Všem účastníkům Dohadovací řízení na rok 2023

V Mostě a Praze 25.5.2022

Věc: Protest proti dohodě v segmentu gynekologické péče v rámci DŘ o úhradách na rok 2023, žádost o změnu části jejího textu.

Vážení,

dohoda, která byla uzavřena v rámci cenových jednání na rok 2023 v segmentu gynekologické péče obsahuje tuto formulaci:

IUV je index ultrazvukových vyšetření,jehož hodnota je **0,01** v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovate le , na něž byly v hodnoceném období **vykázány výkony č. 3241 O, 32420** nebo 63415 dle seznamu výkonů k počnt těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období **nepřesáhne hranici 20 %,** nebo **0,00** v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo **(-0,02)** v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranicí 60 %, nebo **(-0,04)** v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Zásadně nesouhlasíme s pozitivní motivací gynekologických pracovišť. Z textu jasně vyplývá nárůst úhrady při neodeslání pacientek k odbornému specializovanému vyšetření o 0,01 v koeficientu úhrad,pokud odešlou méně než 20% svých těhotných registrovaných pacientek.

Požadujeme úpravu tak, že negativní koeficient bude uplatňován až nad 40%.Jinak další změny nepožadujeme.

Odůvodnění :

1.zásadaní argument vidíme v rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví . MZ využilo své zákonné možnosti v rámci zákona na ochranu zdraví a toto zcela neakceptovatelné ustanovení zrušilo v platné vyhlášce na rok 2022.

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022-396/2021 Sb

IUV je index ultrazvukových vyšetření , jehož hodnota **je 0,00** v případě , že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele , na něž byly v hodnoceném období **vykázány výkony č. 32410, 32420** nebo 63415 podle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném **období nepřesáhne hranici 40 %,** nebo -0,01 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,03 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60%

2.Dovoluji si doplnit, že požadavek na zrušení bonifikačního mechanismu v oblasti prenatální diagnostiky vrozených srdečních vad podpořil rovněž výbor České pediatrické společnosti při ČPS ČLS JEP již 11.6. 2020 a výbor České kardiologické společnosti již 28.1. 2020.

3.Odborném stanovisku k organizaci prenatální kardiologie v České republice vypracovaném Pracovní skupinou dětské kardiologie České kardiologické společnosti (Expert consensus statement on prenatal cardiology organization in the Czech Republic. Prepared by the Working Group on Pediatric Cardiology of the Czech Society of Cardiology) publikovaném v roce 2018 v časopise České kardiologické společnosti Cor&Vasa (DOI: 10.33678/cor.2019.085) (viz příloha).

4.Napříč celou Českou republikou vede výše uvedená regulace k tomu, že registrující gynekolog rizikové těhotné vyšetření doporučí, ale nevydá jí žádanku. Následně je těhotná vyšetřena dětským kardiologem v režimu přímé platby.

5.Dokumentujeme z pozice pracovní skupiny významný propad počtu vyšetření hrazených z veřejného zdravotního pojištění - v některých regionech - Plzeňský kraj, Moravskoslezský kraj o více než 30 %.

Pevně věříme , že ZP zváží naše argumenty a jejich tíži, zejména rozhodnutí MZ jako státního orgánu dozoru v rámci zákona o zdraví.Nedopustí návrat nepřijatelné pozitivní motivace lékařů gynekologů, což je v jasném rozporu se zásadami lege artis medicínských zásad.

Za segment Ambulantních specialistů

[redacted]

Za Spolek ambulantních dětských kardiologů ČR

[redacted]

Odborné stanovisko | Expert consensus statement

Odborné stanovisko k organizaci prenatální kardiologie v České republice.

Vypracované Pracovní skupinou dětské kardiologie České kardiologické společnosti

(Expert consensus statement on prenatal cardiology organization in the Czech Republic. Prepared by the Working Group on Pediatric Cardiology of the Czech Society of Cardiology)

Viktor Tomek[a], Hana Jičínská[b], Eva Klásková[c], Petr Jehlička[d], Pavel Balatka[e], Pavel Vít[b], Petr Hecht[a], Oleg Reich[a], Jan Janoušek[a]

[a] *Dětské kardiocentrum, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha*
[b] *Dětská kardiologie Pediatrické kliniky, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno*
[c] *Dětská klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc*
[d] *Dětská kardiologická ordinace, Plzeň*
[e] *Dětská kardiologie a prenatální echokardiografie, Most*

INFORMACE O ČLÁNKU

Historie článku:
Vložen do systému: 15. 8. 2019
Přepracován: 11. 11. 2019
Přijat: 5. 12. 2019
Dostupný online: 20. 1. 2020

Klíčová slova:
Plod
Prenatální echokardiografie
Vrozená srdeční vada

Keywords:
Congenital heart defects
Fetus
Prenatal echocardiography

Úvod

Vrozená srdeční vada je nejčastější vrozenou vadou vedoucí k úmrtí v dětském věku.[1,2] Její prevalence se udává mezi 4–13 na 1 000 živě narozených dětí. Strukturální vady srdce jsou nejčastěji nerozpoznanou vrozenou vadou v prenatálním screeningu vůbec.[3] Správná prenatální detekce může zlepšit prognózu řady vrozených srdečních vad.[4–6] Program prenatální kardiologie má i významné ekonomické dopady, ať již v důsledku ukončování těhotenství s komplexně postiženými plody, nebo pro výrazně nižší výskyt komplikací u pacientů s včas diagnostikovaným onemocněním a včas léčených.[5] Screeningový program založený na multidisciplinární spolupráci nyní existuje ve většině rozvinutých zemí a dále se rozvíjí. Z doporučení ISUOG (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology) pro ultrazvukové vyšetření plodu vyplývá, že k efektivnosti takového systému výrazně napomáhá nízký práh při doporučení k echokardiografickému vyšetření u specialisty na prenatální kardiologii.[7] Obdobný doporučující přístup zastává i AIUM (American Institute of Ultrasound in Medicine),[8] AEPC (Association for European Paediatric and Congenital Cardiology)[9] a American Heart Association.[10]

Cíl prenatální kardiologie

- Diagnostika srdečních abnormalit (vrozených srdečních vad, poruch srdečního rytmu a funkčních poruch fetoplacentární cirkulace), zejména kritických, jež vedou k ohrožení zdraví a života dítěte
- Seznámení rodičů s diagnostikovanou srdeční abnormalitou, možnostmi její léčby a prognózou tak,

Adresa pro korespondenci: MUDr. Viktor Tomek, Ph.D., Dětské kardiocentrum, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, e-mail: viktor.tomek@fnmotol.cz
© 2020, ČKS.
DOI: 10.33678/cor.2019.085

Tento článek prosím citujte takto: Tomek V, Jičínská H, Klásková E, et al. Odborné stanovisko k organizaci prenatální kardiologie v České republice. Vypracované Pracovní skupinou dětské kardiologie České kardiologické společnosti. Cor Vasa 2020;62:60–62.

aby rodiče byli schopni rozhodnout o dalším osudu těhotenství
- Péče o těhotenství s diagnostikovanou srdeční abnormalitou ve spolupráci s gynekology, genetiky a neonatology
- Zahájení prenatální léčby v indikovaných případech
- Vytváření databáze s informacemi o prenatálně diagnostikovaných srdečních onemocněních a jejich dalším osudu

Organizace prenatální echokardiografie

Je založena na propojení screeningového a specializovaného echokardiografického vyšetření.

Screeningové vyšetření srdce plodu je součástí prenatálního ultrazvukového vyšetření, které provádí gynekolog. V případech, kdy vyšetření srdce není možné provést (zabezpečit) gynekologem, může být srdce vyšetřeno dětským kardiologem a vyšetření vykázáno jako screeningové.

Náplní screeningového vyšetření je základní zhodnocení anatomie, funkce a rytmu srdce.[11,12] Cílem screeningového vyšetření je odlišení fyziologického nálezu od srdečních abnormalit a následné zajištění další péče o plod s diagnózou srdeční abnormality nebo podezřením na ni.

Specializované vyšetření srdce plodu je prováděno lékařem s odbornou způsobilostí v oboru „dětská kardiologie" (dále také dětský kardiolog) a je indikováno na základě jasných indikačních kritérií.

Indikace ke specializovanému prenatálnímu echokardiografickému vyšetření

Vycházejí z doporučení ISUOG, AIUM a AEPC a zohledňují přítomnost rizikových faktorů pro vznik vrozené srdeční vady[6,9,10,13,14] a významnost rizika (nižší – riziko srdeční abnormality 1–3 %, vyšší – riziko srdeční abnormality > 3 %).[10]

Indikace ze strany matky a rodiny:
- Metabolické vady matky:
  pregestační diabetes mellitus, fenylketonurie (vyšší riziko),
  gestační diabetes mellitus se špatnou kompenzací ve III. trimestru těhotenství (nižší riziko)
- Užívání léků v graviditě
- Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI), kyselina retinová, nesteroidní antiflogistika ve III. trimestru (vyšší riziko)
- Antiepileptika, lithium, antidepresiva, nesteroidní antiflogistika v I. a II. trimestru (nižší riziko)
- Těhotenství po „*in vitro* fertilizaci" (nižší riziko)
- Infekce v těhotenství (toxoplazmóza, cytomegalovirus, parvovirus, coxsackie virus, adenovirus, rubeola, další viry při prokázané sérokonverzi, eventuálně horečnaté onemocnění v I. trimestru těhotenství) (nižší riziko)
- Autoimunitní onemocnění matky s přítomností autoprotilátek třídy SSA/antiRo a SSB/antiLa (vyšší riziko)
- Přítomnost vrozených srdečních vad, kardiomyopatie u matky, otce, sourozenců a prarodičů (vyšší riziko), u jiných příbuzných než 1. a 2. stupně (nižší riziko)
- Chromosomální aberace, syndromy a jiná genetická postižení u matky nebo v rodině, jako např. myopatie, Marfanův syndrom (vyšší riziko)

Indikace ze strany plodu:
- Abnormální nález při screeningovém vyšetření srdce plodu: přítomná srdeční vada, podezření na srdeční vadu nebo nejasný nález na srdci (vyšší riziko)
- Bradykardie (srdeční frekvence < 100/min) nebo tachykardie (srdeční frekvence > 180/min) nebo častá nebo trvale nepravidelná srdeční frekvence u plodu (vyšší riziko)
- Extrakardiální vrozená vada (vyšší riziko)
- Chromosomální vada (vyšší riziko)
- Přítomnost výpotku nebo hydropsu u plodu (vyšší riziko)
- Monochoriální vícečetné těhotenství (vyšší riziko)
- Nevysvětlitelný polyhydramnion (nižší riziko)
- Zvýšená nuchální translucence > 95. percentil (vyšší riziko)
- Pulsatilní index v ductus venosus v I. trimestru těhotenství > 95. percentil nebo absence ductus venosus (vyšší riziko)
- Trikuspidální regurgitace v I. trimestru těhotenství (vyšší riziko)
- Absence nosní kůstky (vyšší riziko)
- Abnormalita pupečníku („single umbilical artery") nebo placenty (abnormální cévní spojky v placentě) (nižší riziko)
- Arteriovenózní cévní malformace zjištěné u plodu (nižší riziko)

Absolutní indikaci ke specializovanému vyšetření srdce plodu dětským kardiologem představuje nález srdeční vady nebo podezření na ni při screeningovém vyšetření.

Cílem specializovaného vyšetření je přesné určení srdeční vady nebo poruchy srdečního rytmu, adekvátní konzultace pacientky o povaze a prognóze onemocnění a léčebných možnostech se znalostí jejich výsledků, návrh a zajištění správné léčby v indikovaných případech, organizace porodu a následné postnatální léčby. Dětský kardiolog provádí finální diagnostiku srdeční vady a poskytuje informace o prognóze. Bez této konzultace by neměla být stanovena indikace k „umělému přerušení těhotenství po uplynutí 12 týdnů délky těhotenství".

Specializované echokardiografické vyšetření srdce plodu provádí dětský kardiolog s atestací z dětské kardiologie. Finální diagnózu vrozené srdeční vady a konzultaci o možnostech léčby dané vady a její prognóze provádí dětský kardiolog, který je vysoce erudován v oblasti prenatální kardiologie a který provádí nejméně 500 prenatálních echokardiografických vyšetření za rok a diagnostikuje nebo reviduje nejméně 30 závažných vrozených srdečních vad ročně.

Závěr

Možnosti léčby dětí s vrozenými srdečními vadami se neustále rozvíjejí. Jejich důsledkem je zlepšení prognózy u většiny srdečních vad a léčba těch, které byly donedávna považovány za neléčitelné. Finální diagnostika vrozené srdeční vady plodu a s ní související informace o způsobu léčby a prognóze dané vady má zásadní význam pro rozhodování rodičů o osudu těhotenství. Informace musejí být rodičům srozumitelně předány odborníkem erudovaným v oboru dětské kardiologie a kardiochirurgie, který je seznámen s novými diagnostickými a léčebnými postupy u dětí s vrozenou srdeční vadou. Rozhodnutí o dalším osudu těhotenství má být plně v kompetenci rodičů, kteří jsou zodpovědní za své dosud nenarozené dítě.

Prohlášení
Na vypracování rukopisu se stejnou měrou podíleli dva hlavní autoři MUDr. Viktor Tomek, Ph.D., a MUDr. Hana Jičínská, Ph.D.

Literatura

1. Simpson LL. Screening for congenital heart disease. Obstet Gynecol Clin North Am 2004;31:51–59.
2. Samánek M, Slavík Z, Zborilová B, et al. Prevalence, treatment, and outcome of heart disease in live-born children: a prospective analysis of 91,823 live-born children. Pediatr Cardiol 1989;10:205–211.
3. Cuneo BF, Curran LF, Davis N, et al. Trends in prenatal diagnosis of critical cardiac defects in an integrated obstetric and pediatric cardiac imaging center. J Perinatol 2004;24: 674–678.
4. Bonnet D, Coltri A, Butera G, et al. Detection of transposition of the great arteries in fetuses reduces neonatal morbidity and mortality. Circulation 1999;99:916–918.
5. Tworetzky W, McElhinney DB, Reddy VM, et al. Improved surgical outcome after fetal diagnosis of hypoplastic left heart syndrome. Circulation 2001;103:1269–1273.
6. Marek J, Tomek V, Škovránek J, et al. Prenatal ultrasound screening of congenital heart disease in an unselected population: A 21-year experience. Heart 2011;97:124–130.
7. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Carvalho JS, Allan LD, Chaoui R, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic screening examination of the fetal heart. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;41:348–359.
8. AIUM practice guideline for the performance of fetal echocardiography. J Ultrasound Med 2011;30:127–131.
9. Allan L, Dangel J, Fesslova V, et al. Recommendation of the AEPC. Recommendations for the practice of fetal cardiology in Europe. Cardiol Young 2004;14:109–114.
10. Donofrio MT, Moon-Grady AJ, Hornberger LK, et al; American Heart Association Adults With Congenital Heart Disease Joint Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young and Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Diagnosis and Treatment of Fetal Cardiac Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2014;129:2183–2242.
11. Novák P. Fyzikální principy a vyšetřovací technika. In: Calda P, Břešťák M, Fischerová D. Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii. Aprofema 2010;35–52.
12. Tomek V. Základní postupy vyšetření srdce. In: Calda P, Břešťák M, Fischerová D. Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii. Aprofema 2010;273–277.
13. Herskind AM, Almind Pedersen D, Christensen K. Increased prevalence of congenital heart defects in monozygotic and dizygotic twins. Circulation 2013;128:1182–1188.
14. Tararbit K, Houyel L, Bonnet D, et al. Risk of congenital heart defects associated with assisted reproductive technologies: a population-based evaluation. Eur Heart J 2011;32:500–508.

AHA Scientific Statement

Diagnosis and Treatment of Fetal Cardiac Disease

A Scientific Statement From the American Heart Association

*Endorsed by the American Society of Echocardiography and Pediatric and Congenital Electrophysiology SocietyThe American Institute of Ultrasound in Medicine supports the value and findings of the statement.*The Society of Maternal Fetal Medicine supports the statement's review of the subject matter and believe it is consistent with its existing clinical guidelines.†*

Background—The goal of this statement is to review available literature and to put forth a scientific statement on the currentpractice of fetal cardiac medicine, including the diagnosis and management of fetal cardiovascular disease.

Conclusions—Fetal cardiac medicine has evolved considerably over the past 2 decades, predominantly in response to advances in imaging technology and innovations in therapies. The diagnosis of cardiac disease in the fetus is mostly made with ultrasound; however, new technologies, including 3- and 4-dimensional echocardiography, magnetic resonance imaging, and fetal electrocardiography and magnetocardiography, are available. Medical and interventional treatments for select diseases and strategies for delivery room care enable stabilization of high-risk fetuses and contribute to improvedoutcomes. This statement highlights what is currently known and recommended on the basis of evidence and experiencein the rapidly advancing and highly specialized field of fetal cardiac care. **(*Circulation*. 2014;129:2183-2242.)**

Celý text má 60 stran textu je dostupný :

Circulation **is available at http://circ.ahajournals.org DOI: 10.1161/01.cir.0000437597.44550.5d**

Protest segmentu ambulantních specialistů ze dne 14.6.2022

Vážení,

tímto v souladu s jednacím řádem DŘ uplatňujeme PROTEST proti dohodě v segmentu gynekologie v rámci DŘ o úhradách na rok 2023 ze dne 31.5.2022.

Zdůvodnění:

Dne 25.5.2022 podal náš segment na základě požadavku Sdružení ambulantních dětských kardiologů protest proti původní dohodě v segmentu gynekologie ze dne 17.5.2022..

Kompletní znění tohoto protestu včetně odborného zdůvodnění a odkazu na úhradovou vyhlášku MZ z roku 2022, v níž MZ uznalo argumenty dětských kardiologů a příslušné ustanovení do vyhlášky nepřeklopilo, přikládáme.

Od 25.5.2022 nebylo ani zástupci segmentu AS, ani dětských kardiologů doručeno žádné zdůvodnění nového - v rozporu s loňským rozhodnutím MZ - postupu, nezaznamenali jsme žádnou snahu o dohodu mezi našimi segmenty, s jakou počítá jednací řád DŘ.

1.6.2022 jsme dostali na vědomí novou dohodu zástupců segmentu gynekologie se zdravotními pojišťovnami z 31.5.2022, která je v námi napadaném bodě ještě horší, jejíž důsledky vidíme pro dotčenou skupinu pacientů, o níž pečují dětští kardiologové, jako ještě závažnější. S ní tedy také nemůžeme souhlasit.

Proto využíváme svého práva daného jednacím řádem DŘ a dáváme protest i proti této dohodě.

Zároveň žádáme, aby se tento dnešní protest včetně protestu z 25.5.2022 s přiloženým zdůvodněním stal součástí zápisu ze závěrečného jednání DŘ na MZ 15.6.2022.

S pozdravem

MUDr. Zorjan Jojko, koordinátor segmentu AS

a

MUDr. Pavel Balatka, předseda Sdružení ambulantních dětských kardiologů ČR

Stanovisko SSG ze dne 14.6.2022 k protestu segmentu ambulantních specialistů

Vážení,

protest segmentu AS bereme na vědomí. Jednání se zástupci Sdružení ambulantních dětských kardiologů v minulosti již proběhla, stanoviska naší odborné společnosti a zmíněného sdružení poskytovatelů se nijak nezměnila. Další diskusi na stejné téma se stejnými lidmi nepovažujeme za přínosnou. Respektujeme doporučený postup naší odborné společnosti, který není v rozporu s doporučeními mezinárodních subjektů. Dětští kardiologové prosazují model, který ve světě nemá obdoby a je plošně i v ČR nerealizovatelný. Tvrzení, že dosažená dohoda, která respektuje doporučení odborné společnosti, by mohla ohrozit dosavadní skvělé výsledky našeho oboru, považujeme za absurdní a mnozí za ním vidí pouze ekonomické zájmy určitých poskytovatelů. Finální rozhodnutí je samozřejmě na MZ ČR. Pokud bude chtít v úhradové vyhlášce podpořit účelové chování některých subjektů, budeme to akceptovat.

Za segment ambulantní gynekologie

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.
MUDr. Jan Nový