

vyléčených žen do screeningového programu, což je v souladu s praxí většiny zemí EU a koncepcí onkologické péče v ČR. Ve výkonu dochází současně k úpravě omezení frekvence vykazování, a to z původní 1/6 měsíců na 1/1 rok. Změna nemá dopad do systému veřejného zdravotního pojištění, pouze v návaznosti na změnu popisu bude nutná administrativní úprava příslušné metodiky zdravotních pojišťoven.

K bodu 73

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti radiologie a zobrazovací metody.

Jedná se o samostatnou katetrizační léčebnou proceduru, která se již stala v jasně indikovaných případech rutinní součástí současných endovaskulárních metod a doposud nemá svůj výkon. Alternativou je v současné době pouze postup otevřeně chirurgickou cestou, a to buď provedením chirurgické trombektomie (aterektomie) nebo chirurgické přemostění uzávěru či těsné stenózy našitím bypassu. Nežádka je nutno nejprve provést trombolýzu fibrinolytikem. MECHANICKÁ ATEREKTOMIE/TROMBEKTOMIE PERIFERNÍCH CÉV má lepší výsledky, jelikož je zajištěna průchodnost cévy dostatečným průsvitem za nepřetržité vizuální rtg kontroly, což u chirurgického výkonu není možné; po trombektomii chirurgické vždy zůstává reziduální stenóza, při bypassu se dokonce původní uzávěr/stenóza ponechává a krevní tok je veden bypassem. Navrhovaný výkon má oproti chirurgickým výkonům jednoznačně kratší dobu hospitalizace, není třeba použití operačního sálu ani anestézie. Z principu endovaskulárního výkonu odpadá následné hojení a převazování chirurgické rány. U navrhovaného výkonu trombolýza není třeba, takže odpadá časté komplikace vyplývající z navozeného hemorhagického stavu (krvácení místní i vzdálená) a opět to zkracuje dobu hospitalizace. Z endovaskulárních výkonů nelze považovat za rovnocennou alternativu zprůchodnění uzávěru či těsné stenózy cévy opakovanými balonkovými angioplastikami s postupným použitím až vysokotlakých balonků a následnou implantací stentu. Při tomto postupu hrozí časté komplikace těchto metod jako je ruptura stěny cévy a in-stent restenóza. Toto oboje při navrhovaném výkonu odpadá. Navíc stenty nejsou primárně dedikovány do bérkových cév, kde se právě mechanické zprůchodňovací zařízení použít dá.

Počet výkonů je odhadován na malé stovky ročně. Náklady na hospitalizační případ s tímto výkonem se významně liší od jiných (ve stávajícím DRG systému). Proto byla ve spolupráci s DRG-restart teamem takto stanovená hypotéza testována nad skutečnými daty z roku 2016 a hypotéza byla potvrzena. Bylo nalezeno 111 případů s navrhovaným výkonem MECHANICKÁ ATEREKTOMIE/TROMBEKTOMIE PERIFERNÍCH CÉV, jejichž náklady se statisticky významně lišily, takže již byla navržena nová DRG báze (Mechanická aterektomie periferních tepen). S navrhovaným novým výkonem jakožto kritickým již tedy počítá současně navrhovaná klasifikace CZ-DRG

VNITŘNĚ-ZEVNÍ PUNKCE CENTRÁLNÍ ŽÍLY

Od roku 2016 je na trhu k dispozici nový systém umožňující opětovné zavedení centrálního žilního katétru u pacientů s uzavřenými žilními větvemi (v.jugularis int. a v.subclavia) centrálního žilního systému cestou uzavřené pravé vnitřní jugulární žíly a zachovává tak nedotčené sekundární centrální žíly. Přístup do centrální žíly se provádí na principu vnitřně-zevní punkce. Předpokládaný počet vnitřně-zevních punkcí je 20 za rok. Nahrazuje přímé punkce femorálních žil a dolní duté žíly u pacientů s uzavřenými jugulárními a podklíčkovými žilami.

K bodu 74

Jedná se o zařazení nových výkonů v odbornosti hematologické laboratoře.

STATIMOVÉ VYŠETŘENÍ FAKTORU VIII

Při závažném život ohrožujícím krvácení je nezbytné zjistit důvod krvácení, aby mohla být stanovena léčba. Jednou z nejčastějších příčin je získaný deficit FVIII. Faktor VIII je lidský protein účastnící se při srážení krve. Jeho podávání dočasně zvyšuje jeho hladinu v krvi u pacientů s hemofilií A, což zabraňuje krvácivým stavům. Toto vyšetření musí být provedeno okamžitě, prodleva by pro pacienta mohla mít fatální následky. Tento statimový výkon vychází z výkonu č. 96191 FAKTOR

VIII - STANOVENÍ AKTIVITY, který je vypočítán z průměru vyšetření skupiny 10 pacientů. Náklady na vyšetření jednoho samotného pacienta jsou mnohonásobně vyšší, protože kromě vyšetření pacienta musí být sestavena kalibrační křivka a provedeny kontroly přesnosti měření, což odpovídá přibližně nákladům vyšetření 6 pacientů ve skupině.

Statimové vyšetření bude mít výrazný pozitivní dopad na včasnou a cílenou léčbu pacienta, která zabrání sekundárnímu poškození pacienta masivním krvácením.

Odhadovaný počet pacientů, u nichž by měl být vyšetřen FVIII ve statimovém režimu by neměl překročit v ČR 400 pacientů/rok. Včasná cílená léčba má prokázaný ekonomický dopad na zkrácenou délku léčby, zpravidla drahými koncentráty koagulačních faktorů, a snížení množství sekundárních onemocnění.

STATIMOVÉ VYŠETŘENÍ FUNKČNÍ AKTIVITY VON WILLEBRANDOVA FAKTORU

Při závažném život ohrožujícím krvácení je nezbytné zjistit důvod krvácení, aby mohla být co nejrychleji započata léčba. Jednou z nejčastějších příčin je získaná von Willebrandova choroba (např. při ECMO), nebo u dosud nedignostikovaného pacienta s VWCH. Von Willebrandův faktor je glykoprotein, který se účastní hemokoagulace. Jeho nedostatek nebo defekt se projevuje jako von Willebrandova choroba, ale také se podílí na vzniku řady onemocnění, jako je např. trombotická trombocytopenická purpura, Heydeho syndrom, a pravděpodobně i hemolyticko-uremický syndrom. Toto statimové vyšetření je nezbytně nutné také u gravidních pacientek s VWCH při náhlé komplikaci nebo při překotném porodu. Vyšetření VWF musí být provedeno okamžitě, prodleva by pro pacienta mohla mít fatální následky. Tento statimový výkon vychází z výkonu č. 96629 VON WILLEBRANDOVŮV FAKTOR - RISTOCETIN KOFAKTOR - KVANTITATIVNĚ, který je vypočítán z průměru vyšetření skupiny 10 pacientů. Náklady na statimové vyšetření jednoho samotného pacienta jsou mnohonásobně vyšší, protože kromě vyšetření pacienta musí být sestavena kalibrační křivka a provedeny kontroly přesnosti měření, což odpovídá přibližně nákladům vyšetření 6 pacientů ve skupině.

Statimové vyšetření VWF bude mít výrazný pozitivní dopad na včasnou a cílenou léčbu pacienta a předejde se tím vedlejším komplikacím, které vznikají při masivním krvácení, nebo se předejde život ohrožujícímu krvácení.

Odhadovaný počet pacientů, u nichž by měl být vyšetřen VWF ve statimovém režimu by neměl překročit v ČR 500 pacientů/rok. Včasná cílená léčba má prokázaný ekonomický dopad na zkrácenou délku léčby, zpravidla drahými koncentráty VWF a snižuje náklady za sekundární následky masivního krvácení.

STATIMOVÉ STANOVENÍ MOLEKULÁRNÍCH MARKERŮ HEMOSTÁZY

Diagnóza trombotické mikroangiopatie (TMA) zahrnuje mnoho příčin, bez léčby má fatální následky. K odlišení příčin TMA je nutné urychlené vyšetření jednotlivých molekulárních markerů hemostázy, které diagnostikují zejména život ohrožující stavy jako např. trombotická trombocytopenická purpura (TTP), syndrom histaminové intolerance (HIT), hemolyticko-uremický syndrom (aHUS), poporodní TMA a jiné. Způsob léčby je odlišný, ačkoli se klinicky projevují podobně. Je nutná okamžitá laboratorní diferenciatní diagnostika TTP. Náklady na statimové vyšetření jednoho pacienta jsou násobně vyšší než běžné vyšetření rozpočtené pro 17 pacientů, a které se zpravidla provádí jednou za 14 dní. Odečet výsledků vyšetření vždy vychází z kalibrační křivky, jejíž náklady se v běžném režimu rozpočítají mezi 17 vyšetření. V případě statimového režimu musí být zahrnuty do vyšetření jednoho, a to je důvod navýšení nákladů statimového vyšetření.

Výsledky vyšetření ve statimovém režimu mohou zamezit zbytečným plazmaferézám a jiné medikaci, která se preventivně u TMA podává. Rychlé vyloučení/potvrzení TTP umožní cílenou léčbu TMA. Včasná léčba zabrání dalším komplikacím, které by poškodily zdraví pacienta, prodloužily léčbu a navýšily její cenu. Vyšetření molekulárních markerů provádějí v ČR pouze vysoce specializované laboratoře (přibližně 10 laboratoří), odhadovaný počet vyšetření ve statimovém režimu by měl být max. 400.

K bodům 85, 87 - 95

Jedná se o úpravu názvu odbornosti 913, úpravu stávajících výkonů a zařazení tří nových výkonů v nově nazvané odbornosti ošetrovatelská péče v sociálních službách.

Úprava textů jednotlivých výkonů je dána novelou zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, a vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jimiž byly stanoveny kompetence praktických sester (dříve zdravotnických asistentů) jako zdravotnického pracovníka pracujícího bez odborného dohledu. Žadatel proto navrhuje úpravy stávajících výkonů, vč. vytvoření nových výkonů tak, aby nebylo možné vykazovat výkony, které z hlediska svých kompetencí nemohou provádět praktické sestry, a dále navrhuje sjednotit popisy a obsahy jednotlivých výkonů po věcné stránce jednotlivých výkonů (blíže u jednotlivých výkonů).

Z pohledu kompetencí praktických sester provádět jednotlivé výkony je u výkonů, které nemůže provádět praktická sestra, doplněna v popisu výkonu věta: „Tento výkon není oprávněna provádět praktická sestra.“.

APLIKACE LÉKŮ NEINVAZIVNÍ CESTOU

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, obsahovala od 1.1.2007 u odbornosti 913 materiálový výkon 06623 „Aplikace léčebné terapie p.o., i.m., s.c., i.v., uv, event. další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv“. Při vyjmutí aplikace léčebné terapie iv, event. dalšími způsoby aplikace terapie či instalace léčiv z výkonu 06623 k 1. 1. 2012 jako nejčastější aplikace léčiv s minimálními náklady, nedošlo k přepočítání materiálových nákladů výkonu 06623 na méně časté, ale o to nákladnější aplikace léčiv, a zároveň došlo k přesunutí materiálových nákladů na aplikace léčebné terapie uv, event. dalšími způsoby aplikace terapie či instalace léčiv na poskytovatele odbornosti 913. Doplněním tohoto výkonu tedy dojde k narovnání materiálových nákladů odbornosti 913. Definicí tohoto výkonu přispěje k jednoznačnému stanovení podmínek, za kterých je možné aplikaci léků neinvazivní cestou poskytovat a dojde ke srovnání odbornosti 913 s nelékařskými odbornostmi 911 a 925, které tyto způsoby aplikace léčiv mají ve svých výkonech zahrnuty.

Dopad změn na systém veřejného zdravotního pojištění odhadujeme na cca 30 – 35 mil. Kč.

APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I.M., S.C.

Tento výkon je upraven s ohledem na kompetence praktické sestry, která nemůže provádět aplikaci léčebné terapie i.v. Proto byly z popisu i obsahu výkonu odstraněny informace, které se týkají aplikace léčebné terapie i.v. a přesunuty do nového výkonu 06624 APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I.V. Zároveň se ruší odkaz na ošetrovatelský plán, protože tento výkon není prováděn na základě ošetrovatelského plánu, ale na základě indikace lékaře. Dopad společně provedených změn výkonů 06623 a 06624 na systém veřejného zdravotního pojištění oproti stávajícímu stavu je nulový.

APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I.V.

Tento výkon vznikl s ohledem na kompetence praktické sestry, která nemůže provádět aplikaci léčebné terapie i.v.. Text převzat z výkonu 06623 APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE I.M., S.C., omezení frekvencí zůstalo stejné jako u výkonu 06623.

PŘÍPRAVA A APLIKACE ORDINOVANÉ INFÚZNÍ TERAPIE I.V. NEBO S.C. ZA ÚČELEM ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, DODÁNÍ LÉČEBNÝCH LÁTEK A ENERGETICKÝCH ZDROJŮ, LÉČBY BOLESTI

Žadatel navrhuje upravit název výkonu doplněním textu „i.v. nebo s.c.“ za slova „infúzní terapie“. Do popisu výkonu doplněn text, že jej nemůže provádět praktická sestra. Odstraněny duplicity v textu obsahu výkonu a při konci výkonu. Zároveň se ruší odkaz na ošetrovatelský plán, protože tento výkon není prováděn na základě ošetrovatelského plánu, ale na základě indikace lékaře. Dopad změn na systém veřejného zdravotního pojištění oproti stávajícímu stavu je nulový.

PÉČE O RÁNU

Do popisu výkonu doplněn text, že péči o akutní rány nemůže provádět praktická sestra. Zároveň je upraven text obsahu výkonu (čím začíná, obsah i čím končí). Žadatel navrhuje na základě praktických zkušeností navýšit omezení frekvenci ze 3/1 na 6/1 nikoliv z důvodu vícečetné frekvence péče o jednu ránu, ale z důvodu vícečetných ran u jednoho klienta. Dopad změn na systém veřejného zdravotního pojištění oproti stávajícímu stavu je nulový.

KOMPLEX – KLYSMA, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ A VÝMĚNA URINÁLNÍHO SÁČKU

Tento výkon je upraven s ohledem na kompetence praktické sestry, která nemůže provádět laváže a zavádět a vyměňovat katétry (výkon 06631 v komplexu obsahoval i tyto výkony). Tyto výkony byly proto přesunuty do nově vzniklého výkonu 06632. Dopad změn na systém veřejného zdravotního pojištění oproti stávajícímu stavu je nulový.

KOMPLEX – LAVÁŽE, ZAVÁDĚNÍ A VÝMĚNA PERMANENTNÍCH KATÉTRŮ

Tento výkon vznikl s ohledem na kompetence praktické sestry, která nemůže provádět laváže a zavádět a vyměňovat permanentní katétry. Text převzat z výkonu 06631 a upraven. Omezení frekvencí zůstalo stejné jako u výkonu 06631.

ZAVÁDĚNÍ NASOGASTRICKÉ SONDY

Do popisu výkonu doplněn text, že tento výkon nemůže provádět praktická sestra. Byl upraven obsah výkonu (čím začíná, obsah i čím končí) v souladu s úpravami prováděnými u ostatních výkonů.

NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU

Do popisu výkonu doplněn text, že tento výkon nemůže provádět praktická sestra. Byl upraven obsah výkonu (čím začíná a čím končí) v souladu s úpravami prováděnými u ostatních výkonů. Dopad změn na systém veřejného zdravotního pojištění oproti stávajícímu stavu je nulový.

K bodu 98

Jedná se o úpravu stávajícího výkonu v odbornosti ošetrovatelská péče v sociálních službách.

Z popisu výkonu jsou odstraněny nepřesnosti ve formulacích, které by mohly způsobovat nejasný výklad.

K bodům 115, 117, 118

Jedná se o úpravu stávajících výkonů v odbornosti univerzálních mezioborových výkonů.

Ve výkonech dochází k úpravě názvu a popisu, a to ve smyslu vypuštění slova „signální“. Tato úprava je zanesena z důvodu, že se jedná o „bonifikační“ výkony, které mají bodové ohodnocení, a tudíž pojem „signální“ je v těchto případech zavádějící.

K bodu 116

Jedná se o zrušení stávajících výkonů v odbornosti univerzálních mezioborových výkonů z důvodu nadbytečnosti.

K bodu 119

Jedná se o zrušení stávajícího výkonu, a to v souvislosti se zařazením nových výkonů pro zajištění poskytování zdravotních služeb na urgentním příjmu.

K bodu 120

Jedná se o zařazení stávajících výkonů v odbornosti univerzálních mezioborových výkonů.

V popisu výkonů, které jsou důležité pro identifikaci lateralit zákroku provedeného na párovém orgánu (levá, pravá strana) dochází k doplnění identifikace zákroku provedeného i na končetinách. Po vydání těchto výkonů byly z praxe vzneseny podněty na doplnění končetin z důvodu upřesnění výkladu.

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 2020.

Ustanovení čl. I bodů 30, 58 a 64, které nabývají účinnosti dnem 1. ledna 2021, a to z důvodu již uzavřeného dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2020. V rámci uvedeného jednání nebylo s těmito výkony kalkulováno v souvislosti s dopady do systému veřejného zdravotního pojištění, a tudíž je uzavřené dohody mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami nezohledňují. Vzhledem k tomu, že ale byly výkony projednány a schváleny pracovní skupinou, jsou zařazeny do novely vyhlášky s odloženou účinností.