

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 2024 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 136 výkonů včetně 13 zdravotních výkonů, které jsou navrženy ke zrušení.

V předloženém materiálu je zejména navrhováno:

1. zařadit do vyhlášky 72 nových výkonů
2. vyřadit z vyhlášky 13 obsoletních výkonů nahrazené novějšími medicínskými metodami
3. zajistit odstranění technických nedostatků vyhlášky (např. oprava chybné kalkulace výkonů č. 17303, 15440, 15475, 15910, 15990, 15998, upřesnění popisu výkonů č. 11513, 09563, 09580, tak aby byly odpovídaly současnému provedení v souladu s medicínskými postupy, upřesnění v obecné části např. v Kapitole 2 - obecná pravidla pro vykazování výkonů, v Kapitole 4 - další

pravidla pro vykazování výkonů řazená dle jednotlivých autorských odborností a v Kapitole 5 - ošetrovací dny)

4. aktualizovat 51 stávajících výkonů (výkony odbornosti 002 - praktické lékařství pro děti a dorost, 102 - angiologie, 105 - gastroenterologie, 107 - kardiologie, 110 - klinická osteologie, 205 - pneumologie a ftizeologie, 209 - neurologie, 404 - dermatovenerologie, 635 - orální a maxilofaciální chirurgie, 801 - klinická biochemie, 802 - lékařská mikrobiologie, 813 - laboratoř alergologická a imunologická, 816 - laboratoř lékařské genetiky, 917 - ergoterapeut, domácí péče atd.)
5. zařadit nové odbornosti, a to 008 - hygiena a epidemiologie, 350 - centrum duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním, 370 - centrum duševního zdraví pro seniory, 414 - dermatovenerologie - skupina 1, 922 - centrum duševního zdraví pro osoby s adiktologickou poruchou
6. zařadit dva nové ošetrovací dny pro ochranné léčení, a to s nízkou mírou zabezpečení a se střední mírou zabezpečení
7. zařadit ve veřejném zájmu úpravu stávajícího výkonu odbornosti 207 - alergologie a imunologie č. 27205 SPECIFICKÁ IMUNOTERAPIE ALERGENEM

Ministerstvo zdravotnictví má zájem tento obor podporovat s ohledem na nedostatek alergologů v některých regionech České republiky, který ovlivňuje kvalitu péče o pacienty s alergiemi. Alergologie a klinická imunologie jsou klíčovými obory, které ovlivňují zdraví mnoha lidí, a jejich podpora je nezbytná pro zajištění kvalitní zdravotní péče.

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. (<https://ppo.mzcr.cz/workGroup/4>).

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 2024.

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 nereflektování 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:
 - ✓ všeobecné praktické lékařství
 - ✓ nemocniční lékárenství
 - ✓ hygiena a epidemiologie
 - ✓ infekční lékařství
 - ✓ transfúzní lékařství
 - ✓ centrum duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním
 - ✓ návykové nemoci
 - ✓ neurologie

- ✓ gynekologie a porodnictví
 - ✓ orální a maxilofaciální chirurgie
 - ✓ ortopedie
 - ✓ urgentní medicína
 - ✓ klinická biochemie
 - ✓ lékařská mikrobiologie
 - ✓ radiologie a zobrazovací metody
2. Zrušení obsoletního výkonu, popř. již vzhledem k novějším medicínským metodám, nepoužívaného výkonu
 - ✓ návykové nemoci
 - ✓ orální a maxilofaciální chirurgie
 - ✓ lékařská mikrobiologie
 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 pro praktické lékařství pro děti a dorost nebo klinickou osteologii, omezení místem výkonů nebo úprava zvláště účtovaného materiálu s ohledem na používání modernějších materiálů v rámci orální a maxilofaciální chirurgie 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 2025

V posledních několika letech došlo v úhradách k postupnému zavedení bonifikací za kvalitu a dostupnost zdravotní 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 2024, a to z důvodu, že hodnoty bodu pro rok 2025 ještě nejsou známy.

Nové výkony

Celkově se jedná o 72 nových výkonů, z toho je 18 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. Současně dalších 12 výkonů nebude mít reálný finanční dopad na systém, protože se tato zdravotní péče již provádí, nové výkony pouze usnadní vykazování a komunikaci mezi plátcí a poskytovateli zdravotních služeb. Jedná se například o výkony odbornosti 350 - centrum duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním a výkony odbornosti 605 - orální a maxilofaciální chirurgie a výkon pro stanovení prostatického specifického antigenu a další.

U ostatních výkonů se celkové kalkulovalné očekávané dopady, které vzniknou v souvislosti se zavedením nových výkonů, budou pohybovat v roce 2025 v rozpětí 249,9 - 257,3 mil. Kč (dle použité hodnoty bodu). Současně je nutné zmínit, že u některých výkonů nebylo možné přesně určit frekvenci vykazování, tudíž frekvence musely být odhadnuty.

Největší část celkových nákladů tvoří výkony č. 01135 MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU ANEURYSMATU ABDOMINÁLNÍ AORTY - S NÁSLEDNÝM SLEDOVÁNÍM POJIŠTĚNCE a č. 01136 MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU ANEURYSMATU ABDOMINÁLNÍ AORTY - BEZ NÁSLEDNÉHO SLEDOVÁNÍM POJIŠTĚNCE s dopadem 32 mil. Kč.

Dále významnější dopad budou představovat výkony č. 80001 OČKOVÁNÍ AMBULANTNÍM SPECIALISTOU V ODBORNOSTI HYGIENA A EPIDEMIOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE, MIMO PRAVIDELNÉ, VČETNĚ OČKOVACÍ LÁTKY, KTERÁ JE HRAZENA Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ EBUS EXCIZE s odhadovaným dopadem cca 24,6 mil. Kč mil. Kč, č. 12028 MĚŘENÍ TBI (INDEXU PRSTEC-PAŽE) NA KONČETINÁCH s dopadem 21,8 až 23,9 mil. Kč, č. 81714 STANOVENÍ MR-PRO ADRENOMEDULINU (MR-PROADM) s dopadem cca 18,3 mil. Kč, č. 66960 MINIINVAZIVNÍ OSTEOTOMIE PRVNÍHO PAPRSKU NOHY s dopadem 12,6 až 13,8 mil. Kč a č. 66961 MINIINVAZIVNÍ REKONSTRUKCE DEFORMIT PRSTŮ NOHY s dopadem cca 14 až 15,4 mil. Kč.

Novelizované výkony

Dále dochází k aktualizaci 51 výkonů, a to ve smyslu nacenění vstupních parametrů a úpravy příslušných koeficientů kalkulačního vzorce. Pět z těchto výkonů je vykazováno při hospitalizaci, neočekáváme tedy dopad ze stejného důvodu jako u nových výkonů. Dopad změn u zbývajících 46 výkonů při stanovení hodnotě bodu se bude pohybovat v rozmezí 405,9 až 435,8 mil. Kč do systému veřejného zdravotního pojištění.

Mezi aktualizované výkony s nejvyšším dopadem patří výkony odborností 404 (414) – dermatovenerologie a 818 - laboratoř hematologická, kde dochází k navýšení úhrad v rozmezí 326,7 až 349,3 mil. Kč. Nejvyšší finanční dopad bude mít aktualizace výkonů odbornosti 404 (414) – dermatovenerologie s odhadovaným dopadem 230 až 254 mil. Kč.

Zrušené/nahrazené výkony

Poslední změnou v rámci seznamu výkonů je zrušení 13 výkonů. Jedná se například o zrušení výkonů testování na onemocnění COVID-19 nebo zrušení výkonu prostatického screeningu v rámci odbornosti 815 - nukleární medicína, který je nahrazen novým výkonem v rámci odbornosti 801 - klinická biochemie. Nepředpokládá se žádný velký dopad do systému veřejného zdravotního pojištění (cca 100 tis. Kč).

Celkové dopady

Celkově lze tedy odhadovat dopad do systému veřejného zdravotního pojištění na rok 2025 ve výši cca 656–693 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 2025, 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 PŘÁVNÍ 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 6.5 písmeno a))

Jedná se o každoroční navýšení základní minutové sazby nositelů výkonů o průměrnou roční míru inflace. Průměrná roční inflace pro rok 2023 je 10,7 %. Pro nositele L1, L2, L3, K1, K2, K3, J1 a S4 je nově stanovena na 3,901 bodu, pro nositele výkonů S1, S2, S3 je stanovena na 2,3237 bodu a pro nositele výkonů D1, D2 a D3 je stanovena na 3,1368 bodu.

K bodu 2 (Příloha Kapitola 2, bod 14)

Jedná se o úpravu textového znění obecných pravidel pro vykazování výkonů domácí péče, a to v souvislosti se zákonem o veřejném zdravotním pojištění (§22).

K bodu 3 (Příloha Kapitola 2, bod 16)

V rámci vyhlášky č. 320/2023 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, byla od 1. ledna 2024 zavedena v Kapitole 2 bodu 16 pravidla pro vykazování tzv. bonifikačních výkonů pro dětské pacienty, konkrétně se jedná o výkony č. 09555, 09556 a 09557. Tyto výkony se vykazují společně s výkony, které byly poskytnuty dítěti do dne dosažení 18 let za jeho osobní přítomnosti. Současně byly stanoveny tzv. „nepovolené“ výkony, které s uvedenými bonifikačními výkony nelze kombinovat. V rámci systému pro vykazování zdravotní péče byly ze stran zdravotních pojišťoven nastaveny kontrolní mechanismy, které ovšem nedovolovaly vykazování bonifikačních výkonů v případě, že byla vykazována kombinace bonifikační výkon, klinické vyšetření a „nepovolený“ výkon. Důvodem bylo výše uvedené explicitní stanovení zakázané kombinace nepovoleného výkonu s bonifikačními výkony, přičemž ve vyhlášce nebylo bráno do úvahy, že nepovolené výkony jsou velmi často vykazovány zároveň s klinickým vyšetřením, se kterým se bonifikační výkony vykazují. Z tohoto důvodu dochází k úpravě tzv. „nepovolených“ výkonů, a to tak, že zde zůstanou zachovány pouze dva výkony č. 00132 VYŠETŘENÍ DÍTĚTE S VÝZNAMNÝM PERINATÁLNÍM RIZIKEM a 66031 PREVENTIVNÍ VYŠETŘENÍ KYČELNÍCH KLOUBŮ U KOJENCE. Ostatní výkony jsou vypuštěny.

K bodu 4 a 6 (Příloha Kapitola 5, bod 1 a bod 7)

Jedná se o zařazení nových ošetrovacích dnů k ochrannému léčení, a to s nízkou mírou zabezpečení a se střední mírou zabezpečení.

Lidé, kteří se v důsledku psychické poruchy dostali do konfliktu se zákonem a jsou v důsledku této poruchy pro společnost nebezpeční, mohou mít za účelem léčby soudem nařízený výkon ústavního ochranného léčení. V současné době je péče pro nemocné s nařízeným ochranným léčením vykazována v rámci lůžkové následné psychiatrické péče 00021, kdy zvýšená náročnost péče o tuto podskupinu nemocných je dána zařazením do kategorie 5 ošetrovatelské náročnosti. Toto je dáno i tím, že v některých zařízeních je tato podskupina nemocných léčena na běžně vybavených odděleních společně s nemocnými

bez nařízeného ochranného léčení. Tento stav nereflkuje rozdíly v léčbě pacientů, kteří se přichází léčit dobrovolně a pacientů, kdy je léčba nařízena soudem. V některých nemocnicích jsou však již zřízena oddělení specializovaná na léčbu těchto nemocných. Toto je situace, která je běžná ve vyspělých zemích, protože tato podskupina nemocných se od běžné populace v mnoha aspektech liší. Jde zejména o soudní nařízení i ukončení léčby.

Hlavním cílem léčby je omezení nebezpečnosti pro další osoby díky zlepšení zdravotního stavu pacienta, kterým je podmíněna jeho nebezpečnost. Toto si vyžaduje technické, léčebně-organizační i administrativní opatření, která běžná psychiatrická populace nevyžaduje. Současný stav, kdy jsou všichni nemocní zařazení do jediné kategorie také neumožňuje vnitřně tuto podskupinu diferencovat, což je v rozporu se skutečností, kdy část nemocných vyžaduje velmi vysoký stupeň dohledu a intenzity léčby k zajištění specifických potřeb. Jiná část hospitalizovaných však mírou svého rizika toto nevyžaduje. Ve zdravotnických systémech jiných zemí je toto odlišeno např. definicí „středně“ a „nizko“ zabezpečených oddělení. S ohledem na obtíže se zajištěním bezpečného terapeutického prostředí zejména pro rizikovější podskupinu nemocných v současné době probíhá budování systému „středně“ zabezpečených oddělení (pozn. vysoká míra zabezpečení odpovídá zabezpečovací detenci). Vyčlenění hrazení lůžkové části ochranného léčení z lůžkovně následné psychiatrické péče a zavedení lůžkovně ochranného léčení tedy umožní vnitřní diferenciaci této skupiny a také diferenciaci vybavení a provozu těchto oddělení, zejména umožnění zajištění vyššího počtu personálu, který je nezbytný k zajištění potřeb nemocných a jejich bezpečí u této rizikovější podskupiny nemocných. Také materiálně-technické vybavení oddělení musí odrážet jednak dlouhodobost pobytu (v současné době je průměrná celková délka pobytu cca 3 roky), ale i nezbytnost zajištění bezpečného prostředí. Podporu tomuto dává i právní regulace, kdy postupy v léčbě u nemocných s ochranným léčením jsou dány ustanoveními zákona č. 373/2011Sb., o specifických zdravotních službách, kdy v některých aspektech týkajících se omezení práv a svobod, dohledových charakteristik pobytu a zajištění bezpečí je situace odlišná od běžné populace hospitalizovaných na následných odděleních, kteří jsou léčeni v rámci ustanovení zákona o č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ochranné léčení je díky svému právnímu zakotvení zatíženo specifickými administrativními a dokumentačními postupy, komunikací se soudy a povinnostmi pracovníků nemocnic účastnit se soudních přelíčení (není součástí úhrady ze systému z veřejného zdravotního pojištění, tyto činnosti nejsou obsahem tohoto OD, očekává se v budoucnu meziresortní financování).

Ošetřovací dny včetně pravidel jejich vykazování jsou zařazeny do seznamu výkonů bez stanovení bodového hodnocení, a to z důvodu, že ošetřovacím dnům bude stanovena výše úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění v rámci úhradové vyhlášky.

K bodu 5 (Příloha Kapitola 5, bod 3)

Jedná se úpravu v definici výkonů agregovaných do ošetřovacích dnů. Popisy již neodpovídají praxi při vykazování výkonů.

Odstranění věty „Výkony agregované do výkonu OD zdravotní pojišťovna neuhradí v den, kdy je pacient hospitalizován, a to ani poskytovateli lůžkové péče, kde je pacient hospitalizován, ani jiným poskytovatelům.“ umožní výkony vykázat a uhradit, pokud to je na ambulantním dokladu před započítáním hospitalizace.

Odstraněním další části „V případě, že poskytovatel požaduje provedení výkonu agregovaného do OD od jiného poskytovatele, uvede do žádosti o provedení výkonu, že se jedná o hospitalizovaného pacienta. Vyžádaný výkon uhradí vyžadující poskytovatel tomu poskytovateli, který výkon provedl ve výši odpovídající úhradám z veřejného zdravotního pojištění.“ dojde k tomu, že zdravotní pojišťovny výkony uhradí poskytovateli zdravotních služeb, který je provede, a následně je odečte žádajícímu poskytovateli

zdravotních služeb. Jedná se o extramurální zdravotní péči. Tak jak je to nyní v seznamu zdravotních výkonů napsané, tak to neodpovídá praxi, protože poskytovatelé zdravotních služeb si tuto zdravotní péči sami nepřeúčtovávají.

K bodům 7, 8 a 9 (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 (10,7 %) 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.

S ohledem na vstup dalších multidisciplinárních týmů Centra duševního zdraví jsou definovány další odbornosti, které zatím nemají vlastní výkony, ale sdílí výkony jiných odborností, a jsou významné pro přehledné vykazování zdravotní péče. Jedná se o odbornosti č. 360 - centrum duševního zdraví pro děti a dorost, 370 - centrum duševního zdraví pro seniory a 922 - centrum duševního zdraví pro osoby s adiktologickou poruchou. Všechny uvedené odbornosti mají přiřazenou minutovou režijní sazbu ve výši 4,47 bodu za jednu minutu času výkonu.

ČÁST PŘÍLOHY – SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

K bodům 10 a 82

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti všeobecné praktické lékařství a radiologie a zobrazovací metody v souvislosti se zavedením Programu screeningu aneurysmatu abdominální aorty.

Aneurysma abdominální aorty (dále jen „AAA“) patří mezi nejzávažnější onemocnění cévního systému a je definováno jako lokalizované rozšíření břišního úseku aorty o více než 50 % (čili alespoň 1,5krát, v praxi nad 3 cm) v porovnání s průměrem břišní aorty u zdravé, věkem a pohlavím odpovídající populace. AAA postihuje nejčastěji muže starší 65 let, ti jsou postiženi 4–6krát častěji než ženy. Nejzávažnější komplikací AAA je ruptura (prasknutí). Je to život ohrožující stav, který bez včasného léčebného zákroku končí smrtí na vykrvácení. AAA lze spolehlivě diagnostikovat pomocí zobrazovacích metod včetně ultrasonografie. Ultrasonografie má vysokou senzitivitu (94 % – 100 %) a specificitu (98 %–100 %) pro vizualizaci aorty a detekci AAA, navíc je bezpečná, levná a běžně se používá pro diagnostiku AAA a nevystavuje pacienta ionizujícího záření. Ultrazvukové vyšetření je vhodné kromě screeningu rizikových pacientů také ke sledování stabilních aneurysmat v čase a ke kontrolám po léčbě AAA.

Cílem screeningového programu je u populace mužů ve věku 65–67 let včas odhalit přítomnost AAA a v případě nálezu velkého aneurysmatu zahájit preventivní léčbu – elektivní operační výkon (chirurgický nebo endovaskulární), který umožní předejít komplikacím spojeným s AAA, především prasknutí aneurysmatu, které je spojeno s vysokou úmrtností. Léčba neprasklého AAA ať již chirurgická nebo endovaskulární pak dosahuje velmi dobrých výsledků s velmi nízkou 30denní letalitou.

Náklady na současnou zdravotní péči představují dopady do systému veřejného zdravotního pojištění ve výši 271 774 393 Kč. Se zavedením programu náklady dosáhnou výše 308 597 548 Kč. Z výsledků přínosů a nákladů vyplývá, že v případě zavedení screeningu AAA se náklady na diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění zvýší o přibližně 13,5 %. Lze však zároveň předpokládat, že při vynaložení takových nákladů dojde k poklesu až o 25,4 % úmrtí z důvodu AAA.

K bodu 11

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

Ve výkonech dochází k upřesnění pravidel pro vykazování, protože v praxi docházelo k různým výkladům.

K bodu 12

Jedná se zařazení nového výkonu v odbornosti nemocniční lékárenství.

V současné době se parenterální antimikrobiální terapie v ČR aplikuje v rámci hospitalizací a úhradového systému DRG. Současné nastavení ovšem zatěžuje zdravotní systém více, než by bylo nutné v případě, že by část parenterální antimikrobiální terapie byla aplikována ambulantně a vykazována formou zdravotního výkonu. Parenterální antimikrobiální terapii lze v určitých, dobře popsaných případech, nasadit nebo v ní pokračovat mimo lůžkovou péči. Ve výsledku tak lze docílit úspor nákladů na lidské zdroje a uvolnění lůžkové kapacity pro pacienty se závažnějšími diagnózami při nezatížení ambulantních specialistů. Zároveň tím lze zvýšit komfort pacienta v důsledku snížení nutnosti dojíždění při zachování optimální bezpečnosti a monitoringu pacienta. To potvrzují i Evropské guidelines, které poukazují na efektivitu použití antimikrobiální terapie v ambulantním a v domácím prostředí (tzv. OPAT – outpatient antimicrobial therapy). Léčivé přípravky zamýšlené pro ambulantní parenterální antimikrobiální terapii nejsou na českém trhu většinou dostupné jako komerční ready-to-use přípravky. Jejich použití je spojeno s úpravou/přípravou do vhodné aplikační formy injekcí, infuzí, kontinuálních infuzí. Úprava/příprava antimikrobiální léčby může být v jistých případech neúměrně složitá a jako taková by měla být prováděna farmaceutem v lékárně. To se týká nejen přípravy antimikrobiální terapie pro intermitentní podání – krátkodobých infuzí, ale hlavně přípravy dlouhodobých kontinuálních infuzí aplikovaných pomocí elastomerních infuzorů. Vzhledem k tomu, že se jedná o parenterálně aplikované lékové formy, je vhodná jejich příprava v aseptických prostorech lékárny. Aseptická příprava parenterální antimikrobiální léčby v lékárně zajistí kvalitně připravený léčivý přípravek vhodný k podání v ambulantním režimu nebo v režimu domácí péče. Farmaceut při přípravě je garantem správnosti přípravy/úpravy léčivých přípravků a jedním z kontrolních článků celého režimu OPAT. Parenterální antimikrobiální léčivé přípravky v elastomerních infuzorech musí být připraveny v lékárně v souladu s platnou legislativou (vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, ve znění pozdějších předpisů).

K bodu 13

Jedná se o zařazení nové odbornosti hygieny a epidemiologie včetně nového výkonu.

Nová odbornost je zařazena pod číslem 008 a je k ní přiřazena minutová režijní sazba ve výši 4,47 bodu za jednu minutu času výkonu.

Pro veřejné zdraví je žádoucí dosáhnout co nejvyšší míry proočkovanosti proti infekčním nemocem, ať je to chřipka, covid-19, pneumokokové infekce, klíšťová encefalitida a další. Možnost realizace hrazeného dobrovolného očkování u poskytovatelů s odborností hygiena a epidemiologie, epidemiologie, případně v jiných ordinacích ambulantních specialistů, významně podpoří tento cíl. Odhadovaný počet výkonů je 100 000 za rok.

K bodu 14

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu odbornosti vnitřní lékařství - interna.

V souladu s popisem výkonu, který jasně stanovuje, že se jedná o materiálový výkon, tedy o naplnění průměrných materiálových nákladů na podání enterální výživy aplikované pumpou pro jednoho pacienta na jeden den, dochází k úpravě omezení frekvence na jednou za den, nikoliv jednou za týden, jak bylo chybně vydáno vyhláškou č. 320/2024 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

K bodu 15

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti angiologie.

Ve výkonu dochází k úpravě omezení frekvence z čtyřikrát za rok na dvakrát za rok a současně k prodloužení času výkonu z 20 minut na 30 minut, což způsobí i navýšení bodového hodnocení výkonu.

K bodu 16

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti angiologie.

Základní diagnostika ischemické choroby dolních končetin je založena na měření indexu kotník-paže (ABI). Měření ABI však může u rizikových pacientů např. s diabetes mellitus, chronickou renální insuficiencí, selháním, onemocněním pojiva, dlouhodobě probíhající aterosklerózou apod. vykazovat falešně normální hodnoty v důsledku přítomnosti mediokalcinózy a omezené kompresibility tepen v oblasti kotníku. Tím může dojít k zásadnímu podhodnocení rozsahu ischemie a k ohrožení končetiny amputací. Dle doporučení mezinárodních odborných společností (IUA, ESC, EASD) je měření palcových tlaků a jejich indexů (TBI) doporučováno jako jedna z metod detekce ischemické choroby dolních končetin.

Náklady na metodiku jsou relativně nízké. Zavedení této metody výrazně zpřesní záchyt časných stadií periferní ischemie končetin. Tím umožní použít efektivní preventivní a terapeutické postupy, které jsou řádově levnější, než intervenční terapie ischemie dolních končetin nebo péči o chronickou končetinu ohrožující ischemii s defekty. Incidence ischemické choroby dolních končetin v ČR ve věkové kategorii 50+ let se pohybuje mezi 10-15 %. Při stávající dostupnosti specializované angiologické či diabetologické péče okolo 15 % by za jeden rok prošlo vyšetřením cca 98 000 pacientů ročně.

K bodu 17

Jedná se o úprava stávajícího výkonu odbornosti gastroenterologie.

Úhrada dálkového sledování pacientů s idiopatickými střevními záněty neodpovídá nákladům. Nedílnou součástí výkonu je samovyšetření fekální koncentrace kalprotektinu (FC) pacientem. V souvislosti se změnou zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, a podle směrnice 93/42/EHS o zdravotnických prostředcích, je třeba software určený k měření FC registrovat jako neinvazivní aktivní zdravotnický prostředek třídy I nebo IIa. Výše uvedené významně zdražuje náklady na self-monitoring FC.

K bodům 18 až 22

Jedná se o úprava stávajících výkonů odbornosti gastroenterologie.

V rámci aktualizace výkonů nebylo správně nastaveno množství jednorázového materiálu, který je součástí kalkulace přímo spotřebovaného materiálu. Toto množství bylo opraveno, a z tohoto důvodu dochází k nárůstu celkového bodového ohodnocení výkonů.

K bodu 23

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti geriatric.

V posledních dvou dekáдах narůstá spotřeba léků a zvyšuje se průměrný počet užívaných léků se zvyšujícím se věkem nemocných. U multimorbidních seniorů je polyfarmakoterapie spojena se zvýšeným rizikem nežádoucích polékových událostí, ale i se závažnější seniorskou křehkostí a dalšími geriatrickými syndromy (pády, kognitivní deteriorace, omezení mobility, malnutrice), pro které pacienti vyhledají ošetření lékařem. Až 10-20 % všech akutních hospitalizací seniorů je z důvodu nežádoucích účinků léku (NÚL). Nesprávná a nevhodná polyfarmakoterapie snižuje efektivitu a významně zvyšuje celkové výdaje na zdravotní péči. Komplexní posouzení užívané medikace v kontextu multimorbidity, geriatrických syndromů a životní prognózy specialistou v oboru geriatrické medicíny umožňuje optimalizovat farmakologickou léčbu. To vede k racionalizaci léčby, celkovému zlepšení kvality preskripce a omezení nežádoucích účinků léčby. Dle dostupných zahraničních studií dochází ke zlepšení zdravotního a funkčního stavu seniora i kvality života. Byl popsán efekt na snížení počtu hospitalizací a počtu ošetření z důvodu NÚL. Doporučení pro využití standardizovaných nástrojů pro posouzení medikace ve vyšším věku byla schválena Výborem ČGGS ČLS JEP na základě evropských doporučených postupů. Dostupná data podporují benefit zhodnocení farmakoterapie u geriatrického pacienta v návaznosti na klinické vyšetření geriatrem, který preskripční změny realizuje. V případě posouzení medikace a doporučení změn klinickým farmaceutem, bývá v praxi ošetřujícími lékaři realizována jen jejich malá část. Odhadovaný počet výkonů je 6 000 za rok.

K bodu 24

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti kardiologie.

Moderní technologie softwarových řešení a vzdálené kontroly umožňují průběžné získávání dat pacientů se srdečním selháním. Při jejich pravidelném hodnocení dávají možnost včas reagovat na progresi onemocnění úpravou terapie v ambulantním režimu bez nutnosti hospitalizace pacienta (nákladově efektivní intervence).

Jedná se o kontrolu reportu pro pacienty s pokročilým chronickým srdečním selháním (CHSS) ze systému lékařem. Samotný výkon se skládá ze dvou částí. První je inicializace systému přímo při implantaci ICD systému nebo těsně po ní. Druhou je kontrola reportu/alertu, který je generován z řady sledovaných parametrů pomocí umělé inteligence (AI) pro pacienty s pokročilým srdečním selháním. Takto generované upozornění je automaticky odesláno do systému a upozorní lékaře na nutnost kontaktu pacienta a okamžité vytvoření návrhu léčebného postupu v ambulantním systému péče (např. nutnost podání diuretické léčby, antikoagulační terapie aj.) tak, aby nebylo nutné pacienta hospitalizovat pro akutní dekompenzaci CHSS. Výkon je indikován u pacientů s vysokou mírou rizika zhoršení (dekompenzace) srdečního selhání. Tento výkon není primárně zamýšlen jako náhrada dispenzární prohlídky. Přináší další nové specifické ukazatele nad rámec standardní dálkové monitorace, kde je to např. stav baterie, výskyt fibrilace síní, komorových tachykardií aj. Primárním ukazatelem tohoto výkonu je riziko dekompenzace CHSS.

K bodu 25

Jedná se o úprava stávajícího výkonu odbornosti kardiologie.

V rámci kalkulace výkonu nedošlo k započtení přístroje z důvodu technické chyby. Kalkulace byla aktualizována, a z tohoto důvodu dochází k nárůstu celkového bodového ohodnocení výkonu.

K bodu 26

Jedná se o úprava stávajícího výkonu odbornosti kardiologie.

Do popisu výkonu jsou doplněny konkrétní indikace výkonu a dále se doplňuje další možnost vykazování zvláště účtovaného materiálu.

K bodu 27

Jedná se o úprava stávajícího výkonu odbornosti klinická osteologie.

Ve výkonu dochází k úpravě popisu tak, aby podmínky vykazování byly jasné a jednoznačné a současně dochází ke změně nositele výkonu z S3 na S2.

K bodu 28

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti infekční lékařství.

Výkon umožní pacientům aplikaci antimikrobiální terapie v ambulantním prostředí. Po aplikaci OPAT (antimikrobiální terapii aplikovanou v ambulantním prostředí) mohou pacienti opět odejít domů. Kapacita lůžek tak bude dostupnější pacientům s ostatními diagnózami, kteří se bez hospitalizace neobejdou. Díky OPAT se sníží zátěž zdravotnických zařízení a optimalizuje se využití lůžkové péče. Nemocnicím se uvolní personální kapacity pro ostatní pacienty a zdravotní systém ušetří prostředky, nyní vynakládané v rámci systému DRG. Současná terapie v hospitalizačním režimu je nákladnější než forma výkonu v ambulantním režimu. Z ambulantní aplikace antimikrobiální terapie benefituje pacient, poskytovatel zdravotních služeb i plátce. Ambulantní antimikrobiální terapie je zavedeným a prověřeným standardem v mnoha okolních evropských zemích a řídí se podle místních guidelines. V rámci zpřístupnění OPAT v České republice byl vydán doporučený postup, který problematiku detailně popisuje (OPAT – ambulantní parenterální antimikrobiální terapie. Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP). Pro účely ambulantní aplikace je však zapotřebí vytvořit vhodný kód zdravotního výkonu, nevyžadující hospitalizaci v rámci DRG. Pacient v režimu OPAT dochází do zdravotnického zařízení, kde je mu antimikrobiální terapie aplikována. Vytvoření platného výkonu pro aplikaci tohoto typu terapie v ambulantním režimu je proto logickým vyústěním současného stavu. Pro zavedení OPAT do klinické praxe byl vytvořen soubor dvou výkonů, kromě tohoto výkonu se jedná o výkon ASEPTICKÁ PŘÍPRAVA PARENTERÁLNÍ ANTIMIKROBIÁLNÍ LÉČBY V LÉKÁRNĚ – PŘÍPRAVA INFUZORU (odbornost 005). Po absolvování vstupního vyšetření specialistou je pacient léčen antibiotikem v ambulantním režimu buďto pomocí dlouhodobé infuze připravené v elastomerním infuzoru, nebo pomocí jednorázových dávek v krátkodobých infuzích. Vhodná forma infuze je určena podle typu antibiotika, stavu pacienta a cílových PK/PD parametrů. Odhadovaný počet výkonů je cca 25 tis. ročně.

K bodu 29

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

Ve výkonu dochází ke zkrácení doby trvání výkonu z 20 minut na 15 minut. Čas nositele výkonu se prodlužuje z 10 minut na 15 minut. Do kalkulace jsou dále zařazeny přístroje jako oxymetr základní a stopky, bez kterých nelze výkon poskytnout. Dále je aktualizován popis výkonu, kdy jsou doplněny konkrétní indikace (např. pacienti v těžkém stavu, s klidovou dušností a pozátěžovou hypoxémií) a zakázané kombinace s konkrétními výkony.

K bodu 30

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti alergologie a klinická imunologie.

Ve výkonu dochází k aktualizaci popisu, obsahu a rozsahu výkonů z důvodu významného nárůstu portfolia (druhového spektra a aplikačních forem) a změny dostupnosti a úhrady vakcín. Také se navyšuje doba trvání výkonu a nositele na 20 minut z původních 10 minut. Tento výkon je zařazen ve veřejném zájmu, dopad této změny do systému veřejného zdravotního pojištění se předpokládá ve výši max. 7 mil Kč.

K bodu 31

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti neurologie.

Komplexní problematika biologické léčby u roztroušené sklerózy se musí řídit řadou nových pravidel, která berou v úvahu individuální situaci jednotlivého pacienta. Léčba je rozhodována kolektivem odborníků na indikačním semináři. Správný výběr léčby je rozhodující pro prognózu i bezpečnost pacienta, u pacientek i pro možný dopad na těhotenství. Odhadovaný počet výkonů je 4 000 za rok.

K bodu 32 až 34

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti neurologie.

MSLT je jediné mezinárodně uznávané vyšetření pro hodnocení nadměrné denní spavosti. Výsledek MSLT je povinnou součástí mezinárodních diagnostických kritérií z roku 2014 pro nemoci narkolepsie a idiopatická hypersomnie a pro hodnocení nadměrné denní spavosti.

Výkon se sestává z pěti měření, ve kterých má nemocný 20 minut příležitost usnout na 15 minut. Nemocný je v samostatném temném a tichém pokoji a je registrován následujícími polysomnografickými svody: minimálně tři EEG záznamové svody, z nichž jeden je frontální (F3-M2 nebo F4-M1), jeden je centrální (C3-M2 nebo C4-M1) a jeden je okcipitální (O1-M2 nebo O2-M1), elektrookulografii levého a pravého oka, mentální/submentální elektromyografii a EKG. Videozáznam (audiovizuální záznam) se pořizuje během všech měření při MSLT a je následně k dispozici popisujícímu lékaři. Pacient musí být audiovizuálně monitorován i mezi měřeními, ale toto monitorování se nezaznamenává a slouží jen k průběžné kontrole, že nemocný nespí. Vyšetření provádí sestra se specializovanou způsobilostí (spánkový laborant) s dokonalou znalostí této vyšetřovací metody. Nemocný během všech měření leží na lůžku. Mezi měřeními je naopak mimo lůžko a není mu dovoleno spát. Nemocný má na sobě pohodlné oblečení přiměřené situaci. Sestra před zahájením každého měření nastavuje polysomnograf a provádí kalibraci a biokalibraci (biokalibrace se provádí i po skončení každého měření). Sestra sleduje průběh měření v jiné místnosti na obrazovce polysomnografu. Zaznamenává první 30sekundový úsek záznamu (epochu), který odpovídá spánku, a za 15 minut od začátku této epochy ukončuje měření a probouzí nemocného. Pokud nemocný neusne, sestra měření ukončuje za 20 min. Sestra také dohlíží, že nemocný během měření neprovádí činnosti, které by mohly povzbuzovat jeho bdělost. Mezi měřeními sestra zajišťuje, že nemocný nespí nebo nedřímá. Záznam je následně definitivně zhodnocen lékařem.

Vzhledem k nízké incidenci narkolepsie a idiopatické hypersomnie a zřídka potřebě vyšetření s postupem nemoci opakovat lze očekávat, že počty vyšetření MSLT v ČR nepřekročí nízké stovky.

ZHODNOCENÍ INDIKACE PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ PRO LÉČBU PUMPOVÝMI SYSTÉMY

Intervenční léčba Parkinsonovy nemoci, mezi níž léčba pumpovými systémy patří, je vysoce specifická a velmi nákladná léčba vázaná na specializovaná centra. Pacienti vykazují kromě výrazného benefitu z léčby i vyšší riziko komplikací a nežádoucích účinků, které je nutné zvážit ještě před jejím zahájením. Při indikaci je nutné posoudit přínos/rizika léčby pro konkrétního pacienta, odhalit případné kontraindikace léčby a navrhnout optimální pumpový systém. Pro prezentaci na indikačním semináři je nutná příprava

podkladů ke zhodnocení cílených anamnestických dat (hodnocení hybného stavu, komplikací choroby a léčby, kognitivního a psychického stavu, případných rizik či kontraindikací léčby).

Schválení této léčby je podmíněno schválením pacienta na indikačním semináři Centra pro diagnostiku a léčbu extrapyramidových onemocnění. Na indikačním semináři jsou přítomni lékaři a sestry pracující v centru. Před vlastním indikačním seminářem lékař musí lékař pořídit videozáznam pacienta, provést kontrolu patientského deníku, setřídít, připravit k prezentaci cílená anamnestická a klinická data pacienta (podstatné milníky v průběhu Parkinsonovy nemoci, přítomnost a specifikaci komplikací nemoci, rizika pro zahájení léčby různými pumpovými systémy, zhodnotit compliance a zázemí pacienta), po zhodnocení výše uvedených dat navrhuje vhodné pumpové systémy pro pacienta. Po prezentaci dat pacienta a jeho videozáznamu na indikačním semináři dochází ke kolektivní diskusi nad pacientem, zhodnocením risk/benefitů navrhované léčby. Následuje kolektivní rozhodovací proces, jehož výsledkem je schválení nebo neschválení navrhované léčby pumpovými systémy. Výstupem je zápis rozhodnutí z indikačního semináře o schválení/neschválení indikace k léčbě pumpovými systémy. V případě neschválení léčby zápis obsahuje odůvodnění tohoto rozhodnutí.

Odhadovaný počet vyšetření za rok je 200.

TITRACE POMOCÍ PUMPOVÉHO SYSTÉMU U PACIENTA S PARKINSONOVOU NEMOCÍ

Jedná se o úvodní titraci léčebné látky podávané pumpovým systémem u pacienta s Parkinsonovou nemocí. Výkon probíhá ambulantně pobytem pacienta ve “stacionáři” tj. pobytem pacienta v místnosti k tomu určené. Výkon je vázán na specializovaná centra pro diagnostiku a léčbu extrapyramidových onemocnění (statut a podmínky center definuje Expy sekce České neurologické společnosti ČLS JEP - Centra vysoce specializované péče pro poruchy řízení pohybu). Odhadovaný počet vyšetření za rok je 3 000.

OPTIMALIZACE NASTAVENÍ DOPAMINERGNÍ PUMPY

Jedná se o kontrolu event. úpravu pumpového systému pro podávání dopaminergní léčby (zkráceně dopaminergní pumpy) u pacienta s Parkinsonovou nemocí. Odhadovaný počet vyšetření za rok je 1 500.

ZHODNOCENÍ INDIKACE PACIENTA K HLUBOKÉ MOZKOVÉ STIMULACI

Hluboká mozková stimulace (Deep Brain Stimulation - DBS) představuje standardní, vysoce efektivní a nákladnou neuromodulační terapii řady neurologických onemocnění, zejména Parkinsonovy nemoci (PN), akčního posturálního a kinetického třesu, různých dystonických syndromů a farmakorezistentní epilepsie. DBS je založena na dlouhodobé elektrické modulaci vybraných cílů v hloubi mozku, jejíž parametry jsou pro každého pacienta specifické. Výsledkem je potlačení klíčových symptomů onemocnění, které zásadním způsobem zlepšuje kvalitu života pacienta. Správná a optimální indikace DBS je spojena s významně vyšší kvalitou života pacientů, zvýšenou soběstačností, sníženou spotřebou léků a možností návratu k původním sociálním a pracovním aktivitám.

Odhadovaný počet výkonů je 100 za rok. Navrhovaný výkon povede k vyšší ekonomické efektivitě léčby pacientů. Lékařům ve specializovaných centrech poskytne dostatečný prostor na přípravu indikace, což povede k vyšší kvalitě indikací, menšímu procentu pacientů, kteří nebyli vhodně indikováni k léčbě a tím se zredukuje množství akutních návštěv, výkonů i hospitalizací u nevhodně indikovaných pacientů, které jsou ekonomicky velmi náročné.

NASTAVENÍ STIMULAČNÍHO KONTAKTU ELEKTRODY PO ZAVEDENÍ HLUBOKÉ MOZKOVÉ STIMULACE ČI VÝMĚNĚ NEUROSTIMULÁTORU

Postoperační management je zcela klíčový pro výsledný efekt stimulace. K prvnímu zapnutí a iniciálnímu nastavení kontaktů dochází obvykle 1 měsíc po neurochirurgické implantaci elektrod a zhojení operačních ran. Optimální efekt DBS závisí na řadě faktorů: umístění elektrody a jednotlivých stimulačních kontaktů v mozku, ve výběru a konkrétní konfiguraci stimulačních kontaktů, a v nastavení stimulačních parametrů (intenzity stimulačního proudu, délky stimulačního pulzu a frekvence stimulace), které určují objem stimulované oblasti a hustotu stimulačního pole. Iniciální zhodnocení polohy elektrody, klinického efektu každého kontaktu při různých stimulačních parametrech a správné provedení prvního nastavení je zásadní pro další vedení terapie. Odhadovaný počet výkonů je kolem 200 za rok.

ZÁKLADNÍ ÚPRAVA STIMULAČNÍCH PARAMETRŮ U PACIENTA S HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACÍ

Po zavedení či výměně generátoru elektrických pulzů (neurostimulátoru) je nutná pravidelná kontrola stimulačního programu neurologem, včetně zhodnocení vlivu stimulace na klinický stav pacienta. Výkon dále zahrnuje jednoduchou úpravu stimulačních parametrů (např. navýšení stimulačního proudu či napětí) za účelem optimalizace klinického stavu pacienta. Odhad počtu výkonů je kolem 3000 výkonů za rok.

POKROČILÉ NASTAVENÍ A KONTROLA STIMULAČNÍCH PARAMETRŮ HLUBOKÉ MOZKOVÉ STIMULACE

Pooperační management a následné kontroly optimální funkce DBS jsou zcela nezbytné pro zajištění optimální terapie a kvality života pacientů, která úzce souvisí s mírou soběstačnosti a průceschopnosti. Po zavedení či výměně generátoru elektrických pulzů (neurostimulátoru) je proto nutná pravidelná kontrola stimulačního programu neurologem, včetně zhodnocení vlivu stimulace na klinický stav pacienta. Výkon zahrnuje pokročilou úpravu stimulačních parametrů (např. optimalizaci směrové stimulace, změny frekvence nebo délky pulsu, bi/monopolární nastavení anodovou stimulaci, interleaved stimulaci apod.) za účelem optimalizace klinického stavu pacienta. Dále zahrnuje případnou kontrolu celého systému při podezření na jeho nefunkčnost. Odhad počtu výkonů je kolem 1500 výkonů za rok.

DISTANČNÍ KONZULTACE PACIENTA S HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACÍ

Také u pumpových systémů je vzhledem k přítomnosti složitého hardware (vstup a jeho okolí, systém sond, vlastní pumpa) a software (programování pumpy, bezpečnostní kódy aj.) péče odborně i časově velmi náročná. Pooperační management a následné kontroly jsou pro optimalizaci klinických účinků DBS nebo pumpového systému zcela nezbytné. Jednoduchou kontrolu nebo úpravu stimulačních parametrů či nastavení pumpového systému lze u některých pacientů provádět distančně pomocí vzdálené videokonzultace (telemedicíny), což může významně zvýšit flexibilitu i komfort péče. Návrh nového výkonu vyplývá z potřeby pravidelné kontroly funkčnosti DBS nebo pumpového systému, případně dodatečných úprav stimulačních parametrů DBS nebo pumpového systému, u kterých nemusí být pacient v ordinaci lékaře fyzicky přítomen. Odhad počtu výkonů je kolem 5000 výkonů za rok.

ANATOMICKÉ OVĚŘENÍ POLOHY JEDNÉ ELEKTRODY HLUBOKÉ MOZKOVÉ STIMULACE V MOZKU

Optimální efekt DBS závisí na řadě faktorů, a to především na poloze elektrody a jednotlivých stimulačních kontaktů v mozku, ve výběru a konkrétní konfiguraci stimulačních kontaktů, a v nastavení stimulačních parametrů, které určují místo a objem stimulované oblasti a hustotu stimulačního pole. Přesné ověření výsledné polohy elektrody v příslušném jádře je tak zcela klíčové pro postoperační management a následné vedení této terapie. Odhad počtu výkonů je kolem 150 výkonů za rok.

K bodu 35

Jedná se o úpravu v odbornosti dětské neurologie.

Dětská neurologie byla doposud vedena pod číslem 210. Nově bude vedena pod číslem 409 s tím, že Kapitola zůstane zařazena stejně za Kapitoulou 209 neurologie. Ke změně čísla dochází z organizačních a administrativních důvodů. Od roku 1996 zavedla VZP ČR (a později i další zdravotní pojišťovny) z organizačních důvodů pro vlastní účely nový kód pro odbornost dětské neurologie – 409. Od té doby mají jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb (zvláště ti, s datem vzniku po roce 1996) s každou zdravotní pojišťovnou pro dětskou neurologii jiný kód. Jsou i značné regionální rozdíly v rámci České republiky. Situace vyžaduje odesílání dávek pojišťovnám diferencovaně, tedy každý poskytovatel musí pro některé pojišťovny užít jeden kód (např. 210) a pro jiné druhý kód (409). To činí značné administrativní problémy, zvyšuje chybovost. Dávky jsou pak pojišťovnami vráceny a je třeba je odesílat znovu pod „druhým“ kódem odbornosti. Změna povede k užívání jediného kódu a tím výrazně usnadní administrativní práci dětským neurologům.

K bodu 36

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti transfúzní lékařství.

Pomocí této nové metody se stanovují protilátky v séru nemocných na zjištění alo- či autoimunní neutropenie, odhalení možné příčiny potransfúzní febrilní reakce, TRALI, refrakternosti na podání granulocytů, postransplantační neutropenie. Metoda je citlivější než současně používané metody na vyšetření antigranulocytových protilátek. Umožňuje vyšetřit protilátky proti specifickým granulocytovým antigenům (HNA 1 až 5) včetně vzácných antigenů a také protilátky proti HLA antigenům I i II. třídy, které jsou rovněž přítomny na granulocytech. Odhadovaný počet výkonů je 450 za rok.

K bodu 37

Jedná se o zařazení nové odbornosti centrum duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním včetně nových výkonů.

Nová odbornost je zařazena pod číslem 350 a je k ní přiřazena minutová režijní sazba ve výši 4,47 bodu za jednu minutu času výkonu.

V souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., který od 1. ledna 2025 nově definuje Centra duševního zdraví, jsou současně připraveny nové výkony, které zajistí vykazování zdravotní péče v těchto centrech. Vzhledem k tomu, že jsou výkony již hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, nebude mít zavedení výkonů dopad do systému.

Centrum duševního zdraví (CDZ) je forma služby pro klienty trpící závažným duševním onemocněním, která poskytuje podporu ve zdravotní i sociální oblasti. Cílovou skupinou jsou lidé trpící psychotickým nebo afektivním onemocněním, které je omezuje v běžném fungování. Každý z nich přichází na doporučení svého psychiatra. Péče je poskytována v přirozeném prostředí klienta, v jeho rodině nebo komunitě nebo v prostorách samotného CDZ. Individuálním přístupem ke klientovi jsou naplňovány jeho potřeby a cíle. Cílem této zdravotní péče je zejména předejít zhoršení zdravotního stavu s nutností hospitalizace, zvládnání krizových situací, které běžný život přináší.

ZAVEDENÍ PÉČE O PACIENTA V CENTRU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ)

UKONČENÍ PÉČE O PACIENTA V CENTRU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ)

PŘÍPADOVÉ VEDENÍ PACIENTA V CENTRU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ) OPERATIVNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ KONZULTACE

Tyto výkony, zejména pak případové vedení pacienta a operativní konzultace, pokrývají jinde nezařazené činnosti při péči o pacienta psychiatrem, gerontopsychiatrem, dětským psychiatrem, sexuologem, u CDZ-S také geriatrem, psychologem a psychiatrickou sestrou (u CDZ-AMT také adiktologem) v mobilní, denní nebo krizové službě, ať už jednotlivě či v kombinaci více členů multidisciplinárního týmu. Jedná se o operativní a neodkladný kontakt v rámci řešení problematiky pacienta s ostatními pracovníky týmu CDZ, asertivní vyhledávání a kontaktování pacienta, komunikace s ostatními poskytovateli zdravotních služeb (ambulantní psychiatr, lůžková zařízení, praktičtí a odborní lékaři apod.), komunikace s ostatními poskytovateli sociálních služeb (sociální odbor daného regionu, sociální pracovníci obcí, veřejní opatrovníci aj), monitoring somatického stavu pacienta a event. poskytování ošetrovatelské péče (sledování fyziologických funkcí, kontrola glykémie, převazy, stavu aj.), pravidelná týmová supervize.

MULTIDISCIPLINÁRNÍ SEMINÁŘ K URČENÍ OPTIMÁLNÍHO ZPŮSOBU PÉČE O PACIENTA S DUŠEVNÍ PORUCHOU

Metodicko-organizační porady multidisciplinárního týmu jsou součástí praxe provozované v centrech duševního zdraví. V rámci této praxe byly vyhodnocovány dva přístupy: intenzivní case management a asertivní komunitní léčba. Intenzivní case management snižuje potřebu hospitalizace a zvyšuje u pacientů udržení se v léčbě; celkově vede ke zlepšení sociálních funkcí. Efekt je nejvíce zřetelný u osob s vysokou mírou hospitalizace. Asertivní komunitní léčba zlepšuje klinický stav a spokojenost u pacientů. Dále asertivní komunitní léčba podstatně snižuje náklady hospitalizační péče.

VYŠETŘENÍ AQoL

AQoL (Assessment of Quality of Life) je dotazníkový nástroj pro vyšetření kvality života vztahenou ke zdraví. Kvalita života je zásadní sledovanou proměnnou v cílech reformy psychiatrické péče. V Centrech duševního zdraví (CDZ) je nástroj používán pro vyšetření kvality života a změn kvality života v průběhu péče poskytované CDZ. Vyšetření AQoL se používá při vstupu pacienta do CDZ a dále v šestiměsíčních intervalech. Vlastní dotazník vyplňuje pacient. Dotazník AQoL-8D je sestaven z 35 otázek, které popisují osm dimenzí: samostatné bydlení, štěstí, duševní zdraví, zvládnání, vztahy, sebeúcta, bolest a smysly. Ke každé otázce má pacient zvolit jednu z pěti možných odpovědí: nikdy, zřídka, někdy, často, skoro vždy se skórem od 1 do 5. Hodnoceno je období posledního týdne. Zodpovězení otázek průměrně trvá 5,5 minuty, avšak u pacientů s duševní poruchou může trvat déle. Pracovník poskytuje pacientovi podporu. Průběžně se ujišťuje, zda pacient rozumí otázkám a popřípadě poskytne vysvětlení. Poté pracovník pomocí předem připravené databáze nebo formuláře odpovědi pacienta vyhodnotí.

HODNOCENÍ STAVU NÁSTROJEM GAF

GAF škála (Global Assessment of Functioning) je tradiční dlouhodobě užívanou škálou pro hodnocení závažnosti psychického stavu a postižení u pacientů s duševní poruchou. V zahraničí je často využívána jako kritérium pro zařazení do skupiny závažně duševně nemocných (serious mental illness – SMI), které podmiňuje čerpání komplexních a nákladnějších služeb nebo benefitů. V Centrech duševního zdraví (CDZ) je nástroj používán pro vyhodnocení kritéria tíže onemocnění pro vstup do péče CDZ a také setrvávání platnosti tohoto kritéria v dalším časovém období. Proto se hodnocení nástrojem GAF používá při vstupu pacienta do CDZ a dále v šestiměsíčních intervalech.

HODNOCENÍ STAVU NÁSTROJEM HONOS

Nástroj HoNOS (Health of the Nations Outcome Scales) slouží k posouzení symptomů a funkční kapacity u závažně duševně nemocných. Používá se při vstupu pacienta do Centra duševního zdraví (CDZ), dále pak po každých 6 měsících péče v CDZ a při jejím ukončení. Výsledky škály HoNOS slouží ke sledování změn zdravotního stavu a funkční kapacity u pacientů CDZ, k vyhodnocení léčebných a rehabilitačních postupů u pacienta a k dalšímu plánování jeho péče. Napomáhá včasné detekovat rizika u pacienta /např. suicidální chování/ a uzpůsobit tak vhodné léčebné intervence. Vedle individuálního využití u jednotlivých pacientů má také nástroj uplatnění epidemiologické. Po anonymizaci a agregaci výsledků HoNOS u jednotlivých CDZ v delší časové ose poskytne data pro vyhodnocení funkcí Center duševního zdraví a pro modifikaci postupů CDZ.

K bodům 38 a 39

Jedná se o zařazení nových výkonů a současně o zrušení jednoho stávajícího výkonu v odbornosti návykové nemoci.

Z důvodu neexistence klinických vyšetření v této odbornosti je zařazen nový výkon VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM S ODBORNOSTÍ NÁVYKOVÉ NEMOCI. Lékař odbornosti návykové nemoci vyšetřuje pacienta komplexně z hlediska psychiatrického i adiktologického. Odhadovaný počet výkonů je cca 16 500 za rok.

ODBĚR MOČI K TOXIKOLOGICKÉMU VYŠETŘENÍ bývá častou součástí diagnostiky stavu pacienta, také má roli v léčbě a monitoringu vývoje závislostní poruchy. Odhadovaný počet výkonů je cca 20 000 za rok.

ANTABUS - ALKOHOLOVÁ REAKCE je zrušen z důvodu, že se jedná o obsoletní metodu.

K bodům 40 a 41

Jedná se o úprava stávajícího výkonu v odbornosti dermatovenerologie.

Na základě medicínské praxe dochází k prodloužení doby trvání výkonů o 5 minut a současně o prodloužení časů nositelů výkonů o 5 minut, což způsobí i navýšení celkového bodového ohodnocení.

K bodu 42

Jedná se o zrušení stávajících výkonů v odbornosti dermatovenerologie.

Jedná se pouze o formální zrušení vybraných výkonů v odbornosti dermatovenerologie. Tyto výkony jsou nově přeřazeny do nové odbornosti č. 414 dermatovenerologie – skupina 1 s vyšší minutovou režijní sazbou.

K bodu 43

Jedná se o zařazení nové odbornosti dermatovenerologie – skupina 1 včetně výkonů.

Nová odbornost je zařazena pod číslem 414 a je k ní přiřazena minutová režijní sazba ve výši 5,37 bodu za jednu minutu času výkonu.

Výkony v rámci této odbornosti nejsou nové, ale jsou pouze převedeny z odbornosti dermatovenerologie.

K bodu 44

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti chirurgie.

Pacienti s diagnózou lymfedému jsou léčeni jednak konzervativně, ale také chirurgicky, a operace těchto pacientů nemají vlastní výkony. Z tohoto důvodu jsou zavedeny tři nové výkony, které se již v praxi

provádějí. V případě výkonu REDUKCE EPIFASCIÁLNÍHO PROSTORU A ZEVNÍHO GENITÁLU PŘI LYMFATICKÉ INSUFICIENCI se jedná o odstranění nadbytečné tkáně, která v postiženém místě narostla v důsledku lymfatické nedostatečnosti (vrozené či získané) v souladu s aktuální úrovní poskytování léčebné péče na náležité odborné úrovni. Odhadovaný počet výkonů za rok je 20. Výkon LIPOSUKCE EPIFASCIÁLNÍHO PROSTORU PŘI LYMFATICKÉ INSUFICIENCI je jediný možný při nárůstu tukové tkáně v důsledku lymfatické insuficience. Nejedná se kosmetický zákrok, ale o zákrok léčebný. Kdy je odsáto maximální množství tuku. Výkon vede ke zmenšení a snížení váhy postižené končetiny. Odhadovaný počet výkonů za rok je 25. Výkon LYMFOVENOZNÍ ANASTOMÓZA může bránit rozvoji lymfatické insuficience nebo zlepšit stav již postižené končetiny. Odhadovaný počet výkonů za rok je 50 až 100.

K bodu 45

Jedná se o zrušení výkonů v odbornosti plastická chirurgie - skupina 2, a to z důvodu přeřazení výkonu do vyšší režijní skupiny 3, která odpovídá současnému provedení výkonu.

K bodu 46

Jedná se o úprava stávajícího výkonu v odbornosti plastické chirurgie.

S ohledem na skutečnost, že výkony plastické chirurgie nebyly dlouhé roky aktualizovány, odborná společnost předložila další 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 47

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti plastické chirurgie.

V případě výkonu VYTVOŘENÍ UŠNÍHO BOLTCE PŘI VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADĚ NEBO PO TRAUMATICKÉ ZTRÁTĚ POMOCÍ AUTOLOGNÍ CHRUPAVKY se jedná o převedení do vyšší režijní skupiny, protože se jedná o vysoce specializovaný a nesdílený výkon, který do skupiny 631 jednoznačně patří. Hlavními důvody úpravy je pak aktualizace a zpřesnění popisu výkonu, aktualizace nositelů výkonu, doplnění spotřebovaného materiálu, léčivých přípravků a přístrojů, v souladu s aktuální úrovní poskytování léčebné péče na náležité odborné úrovni. Dochází také k prodloužení délky výkonu, jehož aktuální doba trvání výkonu neodpovídá realitě.

Výkon VYTVOŘENÍ UŠNÍHO BOLTCE PŘI VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADĚ NEBO PO TRAUMATICKÉ ZTRÁTĚ POMOCÍ SYNTETICKÉHO IMPLANTÁTU je zařazen jako nový, ovšem v současné chvíli je již výkon hrazen ze systému veřejného zdravotního pojištění právě v rámci výše uvedeného výkonu. Hlavním důvodem požadavku na vznik nového výkonu je tedy nutnost rozdělení výkonu č. 61395 na dva výkony, které se významně liší délkou operace, způsobem provedení (syntetický implantát nebo vlastní chrupavka), a tedy i materiálovou náročností (různý ZUM). Proti výkonu č. 61395 je výkon prodloužen o odběr chrupavčitého štěpu, který je nedílnou součástí výkonu a provádí se vždy. Délka výkonu je určena jako součet doby trvání výkonu č. 61395 a 65924 (odběr chrupavky ze žebra) a je zkrácen o 10 minut, protože rouškování a příprava operačního pole je provedeno jen 1x na začátku operace. Odhadovaný počet za rok je cca 5 operací.

K bodům 48 a 50

Jedná se přeřazení a úpravu stávajícího výkonu v odbornosti gynekologie a porodnictví.P

Výkon je přeřazen z režijní skupiny 633 do nižší režijní skupiny 613. Z tohoto důvodu musí být v rámci odbornosti 633 zrušen. Dále je pak výkon nově zařazen do odbornosti 613, upraven po obsahové a materiálové stránce z důvodu ukončení registrace dříve používaných metod a registrace nové jednoduché a účinné metody vhodné k ambulantnímu použití.

K bodu 49

V souladu s koncepcí rozvoje robotické chirurgie v ČR i celosvětovým trendem je zařazeno rozšíření indikací o benigní diagnózy, tak jak je tomu např. v urologii (pyeloplastika aj.). Jedná se o komplexní, náročné operační výkony, u kterých robotická technologie přináší lepší vizualizaci, snazší preparaci a šití, nižší procento konverzí na otevřenou operaci, a celkově rozšíření skupiny pacientek, které mohou profitovat z výhod miniinvazivní operace (zkrácení doby hospitalizace, rychlejší rekonvalescence).

ROBOTICKY ASISTOVANÁ LAPAROSKOPICKÁ HYSTEREKTOMIE U OBÉZNÍCH PACIENTEK

Operační léčbu u obézních pacientek lze provést jako výkon vaginální, otevřený, jako konvenční laparoskopii nebo jako roboticky asistovanou laparoskopii. Vaginální přístup je vhodný pro některé diagnózy, neumožňuje kompletní revizi pánve a břišní dutiny. Klasická otevřená operace je ověřeným přístupem, ale má signifikantní nevýhody: významně vyšší procento komplikací - větší krevní ztráta, sekundární hojení rány, ranné infekce, delší hospitalizace a rekonvalescence. Laparoskopická operace je minimálně invazivní metodou s kratší rekonvalescencí, je však spojená s relativně vysokým procentem konverze v otevřenou operaci. Ve srovnání s konvenční laparoskopií přináší robot lepší vizualizaci, snazší provedení preparace a šicích technik, nižší procento konverze v otevřenou operaci a zvyšuje podíl miniinvazivních operací zejména u těžké a extrémní obezity. Zařazení robotických operací do operační léčby u obézních pacientek znamená rozšíření skupiny pacientek, které mohou reálně profitovat z výhod miniinvazivního řešení. Odhadovaný počet výkonů je cca 400 za rok.

ROBOTICKY ASISTOVANÁ LAPAROSKOPICKÁ OPERACE PRO HLUBOKOU PÁNEVNÍ ENDOMETRIÓZU (EXTENZIVNÍ ADHEZIOLÝZA)

Endometrióza je onemocnění, při kterém tkáň děložní sliznice tvoří ložiska mimo děložní dutinu a vyvolává chronickou zánětlivou reakci okolí. Nejčastější postihuje mladé pacientky - ženy v reprodukčním věku, nejčastějšími projevy patologických ložisek jsou bolest (bolest vázaná na menstruační cyklus, bolest při pohlavním styku, cyklická bolest při močení, defekaci) a problémy s otěhotněním (neplodnost).

Endometrióza s sebou přináší obtíže, které přímo ovlivňují kvalitu života pacientek, jejich výkonnost v běžných aktivitách a v práci, a přinášejí zátěž v podobě užívání analgetik, pracovní neschopnosti, léčby neplodnosti se všemi jejími riziky pro pacientky a důsledky pro zdravotní pojišťovny. Operační léčba je v managementu hluboké endometriózy nejefektivnější léčebnou metodou. Robotická technologie jako minimálně invazivní metoda je spojená s kratší dobou hospitalizace, menší krevní ztrátou, menší pooperační bolestí, rychlejším obnovením fyziologických funkcí, kratší dobou rekonvalescence a rychlý návratem do běžného života. Miniinvazivní výkon mj. snižuje náklady na léky a zdravotnický materiál během hospitalizace. Cena konvenční laparoskopie vzhledem k náročnosti operační léčby endometriózy v poslední době stoupá v důsledku aplikace dalších nových technologií. Ve výsledku se tedy relativně vyšší náklady na provedení operace vyrovnávají. Na základě dostupných dat se robotický výkon navzdory ceně jeví jako vysoce efektivní při léčbě hluboké pánevní endometriózy. Odhad počtu pacientek: 100/rok.

K bodům 51 až 61

Jedná se o zařazení nových výkonů, změnu stávajících výkonů a současně zrušení výkonů v odbornosti orální a maxilofaciální chirurgie.

S ohledem na skutečnost, že výkony orální a maxilofaciální chirurgie nebyly dlouhé roky aktualizovány, odborná společnost předložila další 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.

Nové výkony ODSTRANĚNÍ CIZORODÉHO MATERIÁLU MAXILOFACIÁLNÍM CHIRURGEM - PROSTÉ a ODSTRANĚNÍ CIZORODÉHO MATERIÁLU MAXILOFACIÁLNÍM CHIRURGEM - SLOŽITÉ zajišťují odstranění cizího materiálu nejčastěji pro zánětlivou, funkční nebo mechanickou komplikaci. Spektrum implantátů, které je třeba odstranit pro různé komplikace se proměnilo. Dnes nejde jen o subperiostální implantáty, ale o celou řadu dalších materiálů - osteosyntetických, rekonstrukčních implantátů (PEEK, titan, ocel), augmentačních materiálů, piercingů a dalších. Odhadovaný počet výkonů je 800 za rok.

Nový výkon REPOZICE ZLOMENINY OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ nahrazuje stávající výkon č. 65936 REPOZICE ZLOMENINY ZYGOMATIKOMAXILÁRNÍHO KOMPLEXU EXTRAORÁLNÍM PŘÍSTUPEM, který je určen pro pracoviště disponující specifickým instrumentáři pro obličejovou kostní traumatologii. Vzhledem k tomu, že je výkon již poskytován, nebude mít dopad do systému veřejného zdravotního pojištění.

Je třeba rozdělit osteosyntetické výkony na obličejí podle lokalizace, náročnosti a délky operace. Výkony OŠETŘENÍ ZLOMENINY OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ DESTIČKOVOU ŠROUBOVANOU DLAHOU - JEDNA OBLIČEJOVÁ ETÁŽ, OŠETŘENÍ ZLOMENINY OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ DESTIČKOVOU ŠROUBOVANOU DLAHOU - DVĚ OBLIČEJOVÉ ETÁŽE, OŠETŘENÍ ZLOMENINY OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ DESTIČKOVOU ŠROUBOVANOU DLAHOU - TŘI OBLIČEJOVÉ ETÁŽE přináší zkrácení doby léčby, možnost vizuální kontroly a repozice. Celkově nemůže dojít k navýšení objemu péče, péče je již prováděna, ale je vykazována pomocí výkonů s nejasnou definicí a četností. Jedná se tedy o zpřesnění jak časové, tak frekvenční.

Výkony ke zrušení č. 65153, 65213, 65216, 65217, 65935 a 65936 jsou nahrazeny novými metodami a postupy.

K bodům 62 až 64

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti ortopedie.

MINIINVAZIVNÍ OSTEOTOMIE PRVNÍHO PAPRSKU NOHY

MINIINVAZIVNÍ REKONSTRUKCE DEFORMIT PRSTŮ NOHY

Zcela nový typ chirurgických výkonů v ortopedii sloužící ke korekci deformit prstů nohy a prvního paprsku předonoží pomocí miniinvasivních fréz. Miniinvasivní výkony v ortopedii prokazatelně méně poškozují měkké tkáně, mají menší pooperační otoky a lze je provádět v jednodenní chirurgii. Výkony zajistí zkrácení doby hospitalizace a zkrácení času nutného k léčbě pacienta.

IMPLANTACE NÁHRADY MTP, PIP, DIP NEBO IP KLOUBU NOHY představuje chirurgický výkon sloužící k implantaci kloubní náhrady, interpoziční náhrady nebo povrchové náhrady kloubů nohy v případě postižení kloubu III. a IV. stupněm osteoartrózy. Výkon slouží ke zlepšení funkce drobných kloubů nohy. Pacienti jsou nyní léčeni zejména resekčními plastikami kloubů. Implantace endoprotézy

nebo povrchové kloubní náhrady umožňuje lépe využívat funkci nohy v každodenním životě pacienta. V současné době se výkon vykazuje zástupným výkonem.

DVOUETÁŽOVÁ OSTEOTOMIE KOLENNÍHO KLOUBU (DOUBLE LEVEL OSTEOTOMY)

Korekční osteotomie v oblasti kolenního kloubu jsou operační metody, které mění mechanickou osu končetiny za účelem odlehčení postiženého kompartmentu kolenního kloubu s cílem oddálení nutnosti kloubní náhrady. V minulosti se používala korekce výhradně buď pouze na stehenní, anebo pouze na holení kosti. Při těžkých osových deformitách dolní končetiny je však, ve shodě se současným poznáním, vhodné korigovat obě kosti současně (stehenní i holenní kost) za účelem dosažení vyhovujícího postavení dolní končetiny a adekvátní změny mechanické osy, zaručující dobrý dlouhodobý výsledek této operace. S ohledem na současné poznání existují vedle izolované osteotomie pouze jedné kosti také indikace k provedení dvouetážové osteotomie v jedné době. Za tímto účelem je vytvořen tento nový výkon.

TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENNÍHO KLOUBU S ORTOPEDICKÝM ROBOTICKÝM ASISTENTEM

S rozvojem PC navigovaných robotických technologií je ve světě v ortopedické operativě kloubních náhrad využíván robotický přístroj ke zpřesnění implantace komponent totální endoprotézy kolenního kloubu. Výhodou použití robotické asistence je přesnost resekci s tolerancí 1mm a správné vyvážení kloubní náhrady v případě výraznějších kloubních deformit. Roboticky asistované operace zajišťují přesnou implantaci komponent totální endoprotézy kolenního kloubu a správné mechanické vyvážení kloubní náhrady, což vede k lepším výsledkům a delšímu přežívání endoprotézy spolu s větší spokojeností pacientů po operaci.

V rámci ČR lze očekávat, že by přístrojem mohlo disponovat jen malé množství center specializovaných na operace kloubních náhrad kolenního kloubu. Očekává se cca 3 centra á 300 operací za rok.

K bodu 65

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti ortopedie.

TOTÁLNÍ NÁHRADA KOLENNÍHO KLOUBU IMPLANTOVANÁ POMOCÍ INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÝCH ŠABLON

Při implantaci totální náhrady kolenního kloubu je zásadní maximální přesnost jejího usazení. Existují situace, kdy není možné použít standardní nitrodřeňové cílení komponent (např. přítomný osteosyntetický materiál, dlouhý dřík kyčelní náhrady, kostní deformita). V těchto situacích je možné usadit vlastní resekční šablonu podle speciální individuální šablony zhotovené na podkladě předoperačního CT či MR vyšetření. Výsledky implantace totální náhrady kolene pomocí individuálně zhotovených šablon jsou obdobné implantaci pomocí navigačních systémů, robotických systémů, či implantaci velmi zkušeným ortopedem. Použití šablon vede ve specifických situacích výše popsaných ke zpřesnění provedení náhrady s ohledem na předchozí operace či anatomickou dispozici pacienta. Tato metoda přináší zvýšení nákladů pouze o předoperační CT či MR vyšetření a zhotovení individuální šablony. Náklady jsou obdobné s cenou použití trackerů pro navigované operace. Existuje velmi omezená skupina pacientů, kde není možné použít standardní cílení a je možné provést implantaci pouze pomocí speciálně zhotovených šablon, navigace, nebo ortopedického robotického navigačního asistenta. Operace pomocí šablon je možná i na pracovišti, které není přístrojově vybaveno navigací nebo robotickým asistentem. Operaci pomocí individuálně zhotovené šablony je možné provést samozřejmě u jakéhokoliv pacienta indikovaného k totální náhradě kolenního kloubu, ale indikací, kde nelze využít konvenční cílení je velmi málo. Na specializovaném pracovišti se jedná o cca 1% z provedených kloubních náhrad kolene.

TOTÁLNÍ NÁHRADA KOLENNÍHO KLOUBU IMPLANTOVANÁ POMOCÍ NAVIGACE

Jedná se o jednu z navigačních metod při implantaci náhrady kolenního kloubu. Podobnými metodami je ortopedický robotický asistent, individuálně zhotovené šablony. Jde o novou generaci cílení kloubní náhrady oproti konvenčnímu "mechanickému" cílení. Řada pracovišť implantuje náhradu kolenního kloubu pomocí navigačního systému, který umožňuje přesnější usazení komponent, které má zásadní význam na fungování totální kloubní náhrady kolene a její životnost a snižuje chybovost řazení komponent. Lze očekávat zvýšení nákladů vzhledem k tomu, že v ČR je instalováno na ortopedických pracovištích několik desítek navigací k implantaci kolenního kloubu a k operaci je nezbytné, nad rámec standardního vybavení, použít set navigačních sond.

K bodu 66 až 68

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti urologie.

Výkony jsou upraveny v souvislosti s aktualizací výkonů v rámci programu časného zachytu karcinomu prostaty. Ve výkonech jsou specifikována pravidla pro vykazování, aktualizovány přístroje, názvy, případně obsah a rozsah výkonů tak, aby odpovídaly medicínské praxi.

K bodům 69 a 70

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti urgentní medicína.

Jedná se pouze o zařazení administrativních výkonů, které zajistí zpřehlednění ve vykazování zdravotní péče v rámci systému zdravotních pojišťoven. Tyto výkony nemají dopad do systému veřejného zdravotního pojištění.

K bodu 71

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti paliativní medicína.

ROZHOVOR PALIATRA O HODNOTÁCH A PLÁNU PŘIMĚŘENÉ PÉČE V KONTEXTU ZÁVAŽNÉHO ŽIVOT OHROŽUJÍCÍHO ONEMOCNĚNÍ

Výkon je vykazován v kontextu péče o pacienta se závažným život ohrožujícím onemocněním. Zahrnuje komunikaci paliatra s pacientem nebo osobou pověřenou zástupným rozhodováním o individuálních cílech péče (goals of care), léčebných alternativách a plánu přiměřené péče. Strukturovaný rozhovor o hodnotách, cílech a plánu přiměřené péče významně přesahuje rozsah komunikace v rámci existujících výkonů klinických vyšetření odbornosti 720. V reálné klinické ambulantní praxi tento typ rozhovorů probíhá často samostatně bez fyzikálního vyšetření. Odhadovaný počet výkonů je 20 000 za rok.

KONZULTACE PALIATRA MEZIOBOROVÁ

Součástí práce lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicíny (paliatra) je konzultace stavu pacienta se závažným život ohrožujícím onemocněním se lékaři specialisty různých odborností či dalšími poskytovateli zdravotních služeb. Komunikační činnost má charakter konzultační a koordinační. Tato činnost vyžaduje expertízu a časovou dotaci. Odhadovaný počet výkonů je 20 000 za rok.

ZAVEDENÍ PÉČE V AMBULANCI PALIATIVNÍ MEDICÍNY SESTROU

V ambulanci paliativní medicíny (APM) je kromě lékařské péče je pacientům poskytována také komplexní a specializované ošetrovatelská péče. Sestra pracuje jako erudovaný odborník, na kterého jsou lékařem delegovány některé kompetence (skrining symptomů a psychického distresu, podrobná psychosociální anamnéza). Vstupní ošetrovatelské vyšetření a zhodnocení potřeba a navržení vhodných intervencí je nedílnou součástí prvního vyšetření pacienta v APM. Samostatnou práci sestry v APM zatím nebylo možné vykázat. Výkon bude vykazován sestrou (S3) se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru Paliativní péče (absolvent certifikovaného kurzu Paliativní péče). Odhadovaný počet výkonů je 10 000 za rok.

K bodu 72

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti klinická biochemie.

Imunoanalytické stanovení PSA v lidském séru s využitím odpovídajícího detekčního zařízení. Není určeno pro screeningové vyšetření PSA. Výkon č. 93225 odbornosti 815 je současně po dohodě s touto odborností zrušen. Pro výpočet jsou použity stejné podklady jako u výkonu SC PSA, protože se jedná o stejné stanovení, ale bez statistického sledování. Odhadovaný počet výkonů je 10 000 za rok.

K bodu 73

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti klinická biochemie.

Zavedení nového diagnostického testu ze stolice KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ ALFA-1-ANTITRYPSINU VE STOLICI, který umožňuje kvantifikovat míru ztrát proteinů trávicím traktem (protein ztrátová enteropatie). Vyšetření je pro nemocného zcela neinvazivní a při současném stanovení uvedeného analytu v séru lze vypočítat clearance analytu, což dále zpřesní diagnostický proces. Odhadovaný počet vyšetření za rok je 100 až 200.

STANOVENÍ MR-PRO ADRENOMEDULINU (MR-PROADM) je indikováno jako test, který se ve spojení s klinickým vyšetřením a dalšími laboratorními nálezy používá k hodnocení závažnosti onemocnění, jeho progresu nebo rizika úmrtnosti a jako podklad pro péči o pacienty v následujících stavech jako je sepsa a septický šok, infekce močových cest (UTI), infekce dolních cest dýchacích (LRTI) včetně komunitní pneumonie (CAP), chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) a bronchitidy, onemocnění ledvin.

K bodu 74

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti klinická biochemie.

S ohledem na změnu metodiky výkonu, dochází k aktualizaci materiálů a přístrojového vybavení, což způsobí nárůst bodové hodnoty daného výkonu.

K bodu 75 až 81

Jedná se o úpravu a zrušení stávajících výkonů a současně zařazení nových výkonů v odbornosti lékařská mikrobiologie.

V souvislosti se zavedením nových výkonů jsou upraveny popisy (č. 82036, 82040, 82041) a název (č. 82077) stávajících výkonů tak, aby pravidla vykazování odrážela současnou medicínskou praxi.

Nový výkon STANOVENÍ PROTILÁTEK PROTI HCV slouží k zajištění transparentnosti realizace programu eliminace virové hepatitidy C, umožnění surveillance VHC a zhodnocení efektivity zdravotní

péče. Zařazení výkonu nebude mít dopad do systému veřejného zdravotního pojištění, protože vyšetření bylo dosud hrazeno na základě indikace lékařem prostřednictvím výkonu č. 82077.

Výkony č. 82301, 82302 a 82304 se zrušují, a to z důvodu současného zavedení nových výkonů č. 82305 a 82306, které je nahradí. Informace o pozitivním nebo negativním výsledku bude dostupná v registru ISIN, do kterého se výsledky hlásí. Výkony samy o sobě nejsou vhodným formátem pro vykazování positivity nebo negativity výsledku. Zároveň, vzhledem k tomu, že nové výkony pokrývají větší množství respiračních virů, nejen pouze SARS-CoV-2, je určování positivity v rámci výkonů ještě méně praktické. Důležité je dodržovat důsledné hlášení do ISIN.

Nový výkon DETEKCE NUKLEOVÉ KYSELINY PATOGENU VYVOLÁVAJÍCÍHO RESPIRAČNÍ ONEMOCNĚNÍ nahrazuje výkony č. 82301 a 82302 v případě SARS-CoV-2 a v případě detekce jiných agens (influenza, RSV) kombinaci výkonů č. 82040 a 82041. Algoritmus vyšetřování se řídí aktuálním odborným doporučením Společnosti pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP, které je dostupné na <https://www.splm.cz/odborna-stanoviska>.

Přítomnost konkrétního respiračního patogenu, jeho včasná detekce a identifikace je v případě specifických skupin ohrožených pacientů (např. senioři, imunokomprimovaní) závažným průvodním faktorem ovlivňujícím jejich akutní zdravotní stav a následně i průběh jejich léčby. Detekce umožní včasné zahájení cílené terapie i zavedení odpovídajících hygienicko-epidemiologických opatření. Současné standardní metody PCR, kterými je analýza patogenů prováděna, jsou soustředěny jen do omezeného množství pracovišť a doba do obdržení výsledku trvá často v řádu hodin. To je problematické zejména v těch případech, kdy je nutné odebrat vzorek zaslat do jiného pracoviště, kde je odpovídající vybavení a prostory pro provedení analýzy, čímž se čas na vyhodnocení dále prodlužuje. Navíc může dojít k lokálnímu zahlcení kapacit takového pracoviště, zejména v sezóně respiračních onemocnění. Tato komplikace nastává v oblastech s horší dostupností velkých nemocnic s pracovišti klinické mikrobiologie. Z důvodů uvedených výše je vhodné u vybraných skupin pacientů podchytit identifikaci patogenu ve výrazně kratším čase. Širší dostupnost rychlé diagnostiky v řádu minut tak umožní rovnoměrný přístup k diagnostice respiračních onemocnění napříč regiony. POCT NAAT technologie jsou snadno uživatelsky obsluhované. Ty jsou schopny s vysokou mírou spolehlivosti identifikovat patogen původce v řádu desítek minut. Zároveň jsou výrazně méně náročné na specifické vybavení nebo specializovanou laboratoř. Rychlá diagnostika je proto praktickou metodou zejména v sezónách respiračních onemocnění, kdy zpravidla převládá jeden typ patogenu a je vyšší potřeba včasného zachycení virového onemocnění. Metoda není určena k plošnému použití, ale pouze pro vybrané skupiny rizikových pacientů. Zdravotní výkon je koncipován pro detekci následujících respiračních patogenů: SARS-CoV-2, RS virus a/nebo Influenza.

DETEKCE NUKLEOVÉ KYSELINY RESPIRAČNÍCH VIRŮ METODOU MULTIPLEX PCR

Přítomnost respiračního virového patogenu je v případě specifických skupin ohrožených pacientů závažným průvodním faktorem ovlivňujícím jejich akutní zdravotní stav a následně i průběh jejich léčby. Problematická je pak právě u těchto pacientů opožděná detekce virového patogenu. Nepodchycení identifikace patogenu zavčas tak může vyústit v méně účinnou léčbu a případně v závažné poškození zdraví pacienta nebo v šíření na další zranitelné jedince. To ve výsledku zatěžuje zdravotní systém. Je možno využít multiplexní otevřený detekční systém nebo expresní uzavřené systémy, které umožňují velmi rychlou detekci několika agens zároveň. Technické řešení uzavřeného přístroje umožňuje jeho umístění i mimo mikrobiologickou laboratoř za předpokladu vyškolení a průběžné kontroly obsluhujícího personálu.

K bodům 83 a 84

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti laboratoř alergologická a imunologická.
Ve výkonech dochází k doplnění indikací a center, kde lze výkon vykazovat.

K bodu 85

Jedná se zrušení stávajícího výkonu v odbornosti laboratoř nukleární medicíny. Se zavedením nového výkonu PSA v rámci odbornosti klinické biochemie dochází ke zrušení stávajícího výkonu.

K bodům 86 a 90

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti laboratoř lékařské genetiky.

V popisech výkonů dochází k úpravě frekvenčního omezení. U výkonu č. 94221 se původní omezení frekvence 300/1 čtvrtletí nahrazuje omezením 30/1 rok a u výkonu č. 94345 se původní omezení frekvence 30/1 čtvrtletí nahrazuje 10/1 rok.

K bodu 87

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti laboratoř lékařské genetiky.

Na základě medicínské praxe dochází k prodloužení doby trvání výkonů o 2 minuty a současně o prodloužení časů nositelů výkonů o 2 minuty, což způsobí i navýšení celkového bodového ohodnocení.

K bodu 88, 89 a 91

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti laboratoř lékařské genetiky.

Ve výkonu č. 94223 a 94347 dochází k doplnění popisu, protože přesné určení genetických variant konkrétního genu ve vyšetřovaném vzorku je v současnosti možné jak sekvenováním Sangerovou metodou (původní referenční metoda), tak i sekvenováním metodou NGS. Dále je sníženo omezení frekvence vykazování výkonů na polovinu.

Ve výkonu č. 94337 dochází k doplnění popisu o alternativní rozdělení analyzovaného vzorku. Také je sníženo omezení frekvence vykazování výkonu.

K bodu 92

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti laboratoř hematologická.

Antikoagulační léčba zasahuje hemostatický systém různým způsobem závislým na druhu použitého antikoagulancia. Přímé inhibitory koagulace (DOAC) dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto), apixaban (Eliquis) a edoxaban (Lixiana) patří k antikoagulační léčbě, která se nově používá v posledních přibližně deseti letech. Při vyšetřování pacientů užívajících DOAC může dojít k významnému ovlivnění většiny koagulačních testů, které mohou zkreslit závěrečné hodnocení stavu pacienta. Pokud chceme hodnotit stav pacienta, je nutné mít skutečný obraz hemostázy bez ovlivnění léky. Použitím DOAC stop tablet můžeme odlišit skutečné onemocnění od falešné pozitivivity způsobné vlivem léků v době, kdy vysazení léčby není možné. Jedná se o rychlou in vitro metodu, při které získáme plazmu bez přímého inhibitoru koagulace, kterou pak dále využíváme pro koagulační stanovení. Počet očekávaných výkonů za rok je cca 1000, počet léčených pacientů přípravky DOAC je přibližně 320 000.

K bodu 93, 94 a 96

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti laboratoř hematologická.

Ve výkonech dochází k úpravě popisů, aktualizaci časů, materiálů a přístrojů tak, aby jejich provedení odpovídalo medicínské praxi.

K bodu 95 a 97

Jedná se o zrušení stávajících výkonů v odbornosti laboratoř hematologická. Jedná se o obsoletní výkony, které se již vzhledem k novějším medicínským metodám, nepoužívají.

K bodu 98

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti laboratoř hematologická.

Vyšetření průtokovou cytometrií je zásadní v hematologické a hematonekologické diagnostice. Ročně je v ČR provedeno několik desítek tisíc těchto diagnostických vyšetření. Jejich hlavním výstupem je závěrečná odborná interpretace výsledku vyšetření hematologem, která je nezbytná ke správně zvolenému dalšímu vyšetřovacímu a terapeutickému postupu. Navrhovaný nový výkon pro odbornost laboratorní hematologie zahrnuje právě tuto závěrečnou interpretaci. Analogicky v oboru imunologie je vykazován výkon interpretace souboru imunologických vyšetření, včetně vyšetření průtokovou cytometrií v imunologii. Počet očekávaných výkonů za rok je cca 40 000.

K bodu 99

Jedná se o zařazení nového výkonu v odbornosti fyzioterapeut.

Rehabilitace ve virtuální realitě je účinná, bezpečná a motivující forma terapie s řadou výhod jako jsou např. možnost vytvoření bezpečného virtuálního prostředí pro nácvik aktivit, které by v reálném prostředí představovaly riziko poranění, nebo pádu. Jedná se o novou metodu, která není dosud hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, která navíc umožňuje přesně sledovat a vyhodnocovat výsledky terapie. Na základě provedené review publikované literatury je doloženo, že rehabilitace ve virtuální realitě je nejméně srovnatelně účinná s rehabilitací prováděnou zdravotnickým pracovníkem. Díky možnosti sledování výsledků a jejich vyhodnocení v software je dosažený efekt léčby u pacientů přesně měřitelný a přezkoumatelný. Dle odborného odhadu SRFM je pro rehabilitace ve virtuální realitě vhodných 50 % pacientů. Celkový odhad ročního počtu pacientů je 875.

K bodu 100

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti ergoterapeut.

Do popisu výkonu je doplněna informace o zakázané kombinaci s dalšími výkony a dále dochází k úpravě omezení frekvence z šesti na dvanáct za rok.

K bodu 101

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti domácí péče.

Ve výkonu dochází na základě doporučení výrobců převazu PICC a souhlasu Společnosti pro porty a permanentní katetry ke změně omezení frekvence z 3/1 měsíc na jednou za týden. Současné nastavení frekvence je nedostatečné. Funkční antimikrobiální ochrana antiseptického krytí je 7 dní, tudíž i maximální doba výměny krytí představuje 7 dní, což znamená 4/1 měsíc. V této frekvenci je výměna indikována, jinak je pacient vystaven riziku infekce.

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 2025.