



## ŽÁDOST O PROJEDNÁNÍ NÁVRHU REGISTRAČNÍHO LISTU ZDRAVOTNÍHO VÝKONU NA JEDNÁNÍ PRACOVNÍ SKUPINY K SEZNAMU ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ S BODOVÝMI HODNOTAMI

**Žádost podává** (jméno, název subjektů dle § 17b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění)

Pracovní skupina domácí parenterální výživy SKVIMP (PS DPV)  
Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z. s. Sokolská 490/31, 120 00 Praha 2

**Název zdravotního výkonu, popř. číslo výkonu:**

*V případě, že se jedná o návrh na nový výkon, uveďte pracovní kód (číslo výkonu), v případě že se jedná o více výkonů, uveďte **všechny** kódy (čísla výkonů)*

Seznám předkládaných výkonů, které se budou projednávat na Pracovní skupině k SZV MZ:  
11501  
11502  
11503 – zrušení  
11504 – zrušení  
11505 – zrušení  
11506

**Zdůvodnění žádosti:**

**Doplňující informace k žádosti:**

Narovnání systému úhrad parenterální a enterální výživy (do sond a PEG), které byly připravované před aplikací pro nemocné v hospitalizačním zařízení. Ve stávajících úhradách nebyl dosud hrazen náklad na složky parenterální a enterální výživy. Od zřízení původních kódů nebylo podobné narovnání učiněno, tak aby klinická výživa byla zajištěna i po implementaci nových postupů a přípravků.

Návrh byl odsouhlasen výborem a PS DPV SKVIMP 18.3.2025, předseda SKVIMP doc. MUDr. Pavel Těšínský (pavel.tesinsky@fnkv.cz), koordinátor PS DPV MUDr. Petr Wohl, Ph.D. (petr.wohl@ikem.cz)

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*

**Datum, podpis, razítko:**

23.05.2025

MUDr. Petr WOHL, PhD

**Kontaktní telefon, e-mail:**

petr.wohl@ikem.cz, vyziva@ikem.cz  
MUDr. Petr Wohl, Ph.D. 777 86 52 11