

## Zápis

z **pracovního** jednání Pracovní skupiny k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami  
MZ ze dne 12. 2. 2020

**Jednání řídil:** MUDr. Petr Pokorný, předseda Pracovní skupiny k Seznamu zdravotních výkonů při Ministerstvu zdravotnictví (dále také PS k SZV MZ).

**Jednání se účastnil:** viz prezenční listina

**Česká hematologická společnost (odbornost 818)**

**Předkladatel návrhu:** prof. MUDr. Mayer Jiří, CSc., Mgr. Luděk Slavík, Ph.D.

- STANOVENÍ FRAKCE NEZRALÝCH TROMBOCYTŮ

### Připomínky VZP

*Je jednoznačně prokázána medicínská efektivita tohoto vyšetření? Striktně a konkrétně vydefinovat indikace (v popisu v závěru již indikace pojaty velmi široce a nekonkrétně). Jak častá je nutná kontrola pacienta tímto vyšetřením? Lze časově omezit i jinak než 1/den? Resp. v jakém intervalu je racionální provádět další vyšetření? Např. omezení OF 4/měsíc? . Je uvedeno S – pracoviště charakterizováno pouze přístrojem? Není nutná nějaká další charakteristika pracoviště/podmínka/erudice/certifikát/kontrola kvality? Např. laboratoře při pracovištích / centrech s určitými hematologickými onemocněními? Hematologické analyzátory, které vyšetření IPF provádějí, provedou vyšetření automaticky u všech vložených vzorků, nebo jen u těch, u kterých je výkon požadován? U přístroje chybně spočítáno opotřebení.*

### Připomínky SZP

- Indikace, popsané v rámci celého registračního listu, doporučujeme všechny koncentrovat v popisu výkonu.

*Kolik pracovišť disponuje požadovaným analyzátozem – bude dostupnost tohoto vyšetření rovnoměrná?*

### Průběh pracovního jednání

Výkon se týká frakcí mladých destiček. Jedná se o obdobný parametr jako retikulocyty v červené řadě. Jedná se o nezralé elementy, které mají detekovat trombopoézu, která probíhá ve dřeni. V současné době tento výkon umožňují dělat některé hematologické analyzátory.

*Ze 300 laboratoří, které se účastní EHK, má možnost provádět tento výkon cca 150 laboratoří se současným vybavením.*

*Indikace: diferenciální diagnostika příčin imunitní trombocytopenie, transplantovaní pacienti (obnova krvetvorby-navození trombopoézy).*

### Úprava RL:

*Analyzátor se podílí 100% na času výkonu.*

*Upraven popis výkonu, výkon bude charakterizován indikací.*

*Specializované pracoviště je dáno vybavení automatickým analyzátozem umožňující detekci nezralé frakce trombocytů.*

*OS dodá seznam přístrojů, které jsou schopné stanovení této frakce provést, budou součástí poznámky.*

**Závěr:** Do 16. 2. bude dodáno odbornou společností přístrojové vybavení, které analýzu tohoto parametru umožňují a následně bude doplněno do RL. Výkon byl upraven dle připomínek pojištěn a bude předložen na jednání PS k SZV dne 5.3.2020.

**Česká chirurgická společnost ČLS JEP (odbornost 537)**

**Předkladatelé návrhů:** Prof. MUDr. Robert Lischke, PhD., doc. MUDr. Alan Stolz, PhD.

- ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE PLIC - Nový výkon

#### **Připomínky VZP**

- V rámci zamýšlené koncepce robot. výkonů se uvažovalo o alternativě zrušení sdílených ZV 76071 event. 76703 mj. z důvodu duplicitních položek materiálů a úplného zrušení těchto ZV s tím, že každý výkon robotický bude vytvořen od "A do Z" dedikovaně na typ operace. V současné chvíli není jednotný postup při tvorbě výkonů, některé robotické nástroje a příslušenství je začleněno u výkonů v PMAT, u jiného tentýž materiál v ZUM. Byla by vhodná jednotná koncepce.
- Není dořešena koncepce robotické chirurgie, navrhuje zrušení výkonů 76701 a 76703, tj. zrušení skládačky a započtení do každého jednotlivého výkonu.
- Probíhá DRG restart, ekonomický dopad nelze stanovit.

Nesouhlasí celková bodová hodnota - v předložených materiálech uvedeno 32 787 bb. v el.databázi 32 845 bb., dáno zvýšenými

#### **Připomínky SZP**

- Omezení by mělo být SH, nikoli S
- Výkon má provádět akreditované pracoviště II. typu pro hrudní chirurgii, které je součástí KOC. Indikaci doporučujeme zúžit na pneumoonkologická centra, která jsou součástí KOC.
- Indikace k výkonu nejsou specifikovány – kteří pac. budou indikováni ke klasickému výkonu a kteří k robotickému? Bude zajištěna dostupnost pro celou ČR?
- 240 minut je průměrná nebo maximální doba trvání výkonu?
- U nositelů je třeba upravit časy, instrumentářka nemá mít uveden čas, sálová sestra S3 je rovněž v režii.

PMAT – nutno vyjasnit ceny a celkové body

#### **Připomínky ONP**

**Žádáme v případě nelékařských zdravotnických nositelů o uvedení názvů odborností v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, případně v souladu NV č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.**

Odůvodnění:

Sálová sestra je sice v praxi často používané označení zdravotnického pracovníka, nicméně jde o starší nyní legislativou překonaný pojem a současná legislativa takového zdravotnického pracovníka neuvádí. Pokud předkladatel zdravotního výkonu tímto myslí sestru pracující na operačním sále a zajišťující tzv. obíhající sestru, máme za to, že lze zajistit S2 všeobecnou sestrou s odbornou způsobilostí; pakliže je tímto míněna sestra zabezpečující anesteziologii bezprostředně před, při vlastním operačním výkonu nebo bezprostředně po operačním výkonu, doporučujeme nahradit S3 sestru pro intenzivní péči.

Instrumentářka je sice v praxi často používané označení zdravotnického pracovníka, nicméně jde o starší nyní legislativou překonaný pojem a současná legislativa takového zdravotnického pracovníka neuvádí. Pokud předkladatel zdravotního výkonu tímto myslí sestry pracující na operačním sále, které dle dřívějších právních předpisů absolvovaly pomaturitní specializační studium (PSS) – obor Instrumentování na operačním sále, jsou dle současné legislativy označovány za sestry pro perioperační péči.

- ROBOTICKY ASISTOVANÁ THYMEKTOMIE - Nový výkon

#### **Připomínky VZP**

- V rámci zamýšlené koncepce robot. výkonů se uvažovalo o alternativě zrušení sdílených ZV 76071 event. 76703 mj. z důvodu duplicitních položek materiálů a úplného zrušení těchto ZV s tím, že každý výkon robotický bude vytvořen od "A do Z" dedikovaně na typ operace. V současné chvíli není jednotný postup při tvorbě výkonů, některé robotické nástroje a příslušenství je začleněno u výkonů v PMAT, u jiného tentýž materiál v ZUM. Byla by vhodná jednotná koncepce.

- *Není dořešena koncepce robotické chirurgie, navrhuje zrušení výkonů 76701 a 76703, tj. zrušení skládačky a započtení do každého jednotlivého výkonu.*
- *Probíhá DRG restart, ekonomický dopad nelze stanovit.*

*Nesouhlasí celková bodová hodnota - v předložených materiálech uvedeno 19 643bb. v el.databázi 19 671 bb., dáno zvýšenými body režie (zasláno v r. 2019, nyní v databázi přepočítáno na 2020?)*

#### **Připomínky SZP**

- *V popisu výkonu není vymezeno, pro které pacienty s maligním tumorem nebo myastenii gravis bude indikována robotická operace, a pro které standardní výkon.*
- *Omezení by mělo být SH, nikoli S*
- *U nositelů je třeba upravit časy – instrumentářka nemá mít uveden čas, sálová sestra S3 je rovněž v režii.*

*PMAT – nutno vyjasnit ceny a celkové body*

#### **Připomínky ONP**

***Žádáme v případě nelékařských zdravotnických nositelů o uvedení názvů odborností v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, případně v souladu NV č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.***

*Odůvodnění:*

*Sálová sestra je sice v praxi často používané označení zdravotnického pracovníka, nicméně jde o starší nyní legislativou překonaný pojem a současná legislativa takového zdravotnického pracovníka neuvádí. Pokud předkladatel zdravotního výkonu tímto myslí sestru pracující na operačním sále a zajišťující tzv. obíhající sestru, máme za to, že lze zajistit S2 všeobecnou sestrou s odbornou způsobilostí; pakliže je tímto míněna sestra zabezpečující anesteziologii bezprostředně před, při vlastním operačním výkonu nebo bezprostředně po operačním výkonu, doporučujeme nahradit S3 sestru pro intenzivní péči.*

*Instrumentářka je sice v praxi často používané označení zdravotnického pracovníka, nicméně jde o starší nyní legislativou překonaný pojem a současná legislativa takového zdravotnického pracovníka neuvádí. Pokud předkladatel zdravotního výkonu tímto myslí sestry pracující na operačním sále, které dle dřívějších právních předpisů absolvovaly pomaturitní specializační studium (PSS) – obor Instrumentování na operačním sále, jsou dle současné legislativy označovány za sestry pro perioperační péči.*

#### **Průběh pracovního jednání**

**ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE PLIC**

*Výkon se plošně v ČR nedělá. V FNM je robot a jedná se o jediné akreditované pracoviště druhého typu. Odbornou specializací pro lékaře bude provádění robotických operací. Nyní se tak již operuje kolorektální karcinom, připravuje se urologická operativa, gynekologická operativa. Jedno pracoviště se dělí o robotu s více odbornostmi.*

*Existuje alternativní operativní řešení, které je levnější. Je třeba vymezit indikace, kdy lze výkony robotem provádět. Předpokládá se použití u I a II. stádia rakoviny plic.*

*Proběhla diskuze k hrudní chirurgii k tomu, zda nevytvořit centra, která se budou úzce specializovat na hrudní chirurgii.*

#### **Domluvené úpravy RL:**

*Omezení místem: SH*

*Nositel výkonu: odstraněna sálová sestra, instrumentářka (součást režie), asistent upraven na L3*

*Doplněno do podmínky: vysoce specializované pneumoonkochirurgické centrum a zároveň akreditované pracoviště II. Typu. Jedná se o přičítací výkon.*

*Indikace maligní nádory plic v I. a II. stádiu, na základě rozhodnutí Centra vysoce specializované komplexní onkologické péče-výkon č. 51881*

Materiálové položky budou dořešeny ve spolupráci s VZP do 26.2.2020.

#### ROBOTICKY ASISTOVANÁ THYMEKTOMIE

Jedná se o podobný výkon, výjimkou je myastenía gravis, kdy se nejedná o onkologické onemocnění a indikace nepodléhá KOC.

Omezení místem: SH

Omezení frekvence: 1/1 život

Nositel výkonu: odstraněna sálková sestra, instrumentárka (součást režie), asistent upraven na L3

**Závěr:** Do 26.2.2020 budou upraveny ve spolupráci VZP materiálové položky, které budou opraveny OS. O ukončení úprav v RL bude informováno MZ.

Zároveň budou doposlány RL, kde bude upraven popis výkonů vzhledem k odbornosti 537, které upřesní OS. Jde o kritický výkon v DRG vykazování.

#### Asociace zdravotnických záchranných služeb (odbornost 709, 799)

Předkladatel návrhu: MUDr. Marek Slabý, MBA

- Dopravní výkony: 60, 70, 72, 74 a 77 - Změnové řízení

#### Připomínky VZP

**60 Nesouhlas – platí pro všechny výkony přepravy** V rámci DŘ pro rok 2020 byla dohoda se zástupci AZZČR na parametrech pro jednotlivé výkony s cílem valorizovat výkony. Nicméně, za další dohodu jsme považovali, že již nebudou výkony měnit a budeme **reagovat jednáním o hodnotě bodu pro daný segment**. Takto připouštíme neustálou dvojí diskusi – nejprve úpravy na PS k SZV a z druhé strany reakce v rámci DŘ. **Proto principiálně nesouhlasíme s navrženými změnami.**

**70\_změnové řízení: úprava Kalkulačního listu (navýšení), návrh 58,832b/km (rok 2020 47,578b/km)**

**72\_změnové řízení: úprava Kalkulačního listu (navýšení), návrh 58,832b/km (rok 2020 47,578b/km)**

**74\_změnové řízení: úprava Kalkulačního listu (navýšení), návrh 48,014b/km (rok 2020 44,204b/km)**

**77\_změnové řízení: úprava Kalkulačního listu (navýšení), návrh 58,832b/km (rok 2020 47,578b/km)**

#### Připomínky SZP

**Připomínka k výkonu 60:**

- Návrh nebyl předložen.

**Připomínky ke kódům 70, 72, 74, 77:**

- Navržená průměrná hrubá mzda řidiče 41 309 Kč/měs. je včetně povinných odvodů? Průměrná nákupní cena PHM 33.60 Kč/litr neodpovídá skutečnosti.
- Průměrná spotřeba PHM 16.5 l, resp. 12l / 100 km je rovněž nadsazena.

Diskuse nutná.

#### Průběh pracovního jednání

V rámci DŘ pro rok 2020 byla uzavřena dohoda ZP se zástupci AZZČR na parametrech pro jednotlivé výkony s cílem valorizovat výkony. Nicméně, za další dohodu se považovalo, že se již nebudou výkony měnit a ZP budou **reagovat jednáním o hodnotě bodu pro daný segment**.

Na základě dohody s garantem segmentu došlo k velkému navýšení. Kalkulace vycházely ze statistiky k 1. polovině r. 2019. Aktualizace jsou s jednoročním zpožděním, také pro pozdní vydávání vyhlášky MF o cenách pohonných hmot. Pro rok 2020 je počítáno s nižší cenou. Zároveň bylo do kalkulačních listů zahrnuto i navýšení platů za rok 2019. Kalkulační listy by měly být dle AZZČR aktuální s ohledem na jednotlivé roky a cílem je aktualizovat Kalkulační listy každý rok. To by ovšem bylo uskutečnitelné hodnotě bodu 1 Kč.

Bylo diskutováno, jakým způsobem by byla počítána průměrná spotřeba. U PPNP je na zvážení, zda je upravit. Doprava také nemá regulační omezení.



Je potřeba zaktualizovat stávající situaci dle platné vyhlášky, vrátit vytíženost vozidla, podle toho budou probíhat dohody v letošním roku. VZP navrhuje, aby věc byla řešena cestou dohodovacího řízení, nikoli cestou úpravy kalkulačních výkonů.

**Závěr:** Do 26.2. bude poslána elektronická zrevidovaná verze, pokud výkony budou zařazeny, bude počítáno s jinou hodnotou bodu v dohodovacím řízení.

Česká lékárnická komora:

Předkladatel návrhu: Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.

- KONZULTAČNÍ ČINNOST FARMACEUTA – SREENING DIABETES MELLITUS (DM) – Nový výkon

#### **Připomínky VZP**

##### **Nesouhlas**

Lze se domnívat, že veškerá konzultační činnost v lékárně by měla být pouze bonusem pro klienty konkrétní lékárny, která je naláká k případnému nákupu, a tím zvýšení marže. V případě, že někdo přijde do lékárny, tak si tam prakticky vždy něco koupí. Není potřeba, aby se dále zvyšoval zisk lékáren ještě vykazováním zdravotních výkonů a úhradou z veřejného zdravotního pojištění. Navíc by bylo obtížné kvalitu této konzultační činnosti kontrolovat.

**Není možné delegovat diabetologickou péči a s ní spojenou zodpovědnost na lékárníky. V případě, že lékárník zjistí u pacienta kritéria vypsání v definici výkonu, pak není třeba, aby mu měřil glykémii, ale aby mu doporučil návštěvu registrujícího lékaře. Jaký má být přínos takového měření glykémie a dispenzarizace pacienta v lékárně? V případě abnormálního nálezu lékárník pacienta stejně léčit nemůže. Jak bude lékárník k takové činnosti vyškolen? Má k tomu nějaký certifikát?**

Lékařník není klinik, tedy ošetřující lékař, může se jednat maximálně o poradenskou službu, která nemůže být hrazena z v.z.p.

**Nutno doložit vyjádření příslušných dotčených odborných společností (OS diabetologická, SVL ČLS JEP, SPL, ...),** zásah do kompetencí a odbornosti příslušných specialistů - lékařů, diagnostika DM není náplní oboru farmacie; danou péči poskytuje např. VPL v rámci preventivní prohlídky; Kdo by indikoval tuto péči - tato péče by proběhla jen na základě výběru farmaceutem; V bodě V. je kalkulováno s cenou 8,- Kč za proužek, současná cena dle zákona 48/1997, přílohy 3, oddílu C, je 6 Kč s DPH. Dále u glukometru, není uvedena cena přístroje

Není uvedena bodová hodnota;

Další připomínky viz výkon výše (Individuální konzultace ...)

#### **Připomínky SZP**

##### **Připomínky k výkonům konzultačních činností:**

- Pojem „screening“ má své jasné legislativní vymezení a ukotvení – zde se o screening nejedná, název výkonu je tedy chybný.
- Detekce latentních diabetiků je součástí preventivních prohlídek reg. lékařů, léčba závislosti na tabáku doménou spec. ordinací
- Žádáme o dodání stanoviska dotčených odborných společností
- Péče obsažená v těchto návrzích je již hrazena prostřednictvím lékařských výkonů příslušných odborností /povinná součást preventivních prohlídek, výkony odbornosti 001 atd./- jak by bylo zamezeno úhradové duplicitě?
- Lékařník nemá možnost diagnostické ani terapeutické intervence – má jen možnost doporučit pacientovi, aby navštívil lékaře

#### **Připomínky SPL ČR**

**Nesouhlas s tímto výkonem.** Role farmaceuta v uvedených oblastech není nijak zvažována NAPANem (Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění), připravovaném MZ ČR. Uvedené činnosti by měli patřit do kompetence lékařů určitých odborností, včetně odbornosti 001.

- KONZULTAČNÍ ČINNOST FARMACEUTA SE ZÁVISLÝM NA TABÁKU, PORADENSTVÍ PŘI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ – Nový výkon

#### **Připomínky VZP**

Lze se domnívat, že veškerá konzultační činnost v lékárně by měla být pouze bonusem pro klienty konkrétní lékárny, která je naláká k případnému nákupu, a tím zvýšení marže. V případě, že někdo přijde do lékárny, tak si tam prakticky vždy něco koupí. Není potřeba, aby se dále zvyšoval zisk lékáren ještě vykazováním zdravotních výkonů a úhradou z veřejného zdravotního pojištění. Navíc by bylo obtížné kvalitu této konzultační činnosti kontrolovat.

**Není možné delegovat diabetologickou péči a s ní spojenou zodpovědnost na lékárníky. V případě, že lékárník zjistí u pacienta kritéria vypsána v definici výkonu, pak není třeba, aby mu měřil glykémii, ale aby mu doporučil návštěvu registrujícího lékaře. Jaký má být přínos takového měření glykémie a dispenzarizace pacienta v lékárně? V případě abnormálního nálezu lékárník pacienta stejně léčit nemůže.** Jak bude lékárník k takové činnosti vyškolen? Má k tomu nějaký certifikát?

Lékař není klinik, tedy ošetřující lékař, může se jednat maximálně o poradenskou službu, která nemůže být hrazena z v.z.p.

**Nutno doložit vyjádření příslušných dotčených odborných společností (OS diabetologická, SVL ČLS JEP, SPL, ...), zásah do kompetencí a odbornosti příslušných specialistů - lékařů, diagnostika DM není náplní oboru farmacie ; danou péči poskytuje např. VPL v rámci preventivní prohlídky; Kdo by indikoval tuto péči - tato péče by proběhla jen na základě výběru farmaceutem; V bodě V. je kalkulováno s cenou 8,- Kč za proužek, současná cena dle zákona 48/1997, přílohy 3, oddílu C, je 6 Kč s DPH. Dále u glukometru, není uvedena cena přístroje**  
Není uvedena bodová hodnota;  
Další připomínky viz výkon výše (Individuální konzultace ...)

#### **Připomínky SZP**

**Připomínky k výkonům konzultačních činností:**

- Pojem „screening“ má své jasné legislativní vymezení a ukotvení – zde se o screening nejedná, název výkonu je tedy chybný.
- Detekce latentních diabetiků je součástí preventivních prohlídek reg. lékařů, léčba závislosti na tabáku doménou spec. ordinací
- Žádáme o dodání stanoviska dotčených odborných společností
- Péče obsažená v těchto návrzích je již hrazena prostřednictvím lékařských výkonů příslušných odborností /povinná součást preventivních prohlídek, výkony odbornosti 001 atd./- jak by bylo zamezeno úhradové duplicitě?
- Lékař nemá možnost diagnostické ani terapeutické intervence – má jen možnost doporučit pacientovi, aby navštívil lékaře

#### **Připomínky SPL ČR**

**Nesouhlas s tímto výkonem.** Tento výkon nelze v praxi v této podobě efektivně realizovat.

Jak lékař zjistí, že pacient nedochází na pravidelná preventivní vyšetření? Jak zjistí, že pacientovi není měřena glykémie u lékaře? Jak zjistí, že není dispenzarizován pro prediabetes?

Navíc čas výkonu je výrazně nadsazen. 25 minut? Co bude lékař 25 minut dělat? Celá dispenzární prohlídka diabetika je u PL časově ohodnocena 30 minutami.

- KONZULTAČNÍ ČINNOST FARMACEUTA – SCREENING , PORADENSTVÍ A PÉČE O PACIENTY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ – Nový výkon

#### **Připomínky VZP**

Lze se domnívat, že veškerá konzultační činnost v lékárně by měla být pouze bonusem pro klienty konkrétní lékárny, která je naláká k případnému nákupu, a tím zvýšení marže. V případě, že někdo přijde do lékárny, tak si tam prakticky vždy něco koupí. Není potřeba, aby se dále zvyšoval zisk lékáren ještě vykazováním zdravotních výkonů a úhradou z veřejného zdravotního pojištění. Navíc by bylo obtížné kvalitu této konzultační činnosti kontrolovat.

Lékař není klinik, tedy ošetřující lékař, může se jednat maximálně o poradenskou službu, která nemůže být hrazena z v.z.p.

**Není doloženo vyjádření příslušných dotčených odborných společností, zásah do kompetencí a odbornosti příslušných specialistů - lékařů, příslušná diagnostika a intervence**

**není náplní oboru farmacie ; danou péčí poskytuje např. VPL v rámci preventivní prohlídky; Kdo by indikoval tuto péči - tato péče by proběhla jen na základě výběru farmaceutem;**  
Není uvedena bodová hodnota;  
Další připomínky viz výkon výše (Individuální konzultace ...)

#### **Připomínky SZP**

##### **Připomínky k výkonům konzultačních činností:**

- Pojem „screening“ má své jasné legislativní vymezení a ukotvení – zde se o screening nejedná, název výkonu je tedy chybný.
- Detekce latentních diabetiků je součástí preventivních prohlídek reg. lékařů, léčba závislosti na tabáku doménou spec. ordinací
- Žádáme o dodání stanoviska dotčených odborných společností
- Péče obsažená v těchto návrzích je již hrazena prostřednictvím lékařských výkonů příslušných odborností /povinná součást preventivních prohlídek, výkony odbornosti 001 atd./- jak by bylo zamezeno úhradové duplicitě?
- Lékárník nemá možnost diagnostické ani terapeutické intervence – má jen možnost doporučit pacientovi, aby navštívil lékaře

- INDIVIDUÁLNÍ KONZULTACE S PACIENTEM ZAMĚŘENÁ NA ZHODNOCENÍ LÉKOVÉHO ZÁZNAMU V LÉKÁRNĚ– Nový výkon

#### **Připomínky VZP**

##### **Nesouhlas**

Není možné souhlasit s tím, aby si lékárník sám vyhledával pacienty a indikoval výkony - výkon by bylo možné provést pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře (jaký postoj má k tomuto výkonu ČLK?). Pokud by skutečně existovala potřeba zhodnotit lékový záznam pacienta, pak lze například navrhnout zařazení výkonu pod odb. 006 - klinická farmacie. Výkon by pak nebyl prováděn v lékárně při výdeji léčiv (kde na to stejně není čas ani prostor), ale například ambulantně na smluvním pracovišti klinického farmaceuta. Obecně se dá ale říci, že přehled o zdravotním stavu a farmakoterapii pacienta má mít jeho ošetřující lékař, který má v případě potřeby léčbu pacienta konzultovat s farmaceutem. Není potřeba, aby léčbu konzultoval přímo pacient.

**Lékárník není klinik, tedy ošetřující lékař, může se vyjádřit pouze k možným lékovým interakcím a komunikovat je s předepisujícím lékařem, nikoli s pacientem. Pacientovi může z hlediska možných lékových interakcí poradit pouze při nákupu nehrazených LP, ale pak se nemůže jednat o službu hrazenou z v.z.p.**

Připomínkováno již na předchozí PS SZV, zde však neprojednáváno. Připomínky původní: Záchyt a řešení lékových problémů by měl provádět registrující PL, který je zároveň plně informován o zdravotním stavu svého pacienta. Není vhodné, aby lékárníci sami vyhledávali tzv. "rizikové" pacienty při dispenzaci léčiv v lékárně a sami navrhovali pacientům individuální konzultace ve věci jejich farmakoterapie bez vědomí registrujícího PL.

Časová dotace je nadhodnocená - v případě hospitalizovaných pacientů je tato situace řešena v rámci odb. klinická farmacie s výrazně kratším časem výkonu (časová dotace nyní nově snížena na 30 min). Tento způsob konzultace je dále rizikový v tom, že lékárníci budou v rámci pohovoru doporučovat klientům nikoliv snížení/změnu LP, ale rozšíření o různé doplňky stravy, homeopatika apod.

Jak bude systémově řešeno? Je uvedeno, že výkon bude probíhat 1. na základě identifikace problematického pacienta lékárníkem (tzn. lékař o tomto neví) 2. na základě indikace lékaře (...na lékárníka se obrátí praktický lékař ..) – žádanka? vyžádaná péče? jen např. telefonát? Na jakých dokladech budou výkony vykazovány? Bude tato konzultace interferovat s doporučeními ošetřujícího lékaře? Jaké je vyjádření odb. 001? Jakou dokumentaci povede lékárník? Kdo bude garantem kvality? Kdo ponese právní odpovědnost? Jak bude řešena komunikace se specialisty? Proces není dostatečně legislativně ani reálně vyřešen. Bude vytvořena nová odbornost? Mají všechny lékárny smlouvu? Jak bude vypadat změna smlouvy? Jaké budou splatnosti? Bude se náklad přeučtovat do EU za pojištěnce DP=4?

Lékárny nemají Přílohy č. 2 – pokud by byl návrh schválen, pak to znamená velké změny informačního systému. Lékárny vykazují doklad 10 – Recept, na kterém je atribut kvůli výkonu 09552. Přidávat další atributy není vhodné, časem může vzniknout další výkon.

*Pokud by se výkony vykazovaly standardním způsobem na dokladu 01 – Vyúčtování výkonů v ambulantní péči, musela by vzniknout i nová odbornost. Každopádně by to mělo dopad na všechny smluvní dokumenty lékáren – musely by být nové smlouvy, přílohy a musely by se podle toho upravit informační systémy všech zdravotních pojišťoven a pravděpodobně i lékáren...Kdo bude řídit změny ve všech aplikacích? Máme na to alokované finanční a personální kapacity? Není uvedena bodová hodnota.*

#### **Připomínky SZP**

***Předpokládáme širokou mezioborovou diskuzi***

***Navrhované začlenění péče lékárníka do hrazených zdravotních služeb je třeba nejdříve koncepčně zařadit a jasně vymezit – předpokládáme diskuzi minimálně s registrujícími lékaři a požadujeme jejich písemné stanovisko k návrhům***

***Obecná připomínka ke všem výkonům – v současnosti je jediný výkon lékárníků vykazován jiným způsobem – pokud by měli lékárníci vykazovat další výkony, je nutná změna datového rozhraní a úprava smluvních vztahů, vč. Všech souvisejících procedurálních postupů ( VŘ)***

#### ***Připomínky:***

- Výkon je podmíněn nahlížením do lékového záznamu, přičemž pacient může od června 2020 vyjádřit svůj nesouhlas s nahlížením – jedná se tedy o výkon, který v navržené podobě nebude u části pojištěnců realizovatelný.
- V textu je uvedeno, že „praktický lékař se obrátí na lékárníka a požádá jej se souhlasem pacienta o individuální konzultaci v lékárně, zaměřenou na zhodnocení farmakoterapie v lékovém záznamu pacienta“ – tuto konzultaci tedy bude iniciovat vždy praktický lékař? Žádáme o stanovisko odbornosti 001 k navrhovanému výkonu – za péči o registrovaného pojištěnce i medikaci je zodpovědný ošetřující lékař.
- Jaký bude další postup lékárníka při zjištění nesrovnalostí? Lékárník není oprávněn zasahovat do lékařem indikované léčby. Vypracuje zprávu pro PL ?

#### **Připomínky SPL ČR**

***Nesouhlas s tímto výkonem.*** Náplň tohoto výkonu je v kompetenci ošetřujícího lékaře. Ten k tomu krom jiného využívá softwaru pro lékové interakce a v budoucnu snad bude užívat i lékový záznam pacienta, až bude plně zprovozněn. Nedokážeme si představit praktické využití tohoto navrhovaného výkonu. Lékárník informuje pacienta, že má některá užívaná léčiva v interakci, některá i v závažné interakci a odešle tohoto pacienta za ošetřujícím lékařem? Nebo sdělí, že léky pacient užívat nemá? Pokud má lékárník pochybnost, již nyní kontaktuje předepisujícího - ošetřujícího lékaře a konzultuje s ním danou skutečnost.

*V případě pochybností ošetřujícího lékaře o případné interakci léčí, vhodné kombinace léčiv apod., může tento konzultovat klinické farmakology, popřípadě požadovat konsiliární vyšetření.*

*Navíc čas výkonu je výrazně nadsazen. 45 minut? Porovnání s 40 minutami výkonu 01022 OPAKOVANÉ KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM, jehož náplní je krom mnoho jiného i odebrání farmakologické anamnézy a samozřejmě s tím související zhodnocením užívané medikace a případných interakcí.*

- NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA LÉKÁRNÍKA– Nový výkon  
(viz databáze SZV MZ - <http://szv.mzcr.cz>, záložka „Změnová řízení / Pracovní skupina“)

#### **Připomínky VZP**

##### ***Nesouhlas***

*Jedná se spíše o sociální službu. Potřeba návštěvy pacienta lékárníkem ve vlastním sociálním prostředí je v registračním listu přeceňovaná. Léky může vyzvednout pacientovi i jiná osoba, není třeba doručení domů lékárníkem či jiným zdravotnickým pracovníkem.*

*Odůvodnit v přístrojích termoobal a teploměr. Lékárník není klinický zdravotnický pracovník, může se jednat maximálně o donáškovou službu LP, která nemůže být hrazena z v.z.p.*

*Připomínkováno již na předchozí PS SZV, zde však neprojednáváno. Připomínky původní: Náplň výkonu je sociální, nikoliv zdravotní služba. Informace, kterou podává lékárník, může být napsaná*



na krabičce léků, případně, pokud by to byla informace většího rozsahu, tak ji lze napsat na papír a poslat po vyzvedávající osobě.

Bude mít pacient svého „registrujícího“ lékárníka, který bude mít povinnost návštěvní služby (uváděný příklad Holandsko)? Kde je pak legislativní ukotvení analogické stávajícím registrujícím poskytovatelům? Do jaké vzdálenosti bude návštěvní služba poskytována (nebo je předpoklad, že lékárník bude dojíždět k pacientovi např. někde na vesnici, kde lékárna není – tzn. opět analogie návštěvní služby registrujícího poskytovatele?)

Dle návrhu RL by imobilní pacient stejně musel doručit recept (a indikaci předepisujícího lékaře - žádanku?) nebo identifikátor e-receptu do lékárny – tzn. do lékárny většinou stejně někdo půjde, ale neodnese si lék, ten mu posléze donese lékárník?

Obecná část vyhlášky č. 134/1998 Sb. (kap. 2 bod 9.) nehovoří o návštěvě lékárníka u pacienta – ani na základě indikace ošetřujícího lékaře nebo registrujícího praktického lékaře.

Další připomínky viz výkon výše (Individuální konzultace ...)

#### **Připomínky SZP**

- Pokud pacient (byť imobilní) setrvává v ambulantním režimu, je předpoklad, že k výdeji předepsaných léčiv se buď může dostavit osobně, nebo má vyzvednutí léčiv zajištěno prostřednictvím třetí osoby. Jeho aktuální zdravotní stav, včetně imobility, souběžné léčby a dalších okolností a rizik + poučení pacienta o předepisované medikaci je povinen zhodnotit ošetřující lékař, který léčiva předepisuje. Obsah navrhovaného výkonu se částečně překrývá s klinickým vyšetřením lékařem.

#### **Připomínky SPL ČR**

**Nesouhlas s výkonem.** Ačkoliv je výkon vázán na indikaci lékaře, máme obavy ze zneužívání.

Doposud se u imobilních pacientů léčiva doprava zajišťuje 3. osobou, často příbuznými nebo zdravotníky. Z vlastních praxí můžeme sdělit, že nevidíme tento způsob jako problémový. Navíc již nyní poskytují některé lékárny službu rozvozu léčiv domů. Zřejmě se jedná o komerční službu.

#### **Průběh pracovního jednání**

Veškerá péče, která v rámci seznamu výkonů je hrazena z v.z.p., je hrazena na základě indikace lékaře. I v případě, že by vznikla nová skupina poskytovatelů, ošetřující lékař bude vždy indikujícím lékařem. Stejně informace o užívaných lécích má i PL, nejenom lékárník. PL má i forenzní odpovědnost za léčbu. Dle ZP by se zároveň jednalo o dvojí úhrady edukace pacienta.

Závěr: je potřeba začít jednat s SPL, PLDD, ambulantními specialisty a zjistit, jaký je zájem na poskytování těchto služeb a jestli je podpora těchto výkonů. Zatím není jasná společenská potřebnost navrhovaných výkonů.

**Závěr:** Výkony budou předloženy na březnovém hlasování PS k SZV.