



Vypořádání připomínek zdravotních pojišťoven ke korekci výkonu 12024 - MĚŘENÍ ABI (INDEXU KOTNÍK - PAŽE) NA ČTYŘECH KONČETINÁCH OSCILOMETRICKOU METODOU

Sjednoceno pro VZP i Svaz ZP

Vážení,

děkujeme za připomínky k návrhu úpravy výkonu 12024 – měření ABI oscilometrickou metodou na čtyřech končetinách. Níže uvádíme doplněné a rozšířené zdůvodnění změn indikací, frekvenčního omezení a ekonomických dopadů.

1. Zdůvodnění frekvenčního omezení (OF 2× ročně)

Navrhované nastavení 2× ročně není zamýšleno jako plošné navýšení pro asymptomatický screening, ale jako možnost opakování ve specifických klinických situacích:

- 1) Symptomatictí pacienti s podezřením na ICHDK, u nichž je třeba potvrdit diagnózu nebo sledovat progresi obtíží.
- 2) Vysoce riziková pacienta (diabetici, kuřáci, hypertonici, dyslipidémie), kde ABI slouží k potvrzení PAD a stratifikaci KV rizika. Velmi specifickou skupinu představují diabetici, kteří vlivem diabetické neuropatie (která se vyskytuje až u 90% nemocných) mívají asymptomatický průběh ICHDK a na její manifestaci se přijde až v době pozdních závažných komplikací (např. kritické končetinové ischemie nebo syndromu diabetické nohy).

Tento postup odpovídá doporučením ESC (European Society of Cardiology), která uvádějí ABI jako základní neinvazivní diagnostický test první volby.

2. Rozšíření indikací na asymptomatické pacienty

Úprava indikací nezavádí plošný screening populace, ale cílený screening vysoce rizikových skupin. Nízký ABI je marker generalizované aterosklerózy a nezávisle predikuje infarkt myokardu, CMP i KV mortalitu.



3. Ekonomická analýza – doplnění

Předložený model pracuje konzervativně pouze s přímými náklady na amputace a revaskularizace. Nezahrnuje širší ekonomické dopady invalidity, dlouhodobé rehabilitace a sociálních nákladů.

Screening ABI představuje nízkonákladovou investici (řádově stovky tisíc Kč na 1000 osob), která může vést k úsporám v řádu jednotek až desítek milionů Kč díky prevenci amputací a KV příhod.

4. Reakce na metodologické námitky VZP

- Nízká bezpečnostní marže úspor:** hlavním přínosem není pouze finanční rozdíl, ale zejména snížení počtu velkých amputací.
- Podhodnocené náklady na screening:** pozitivní ABI neznamena automaticky CTA/MRA; další krok je duplexní ultrazvuk.
- Náklady na re-intervence:** opakované intervence jsou stále výhodnější než primární amputace.
- Riziko overtreatmentu:** ABI slouží k diagnostice a stratifikaci, nikoli automatické indikaci invazivních výkonů.

5. Orientační ekonomické srovnání nákladů – ABI screening vs. amputace

Níže uvádíme orientační srovnání nákladů na screening výkonem 12024 (ABI) oproti nákladům na pozdní stadia ICHDK s nutností velké amputace. Údaje jsou konzervativní a vycházejí z průměrných úhrad a nákladových struktur VZP.

Položka	Orientační náklad	Poznámka
ABI screening (výkon 12024)	≈ 200 Kč / vyšetření	Nízká nákladová zátěž, ambulantní výkon
Screening 2 000 rizikových osob	≈ 0,4 mil. Kč / 5 let	Modelový scénář
Velká amputace DK	≈ 250–400 tis. Kč	Hospitalizace + výkon
Protéza + rehabilitace	≈ 500 tis.–1 mil. Kč	Dlouhodobé náklady
Opakované hospitalizace a následná péče	≈ stovky tis. Kč	Komplikace, infekce, dekubity
Celková nákladová zátěž 1 amputace	≈ 1–2 mil. Kč	Konzervativní odhad

Z uvedeného vyplývá, že i při velmi konzervativních odhadech představuje prevence jediné velké amputace úsporu v řádu jednotek milionů Kč. Náklady na cílený screening ABI u rizikových skupin jsou přitom minimální.



6. Shrnutí

Výkon 12024 představuje nízkonákladový diagnostický nástroj s významným dopadem na časný záchyt aterosklerózy, snížení počtu amputací a prevenci KV příhod. Rozšíření indikací i možnost opakování 2× ročně je zamýšleno cíleně pro rizikové pacienty, nikoliv jako plošný screening bez kontroly.

Reference

1. Mazzolai L, Aboyans V, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J. 2024;45(36):3538-3700. doi:10.1093/eurheartj/ehaeXXX.
2. Ankle Brachial Index Collaboration. Ankle Brachial Index Combined With Framingham Risk Score to Predict Cardiovascular Events and Mortality. JAMA. 2008;300(2):197-208. doi:10.1001/jama.300.2.197.
3. Nordanstig J, et al. ESVS Clinical Practice Guidelines on the Management of Asymptomatic Lower Limb Peripheral Arterial Disease. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2024.
4. Gerhard-Herman MD, et al. 2024 AHA/ACC Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease. Circulation. 2024.

S pozdravem

MUDr. Jiří Matuška

Místopředseda výboru
Česká angiologická společnost ČLS JEP