možnost provést celou operaci endoskopicky, tedy včetně resekce ureterálního ústí a následné sutury měchýře z extravezikálního přístupu. Dle systematické recenze literatury a metaanalýzy publikované v roce 2020 bylo prokázáno, že roboticky asistovaná nefroureterektomie má ve srovnání s otevřenou nebo laparoskopickou operací nižší riziko perioperačních komplikací, nižší krevní ztrátu a kratší dobu hospitalizace. Z daného počtu 300 nemocných ročně lze předpokládat, že vhodných bude k robotickému výkonu cca 150, u ostatních vzhledem k rozsahu (pokročilé nádory, nutnost lymfadenektomie) či lokalizaci tumoru (zejména distální močovod) bude nadále vhodný otevřený přístup. Očekávaný počet výkonů za rok je cca 150.

## ROBOTICKY ASISTOVANÁ RETROPERITONEÁLNÍ LYMFADENEKTOMIE

Nádory varlete představují méně než 1 % všech malignit a vyskytují se u mužů nejčastěji mezi 15-45 lety. Nejčastěji metastazují do retroperitoneálních uzlin a proto je v určitých stádiích nádorů varlete indikováno retroperitoneální odstranění těchto uzlin. Současným standardem je otevřená operace, která se provádí řezem od mečiku k symfýze a je pro pacienta velmi zatěžující. Navíc se jedná o pacienta se zhoubným nádorem, který podstupuje náročnou chemoterapii. Indikací k této operaci je jednak lokalizovaný karcinom na varle (stadium I, non-seminomy), kdy odstraněním uzlin můžeme zamezit podání chemoterapie primární RPLAE. Druhou indikací je odstranění reziduálních zvětšených uzlin u primárně metastatického nádoru varlete, kde chemoterapie vedla pouze ke zmenšení retroperitoneálních uzlin. Další chemoterapie by byla neúčinná a vysoce toxická. Odstranění reziduálního nádoru může vést k dlouhodobé remisi. Je to tzv. postchemoterapeutická RPLAE. V České republice bylo v roce 2019 diagnostikováno 468 pacientů s nově diagnostikovaným karcinomem a RPLND byla indikována u méně než 50 pacientů, reálně se ale primární RPLND téměř neprovádí. Dlouhodobě incidence nádorů varlat zůstává bez větších změn nebo se nepatrně zvyšuje. Základem a nejvíce používanou metodou léčby je odstranění varlete s nádorem a pak přísné sledování nebo odstranění varlete a chemoterapie. Postchemoterapeutické odstranění reziduálních uzlin se provádí velmi raritně a jedná se o méně než 20 operací za rok. Hlavním důvodem pro robotem asistovaný výkon je velký benefit pro pacienta i ošetřující personál. Otevřená operace, kdy se provádí rozsáhlý operační řez od žeber až k symfýze, musí se všechny střevní kličky odsunout do stran a je velmi zatěžující. Pacient musí být pooperačně sledován na JIP, musí mít zavedenou žaludeční sondu a je nezbytné podávat silná analgetika. Doba pobytu na JIP bývá zpravidla 2-4 dny a celková doba hospitalizace je okolo 10-14 dnů. Robotem asistovaný přístup umožňuje

tuto operaci provést výrazně šetrněji, Pooperačně není nutná JIP a doba hospitalizace se zkracuje na týden. Doba následné rekonvalescence se také zkracuje z 8 týdnů na polovinu nebo méně. Očekávaný počet výkonů za rok je cca 40-50.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIE S TROMBEKTOMIÍ NÁDOROVÉHO TROMBU V DOLNÍ DUTÉ ŽÍLE

Nádory ledvin, zejména světlobuněčný renální karcinom, mají tendenci prorůstat do žil. U pokročilejších cestou renální žíly až do dolní duté žíly, eventuálně až do pravé srdeční síně. Řada nádorových trombů je již spojena s generalizací, kde je indikována pouze biopsie a systémová léčba. Stále ale zůstává skupina nemocných, kteří profitují z chirurgického odstranění nádorů včetně trombu. Pětileté přežití je kolem 60 %. Jedná se o složitý chirurgický výkon vyžadující spolupráci urologa, cévního chirurga a při trombech nad bránicí i kardiochirurga. Donedávna byla tato operativa doménou otevřené operativy, nyní ale na řadě světových pracovišť probíhá rozvoj miniinvazivních metod. Očekávaný počet výkonů za rok je cca 50.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ INGUINÁLNÍ LYMFADENEKTOMIE

Nádory penisu jsou vzácné, v České republice kolem 100 nových případů ročně. Inguinální lymfadenektomie je indikována u postižení uzlin. Lze ji však použít i u nehmavných uzlin více rizikového karcinomu penisu. Očekávaný počet výkonů za rok je cca 20-30.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ ENUKLEACE PROSTATY PRO BENIGNÍ HYPERPLÁZII

Operační řešení benigní prostatické obstrukce patří mezi časté operační výkony. Ročně se provedlo v ČR 2014 více než 5000 výkonů, z toho 1200 bylo provedeno otevřeně. Otevřeně se provádí pro větší objem prostaty. V současnosti se zaváděním laser enukleačních metod lze očekávat pokles otevřených výkonů. Očekávaný počet výkonů za rok je cca 20.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ PYELO- A URETEROLITOTOMIE U ENDOSKOPICKY NEŘEŠITELNÉ UROLITIÁZY

Operační, zejména minimálně invazivní výkony pro urolitiázu patří mezi nejčastější výkony v urologii. V roce 2014 se v ČR provedlo více než 10 000 výkonů. Základními výkony jsou endoskopické výkony a extrakorporální litotrypse. Pokud dojde k selhání výše jmenovaných metod, což je velmi ojedinělé, poté je indikován laparoskopický /robotický/ nebo otevřený výkon. Očekávaný počet výkonů za rok je cca 20.

#### **K bodům 109 a 110**

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu a současně zařazení nového výkonu v odbornosti algeziologie - léčba bolesti.

Nově zařazený výkon zajistí telemedicínskou kontrolu stavu neurostimulačních systémů, úpravu parametrů a indikaci k revizi systému. Zařazení výkonu přinese významné zrychlení kontroly stavu systému, úplné odpadnutí dopravních nákladů, úlevu pro pacienty se sníženou mobilitou, možnost kontroly infekčních pacientů (např. Covid-19), větší časovou flexibilitu v plánování kontrol. Vzdálená kontrola systému je plně srovnatelná s ambulantní návštěvou, navíc s finančními a medicínskými výhodami. Provedením výkonu nevznikají žádné dodatečné náklady - dálkový přístup probíhá pomocí stávajících zařízení a příslušných aplikací (lékařský programátor a patientský ovladač). Naopak vznikají úspory dopravních nákladů pro pojišťovny (doprava sanitkou) i pacienty.



Současně se zavedením nového výkonu č. 80030 je nutné upravit omezení frekvence na 2/1 rok, protože frekvence při kombinaci výkonů č. 80029 a 80030 má být 4/1 rok.

### **K bodu 111**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti klinická biochemie.

Posouzení ovariální rezervy v rámci diagnostiky poruch plodnosti a následné léčby. U IVF lze přijmout věkové omezení od 22 let do dne dovršení 40 let (39 let a 364 dní). Stanovení AMH výrazně zlepšuje u žen predikci úspěšné léčby poruch plodnosti při in vitro fertilizaci s citlivostí a specifitou převyšující 75 %. Je nezávislým laboratorním ukazatelem míry postižení u pacientek s PCOS i s ohledem na pravděpodobnost úspěšného těhotenství. Zařazení výkonu podstatně upřesní dosud prováděná opakovaná hormonální stanovení u žen k vyšetření ovariální rezervy a zlepšuje diagnostiku poruch fertility a umožní nastavení efektivní a bezpečné léčby. Odhadovaný počet je 25 000 vyšetření ročně.

### **K bodu 112 až 114**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti klinická biochemie.

Ve výkonu GLUKOZOVÝ TOLERANČNÍ TEST (WHO) dochází k navýšení počtu provedených odběrů v případě těhotenství (na 3), navýšení času z důvodu náročnosti komunikace s pacientem, změně výrobce testovacího nápoje a změně nositele z L2 na S2. Výkony JODURIE (STANOVENÍ JÓDU V MOČI) a OSMOLALITA (SÉRUM, MOČ) je aktualizovány po stránce materiálové, přístrojové i obsahové, původní výkony představovaly již obsolentní metody.

### **K bodu 115**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti klinická biochemie.

Obdobný výkon se současným měřením vodíku, metanu a oxidu uhličitého dosud není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Měření vodíku a metanu ve vydechovaném vzduchu odpovídá jejich produkci střevními bakteriemi. Toto vyšetření umožní zpřesnit diagnostiku řady gastrointestinálních onemocnění (bakteriální přerůstání v tenkém střevě, laktozová nebo fruktózová intolerance) nebo stanovení doby orocékálního transitu. Měření koncentrace oxidu uhličitého jsou naměřené hodnoty vodíku a metanu zpřesněny normalizací těchto analytů na jeho koncentraci ve vydechovaném vzduchu.

Vyšetření probíhá ve funkční laboratoři a začíná vysvětlením principu a průběhu testu nemocnému. Po odebrání bazálního vzorku vydechovaného vzduchu je podána odpovídající testovací látka (glukóza, laktóza, fruktóza, inulin) a vzorky vydechovaného vzduchu jsou odebírány po dobu 3 hodin v 15 minutovém intervalu. Měření koncentrace plynů je prováděno průběžně. Naměřené hodnoty jsou vyhodnoceny a interpretovány do písemně formulovaného závěru. Výsledek je zadán do laboratorního informačního systému a odeslán indikujícímu lékaři. Odhadovaný počet výkonů za rok činí 350.

### **K bodu 116**

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti klinická biochemie.

Neurofilamenta jsou vláknité cytoskeletální struktury bílkovinné povahy přítomné v neuronech, v nichž jsou soustředěny zejména v axonálních výběžcích. Hlavní součástí neurofilament tvoří lehké řetězce (NFL). NFL jsou nespecifickým biomarkerem, který odráží poškození neuronů bez ohledu na vyvolávající příčinu (zánět, neurodegenerace, trauma, ischemie). Při poškození neuronů se NFL uvolňují do mozkomíšního moku a pronikají i do krevní cirkulace. U chronických neurologických onemocnění (např. roztroušená skleróza, Alzheimerova nemoc, různé další typy neurodegenerativních nemocí, včetně

amyotrofické laterální sklerózy) a u akutních neurologických stavů (např. poranění mozku nebo cévní mozkové příhody) spojených s poškozením neuronů se hladiny NFL zvyšují v mozkomíšním moku i v séru/plazmě.

Ke zvýšení hladin NFL v mozkomíšním moku dochází již v časných fázích neuropatologického procesu. Hladiny NFL v mozkomíšním moku mohou být přínosné v diferenciální diagnostice některých neurologických onemocnění, v monitorování průběhu a aktivity onemocnění, dále mohou poskytnout i prognostickou informaci a přispět při rozhodování o způsobu vedení léčby u roztroušené sklerózy. Stanovení hladin NFL by mohlo být alternativou pro náročná zobrazovací vyšetření (magnetická rezonance). Předpokládaný počet vyšetření je cca 800 za rok.

Hladiny NFL v séru/plazmě mají potenciál ve zlepšení diagnostické přesnosti u RS, diferenciální diagnostice frontotemporální demence, Parkinsonovy nemoci a atypických parkinsonských syndromů, Alzheimerovy choroby nebo demence a cévních mozkových příhod. Hladiny NFL séru/plazmě poskytují informaci o aktivitě a prognóze onemocnění u pacientů s roztroušenou sklerózou a s dalšími neurodegenerativními onemocněními (Alzheimerova choroba, frontotemporální demence, Parkinsonova choroba) a cévních mozkových příhod. Hladiny NFL séru/plazmě odrážejí odpověď na léčbu u pacientů s RS. Hladiny NFL séru/plazmě mohou být alternativou pro náročná zobrazovací vyšetření (magnetická rezonance). Hladiny NFL séru/plazmě mohou predikovat zhoršení kognitivních funkcí u pacientů s demencemi. Předpokládaný počet vyšetření je cca 800 za rok.

#### **K bodu 117**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti lékařská mikrobiologie.

Vyšetření představuje zavedení nové technologie pro přímou detekci vybraných patogenů infekcí krevního řečiště, která významně zkracuje detekci původců sepse z desítek hodin na 3-5 hodin a zvyšuje citlivost vyšetření až o 30 % ve srovnání s hemokultivací. Výkon zajišťuje zkrácení doby detekce vybraných patogenů infekcí krevního řečiště z desítek hodin na 3-5 hodin a zvýšení citlivosti vyšetření až o 30 % proti hemokultivaci. Lze předpokládat, že velké nemocnice typu fakultních nemocnic tímto způsobem vyšetří v průměru 20 až 40 pacientů týdně. Cena samotného spotřebního materiálu se tak bude pohybovat mezi 4 až 8 mil Kč ročně. Hemokultivační vyšetření bude prováděno paralelně, ale při pozitivitě výsledku T2MR nebude nutné hemokultivace, které by vycházely falešně negativně, opakovat.

#### **K bodu 118**

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

Kryoablace je minimálně invazivní léčba rakoviny, která ke zničení abnormální tkáň používá aplikaci extrémního chladu. Jedná se o bezpečnou a efektivní metodu, která přináší řadu prokazatelných klinických i ekonomických benefitů mezi které patří zejména viditelnost ledové koule a její kontrola během procedury, nižší bolestivost díky analgetickému účinku ledu, během jednoho výkonu je možné ošetřit více lézí, možnost použití ledu v blízkosti kritických anatomických struktur, možnost přesného tvarování zóny ablace díky použití více jehel. Kryoablace může být použita mimo jiné k léčbě nádorů jater, ledvin, muskuloskeletálního systému, plic či prsou. Metoda má na základě publikovaných dat prokázaný medicínský přínos, vede k ekonomickým úsporám na spotřebovaných lécích, času lékařského personálu či úsporám v podobě kratší hospitalizace. Metodu je navíc možné provést i v režimu jednodenní péče. Odhadovaný počet výkonů za rok činí 100 až 150.

#### **K bodu 119**

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti laboratoř alergologická a imunologická.

Ve výkonu dochází k úpravě popisu, kde došlo k rozšíření indikací, a frekvenčního omezení. Byla upravena doba trvání výkonu, dále materiállové položky a přístrojové vybavení.

Důvodem změny výkonů je zásadní optimalizace metodiky, která proběhla v posledních letech - využití značení více buněčných znaků (zpřesnění metodiky), efektivnější izolace lymfocytů (čistota vyšší než 90 %). Pro zabránění nespecifické vazby sekundární protilátky proti lidským IgG je suspenze lymfocytů ošetřena enzymem pronáza (eliminace Fc receptorů). B lymfocyty jsou značené monoklonální protilátkou proti znaku CD19, dříve byly značeny jen T lymfocyty. Živé lymfocyty jsou detekovány fluorescenční protilátkou 7AAD, čímž nedochází k falešné interferenci apoptotických buněk. Test se musí provádět podle standardů Evropské federace pro imunogenetiku - vzorky jsou zpracovávány v tripletech pro eliminaci chyb. Test je nezbytně nutný pro posouzení imunologického rizika před transplantací (je zásadní pro kontraindikaci pacienta v případě přítomnosti donor specifických protilátek proti dárci) a pro diagnostiku protilátkami zprostředkované rejekce po transplantaci orgánů.

#### **K bodu 120**

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti laboratoř lékařské genetiky.

Ve výkonu dochází k úpravě popisu, kdy jsou doplněny specifikace pracoviště, podmínky vykazování a indikace výkonu.

#### **K bodu 121**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti laboratoř klinické cytologie.

V popisech výkonů je odebrán odkaz na Věstník, který podmínky výkonů již nezohledňuje.

#### **K bodu 122**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti laboratoř klinické cytologie.

Ve výkonu dochází k úpravě popisu, kdy se v první větě vypouští slova "při negativním cytologickém screeningu" a nahrazují se slovy "při screeningovém cytologickém vyšetření" a dále se doplňuje podmínka pro vykázaní výkonů.

#### **K bodu 123**

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti laboratoř hematologická.

Z důvodu zavedení nových výkonů č. 96900 STANOVENÍ AKTIVITY ADAMTS 13 a č. 96901 STANOVENÍ INHIBITORU ADAMTS 13 je upraven popis, kdy je v poslední větě odstraněno vyšetření ADAMTS13.

#### **K bodu 124**

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti laboratoř hematologická.

Tato vyšetření umožňují kvantifikovat aktivitu enzymu ADAMTS13 z periferní krve. Provádí se metodou ELISA nebo chemiluminiscenční metodou za použití odpovídajícího typu detektoru. Spolu s výkonem č. 96901 STANOVENÍ INHIBITORU ADAMTS 13 poskytují komplexní pohled na diagnostiku nebo léčbu onemocnění trombotická trombocytopenická purpura (TTP).

Závažné onemocnění trombotická trombocytopenická purpura (TTP) je způsobeno nedostatkem metaloproteinázy ADAMTS13 nebo inhibičními protilátkami proti ADAMTS13. Vyšetření aktivity ADAMTS13 a protilátek proti ADAMTS13 je jedinou diagnostickou metodou pro stanovení dg. TTP při

diferenciální diagnostice ostatních trombotických mikroangiopatií. Přítomnost protilátek dif. dg. odliší vrozenou a získanou formu TTP. Včasný záchyt TTP a cílená léčba (PEX, cablivi atd.) je jedinou prevencí těžkého stavu, který může být bez odpovídající léčby infaustní. Vyšetření protilátek proti ADAMTS13 je součástí doporučení ISTH (Mezinárodní společnost pro trombózu a hemostázu). Monitorace vymizení protilátek ADAMTS13 u získané formy TTP je nutné pro posouzení efektivity terapie. Přetrvávání protilátek je důvodem změny léčebné strategie, ev. přidání další léčebné modality (např. rituximab). Po ukončení léčby je nutné pokračovat v monitoraci aktivity i protilátek ADAMTS13, protože relabuje více než polovina pacientů. Perzistující nedostatečná aktivita ADAMTS13 a protilátky u nemocných v remisi onemocnění je nejlépe prozkoumaným predikčním faktorem relapsu onemocnění. V případě obou výkonů se předpokládá provedení 1600 vyšetření za rok.

### **K bodům 125 až 128**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti klinická psychologie.

Ve výkonech dochází k změně indexu nositele z K2 na K3. K úpravě dochází v souvislosti s úpravou formulace indexů psychologa ve zdravotnictví, která je v současné chvíli stanovena ve 3 stupních, což neodpovídá nárokům specializačního vzdělávání.

### **K bodu 129**

Jedná se o aktualizaci stávajícího výkonu v odbornosti klinická logopedie.

Ve výkonu je upraveno frekvenční omezení u hospitalizovaných pacientů na 4/1 čtvrtletí. U hospitalizovaných pacientů dochází často ke změnám klinického stavu, na které je nutné reagovat včasnou a opakovanou diagnostikou na úrovni mnoha domén. Cílené vyšetření klinickým logopedem se vykazuje při prvním kontaktu s pacientem, dále při dalších doplňujících vyšetřeních v rámci vstupní, průběžné i výstupní diagnostiky v během hospitalizace (např. cílené vyšetření klinickým logopedem při společném objektivním vyšetření videofluoroskopie nebo endoskopie polykání s lékařem, došetření na žádost lékaře kognitivních funkcí, doplňování dalších testů fatických funkcí apod., při překladech na jiné oddělení či do zařízení následné péče, nebo při předání do ambulantní logopedické péče). Nutnost opakované a srovnávací diagnostiky je nezbytná i u rehospitalizovaných pacientů při progresi jejich klinického stavu. V takových případech se často naráží na skutečnost vyčerpané frekvence výkonu č. 72016 Cílené vyšetření klinickým logopedem a není možné poté vykazovat diagnostiku v plném rozsahu.

### **K bodu 130 a 131**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti psychoterapie.

V popisech výkonů dochází k textové úpravě, která je v souladu s medicínskou praxí. Důvodem je nepřesnost původního textu, ze kterého vyplývaly praktické nesrovnalosti při vykazování a odlišné výklady původního popisu ze strany různých poskytovatelů zdravotních služeb. Ve výkonech ke skupinové terapii se současně prodlužuje čas výkonu a snižuje se počet klientů ve skupině.

### **K bodu 132**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti domácí péče.

Pacienti se zavedenou nasogatrickou sondou tvoří v domácí péči 0,2 %. Jedná se zejména o pacienty v preterminálním a terminálním stádiu choroby. Výhodou je, že pacienti mohou zůstat v domácím prostředí a nemusí na výměny sondy jezdit do zdravotnických zařízení. Ekonomický dopad je nulový,

protože by se zavedení či výměna sondy prováděla ambulantně nebo v nemocnici. Jedná se tedy o finanční úsporu za dopravu i levnější výkon provedený ve vlastním sociálním prostředí pacienta, který je vzhledem k jeho zdravotnímu stavu podstatně šetrnější. Odhadem se jedná maximálně o 3 000 výkonů za rok.

### **K bodům 133 a 134**

Jedná se o aktualizaci stávajících výkonů v odbornosti dětská psychologie.

Cílem změn je především narovnání historických, nyní zcela nereálných cen psychodiagnostických metod a zohlednění cen nezbytných metod nových. V současnosti jsou výkony vyšetření dětí podhodnoceny, nezohledňují náklady na větší šíři diagnostických metod (testové baterie pro různé věkové skupiny od narození do dospělosti). Skokové navýšení materiálových nákladů - tj. nákladů na testové baterie pro děti a dospívající, je dán růstem nákladů na pořízení psychodiagnostických metod a zejména využíváním širšího pole psychometricky ověřených metod, které v době formulace předchozích materiálových nákladů nebyly ještě v ČR dostupné (např. ADOS-2 apod.). Návrh navýšení indexu z K2 na K3 zohledňuje podmínky a délku specializačního vzdělávání klinických a dětských klinických psychologů.

### **K bodům 135 a 136**

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

Ve výkonech ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET a ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET dochází k navýšení frekvenčního omezení na třikrát za den, a to v případě kombinace s výkonem č. 81443 GLUKOZOVÝ TOLERANČNÍ TEST (WHO).

V případě výkonu SEDIMENTACE ERYTROCYTŮ dochází k aktualizaci přímo spotřebovaného materiálu, kdy je doplněna sedimentační kapilára, bez které nelze výkon provádět.

### **K bodu 137**

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti univerzální mezioborové výkony.

Psychosomatická intervence umožňuje postihnout somatické, psychické a psychosociální aspekty onemocnění, rozpoznat etiologické souvislosti mezi nimi a posoudit jejich patogenní význam. Umožní naplánovat a správné cíle etiologicky zaměřenou komplexní terapii a získat pro ni také pacienta. Vyšetření dodá jasnou formulaci terapeutických cílů a podloženým doporučením k léčbě novou kvalitu diagnostice a léčbě chronických psychosomatických onemocnění. Pacientů, ke kterým je třeba takto přistupovat je značné množství, a lékaři i potřebují vědět, jak s nimi zacházet. Postupné zavádění psychosomatického přístupu do praxe má příznivý ekonomický dopad v zemích, kde byl již zaveden. Především proto, že zlepšuje a zkracuje léčbu u náročných chronicky nemocných psychosomatických pacientů. Nedostatečná erudice lékaře v těchto případech vede ke chronifikaci, zbytečné nadměrné medikaci a opakovanému vyšetřování.

### **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 2024.