

Reakce na závěry Sekce UZ diagnostiky ČGPS publikované v Zpravodaji SSG ČR 4, 2011

Dovolte mi, abych reagoval na doporučení Sekce UZ diagnostiky, tak jak byly publikovány v aktuálním Zpravodaji SSG.

V odstavci „Pravidelná UZ vyšetření v průběhu prenatalní péče“ byly uvedeny kódy jednotlivých UZ vyšetření v I., II. a III. trimestru s bodovým ohodnocením, časovým limitem a frekvenčním omezením. Dále bylo stanoveno to, co musí obsahovat písemná lékařská zpráva – jinými slovy to, co má být diagnostikováno. Podle tohoto doporučení je nezbytné vyšetřit počet plodů, stanovit vitalitu, biometrii plodu, pozici placenty a množství plodové vody. Vyšetřující gynekolog se tedy překvapivě nemusí zabírat morfologií plodu (?!). Těhotné, které mají přirozený zájem o to, aby došlo také na vyšetření markerů fetálních vrozených vývojových vad (VVV), by tedy měly navštívit specialistu, který provede „Superkonsilární UZ vyšetření“. Teprve v rámci tohoto vyšetření dojde, podle odborné sekce, na „podrobné hodnocení morfologie plodu“. Kdo tedy bude přímo zodpovědný za UZ screening fetálních VVV?

Z tohoto pohledu je více než diskutabilní doporučený termín pro UZ vyšetření ve II. trimestru – tedy 20. – 24. týden. Gynekolog, který bude podle tohoto návodu postupovat – provede vyšetření až ve 24. týdnu – a bude natolik osvěcen, že si všimne suspektní morfologické anomálie, nebude mít již možnost kontaktovat genetika resp. centrum zabývající se fetální dysmorfologií. Přesná diagnóza je důležitá vzhledem k možnosti ukončení gravidity při závažném nálezu. Jak známo, je podle současně platného interrupčního zákona touto časovou hranicí právě 24. týden gravidity.

Správnější by jednoznačně bylo, aby UZ vyšetření ve II. trimestru proběhlo mezi 18. – 22. týdnem gravidity, tak jak bylo stanoveno dopsud. Tento interval zachovává dostatečný limit pro konziliární vyšetření vyššího typu.

Ve III. trimestru – tedy mezi 30. – 32. týdnem nemá již určení chorionicity event. amniocity, jak je doporučeno, valného významu a není ani příliš validní.

Obvod hlavy (HC) je přesnější biometrický údaj než obvod břicha (AC).

Rozsáhlejší komentář uvádím ke kódu **63415 – Superkonsilární UZ vyšetření**. Podle Sekce UZ diagnostiky je náplní tohoto vyšetření „podrobné hodnocení morfologie plodu, fetální echokardiografie, dopplerovské hodnocení průtoku ve fetálních a placentárních cévách, prenatalní péče o vícečetná těhotenství“. To vše vyšetřeno během 30 minut s bodovým ohodnocením 539 bodů. Spočítejme si ale časové limity pro jednotlivá vyšetření, ze kterých by se měl kód skládat: morfologie plodu (30 min.) + echokardiografie (20 min.) + doppler (15–45

min, průměr 30 min.) = 80 minut – resp. hodina a půl práce s napsáním zprávy, pořízením dokumentace za 539 bodů. Pokud odečteme náklady na leasing UZ přístroje a plat zdravotní sestry (asi 50 % celkových nákladů), vychází nám šokující skutečnost, že reálný „zisk“ by byl za hodinu odborné práce asi 200 Kč před zdaněním (!!!). To je, myslím, bez komentáře. MUDr. Alexandra Stará správně píše v redakčním úvodníku, kde popisuje situaci v privátním sektoru: „...stojíme na platbách, které se nám nenavýšily již 3 roky a vlastně se nám příjmy jen snižují. Kdyby se nepodařilo našemu předsedovi prosadit bonifikace, tak spláceme nad výdělkem.“ O pár stránek dál v tom samém periodiku přichází Sekce UZ diagnostiky s kontraproduktivním řešením, které předkládá plátcům zdravotní péče a které nemůžeme nazvat jinak než DEBONIFIKACÍ. Jinými slovy nabízí pojišťovně, že „ochotně“ zahrne do původního důležitého kódu další neméně důležité kategorie, a to vše za původní ohodnocení. Už vidím, jak si zástupci zdravotních pojišťoven spokojeně mnou ruce: „Ejhle, pořád jsme nevěděli jak na ně a teď nám sami nabízejí zajímavé restriktivní řešení. Hurá!“ Co takhle, milí kolegové, bojovat za to, aby gynekologové mohli vykazovat dopplerovské kódy, prenatalně diagnostická centra echokardiografii a aby nebylo neustále zpochybňováno vykazování několika kódů u dvojčat? Pokud by všechny uvedené kategorie měly být náplní jednoho superkonziliárního kódu, pak by určitě neměl být hodnocen pouhými 539 body. To je skutečně směšná, respektive smutná představa. Není tomu tak nikde ve srovnatelných vyspělých zemích.

Pár poznámek k certifikaci pro kód **63415**. Je uvedeno, že kromě atestace v oboru je k jeho získání nutné absolvování pěti subcertifikátů u FMF pro první trimestr, dále pro druhý trimestr a u stejné instituce také subcertifikát pro echokardio. Přitom praktická část certifikace u FMF je dnes dána odesláním tří scanů s fyziologickým markerem. Výpovědní hodnota tohoto postupu je více než sporná. Dříve bylo nutno doložit jeden abnormní marker v zásadních kategoriích. To alespoň vypovídalo něco o tom, jestli do centra skutečně směřují fetální patologie, sonografisté vyšetřují patřičný počet plodů a jsou následně schopni validně rozpoznat vyšší riziko aneuploidie. Pro certifikát je dále nutno absolvovat jakési blíže nespecifikované kurzy pro dopplerovské vyšetření a vícečetné těhotenství. Plus fakultativní „ověření“, dané buď logbookem VVV, praxí či další certifikací na určeném pracovišti. To vše s dobou platnosti 5 let! Ve skutečnosti je však nutno se certifikovat pro některé ze shora uvedených markerů u FMF každý rok. Když to trochu přezenu, specialisté, kteří budou chtít uvedený kód vykazovat, nebudou dělat téměř nic jiného, než se ne-

ustále certifikovat a posléze mít za svoji vysoce erudovanou práci necelých 200 Kč na hodinu!!!

Ekonomické souvislosti:

Podle informací dr. M. Švecové, ředitelky Odboru zdravotní a smluvní politiky VZP, bylo v minulém roce vykázáno u ZP přibližně 66 700 kódů 63411, 92 000 kódů 63415 a zhruba 52 000 echokardio kódů. Tedy celkově přibližně 211 000 UZ kódů v hodnotě asi 95 milionů Kč. Pokud je celkový počet těhotných asi 115 000, pak z toho vyplývá, že každá gravidní byla v průměru 2krát ultrazvukově vyšetřena v rámci svého těhotenství. Nejde o nic zarážejícího. Tento systém funguje jako velmi účinná strategie při zachytu vrozených vývojových vad. Vyčleňme z této kategorie skupinu srdečních anomálií a předpokládejme, že by se v ČR narodilo 100 dětí se závažnými srdečními defekty. Pokud nyní pomíneme obrovské psychologické a humánní důsledky pro postiženou rodinu a omezíme se jen na ekonomické souvislosti, pak lze odhadnout náklady na operativu, pobyt na JIP, medikamentózní zajištění apod. na částku asi 500 milionů Kč. Další významné prostředky jsou šetřeny díky snížené potřebě lékařské péče u operabilních srdečních i jiných vad. Kdybychom tedy „ušetřili“ 23 milionů korun za neprovedení prenatalního vyšetření srdce u 52 000 plodů, je reálná obava z výrazného nárůstu nákladů na řádově více než 500 milionů korun z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podle generálního ředitele VZP P. Horáka se každá koruna vložená do prevence vrátí 3 korunami úspor

v systému. V případě prenatalního zachytu srdečních vad ušetří každá investovaná koruna minimálně 20 korun v systému veřejného zdravotního pojištění.

V České republice téměř polovina gynekologů neprovádí (nevykazuje) screeningové vyšetření ve 20. týdnu těhotenství (63411), posílá pacientku rovnou do specializovaného centra. Další část gynekologů se rozhodne podle možnosti svého přístroje a podmínek při vyšetření, zda odešlou pacientku na specializované UZ vyšetření. Toto rozhodnutí je zcela v kompetenci ošetřujícího lékaře a mělo by být dále zachováno. Současný systém je plně vyhovující jak z pohledu lékařského, tak z hlediska finančního. Jde o strategii nejbezpečnější pro pacientku a nejúspornější pro zdravotní pojišťovny. Pro ošetřující gynekology spojuje možnost samostatného provedení výkonu i možnost vyšetření na specializovaném pracovišti. Optimální by bylo, kdyby dosavadní výborná a osvědčená spolupráce mezi gynekology, genetiky a prenatalními kardiology zůstala i v budoucnu zachována pro jistotu těhotných i optimální ekonomickou a preventivní strategii zdravotních pojišťoven.

Pevně věřím, že tyto poznámky povedou k plodné diskusi na dané téma ve výboru sekce i mezi členy odborné společnosti.

*V Olomouci 18. 11. 2011
MUDr. Petr Polák, CSc.
U.S.G. POL s.r.o., Olomouc
Prediko s.r.o., Zlín*

Reakce na připomínky MUDr. Petra Poláka, CSc. k dokumentům České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) České lékařské společnosti (ČLS) Jana Evangelisty Purkyně (JEP)

V souladu s vyhláškou č. 397/2010 Sb. ČGPS ČLS JEP vydala:

- dne 16. 9. 2011 podmínky k získání **CERTIFIKÁTU** pro možnost vykazování zdravotního výkonu **63415** „Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatalní péče“, **podmínky k získání certifikátu i registr držitelů certifikátu** jsou k dispozici na webovém portálu Sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP (www.GynUltrazvuk.cz) a budou „on-line“ přístupné pro lékaře i zdravotní pojišťovny, podmínky k získání certifikátu byly současně publikovány v časopise Česká gynekologie (Čes. Gynek. 2011, 76, č. 6, s. 489–491),
- doporučila povinný obsah písemného zhodnocení ultrazvukových vyšetření v průběhu prenatalní péče,

při vykazování zdravotních výkonů **63417** (1. trimestr těhotenství), **63411** (2. trimestr) a **63413** (3. trimestr) viz www.GynUltrazvuk.cz (Čes. Gynek. 2011, 76, č. 6, s. 492–494).

Vzhledem k platné legislativě doporučila ČGPS zdravotním pojišťovnám, aby od 1. 1. 2013 byl kód 63415 přiznán pouze nositelům schváleného certifikátu. Jakákoli jiná osvědčení ke kódu 63415, vydaná jinými subjekty než ČGPS ČLS JEP, jsou neakceptovatelná.

„**Doporučený postup odborné společnosti**“ by měl stanovovat nepodstupitelné minimum zdravotní péče, která by měla být poskytnuta definované skupině pacientů. Při přípravě návrhu „Doporučeného postupu“ by mělo být navrhovatelem u každé položky vysvětleno a obhájeno nejen **medicínské** hledisko (významnost,

efektivita), ale i hledisko **organizační** (kdo bude pro definovanou skupinu pacientů péči poskytovat), **forenzní** (možný následek neposkytnutí péče) a **ekonomické** (kdo a jakým způsobem poskytovateli péči uhradí).

Odbornou společností doporučený „povinný popis ultrazvukových vyšetření v průběhu prenatalní péče“ představuje nepodstupitelné minimum popisu provedených a zdravotní pojišťovně vykázaných ultrazvukových vyšetření v 1., 2. a 3. trimestru těhotenství. Pokud by se nám podařilo takového stavu dosáhnout, byl by to sice malý krok pro lidstvo, ale veliký krok pro prenatalní péči o těhotné ženy v České republice. Některé informace v povinném popisu mohou možná působit jako „elementární“, avšak bohužel stále chybí v dokumentaci relativně velikého počtu těhotných a význam pro další prenatalní péči je často „zásadní“.

Přesná „datace těhotenství“ podle hodnoty parametru CRL (tzv. „temeno-kostrční délky“) změřené v 1. trimestru těhotenství je jednou z nich (kalkulátor viz www.GynUltrazvuk.cz). Jde o „elementární“ informaci, která má ale zcela „zásadní“ medicínský význam pro další prenatalní péči a takto provedenou „dataci těhotenství“ již nelze měnit. Dokumentace většiny těhotných však stále tuto informaci neobsahuje a přesnou „dataci těhotenství“ již zpětně nelze provést.

Bez přesné datace těhotenství nelze správně provést biochemický screening nejčastějších chromozomálních vad plodu a výpočet „individuálního rizika“ může být chybný (přehlédnutí postižených plodů + provedení ve skutečnosti neindikovaných invazivních vyšetření s možným potratem zdravého plodu). Nelze ani spolehlivě rozpoznat diskrepanci v biometrii plodu prováděné při ultrazvukovém vyšetření ve 2. a 3. trimestru těhotenství, přitom včasná identifikace plodů zaostávajících v růstu má zcela zásadní význam pro optimální prenatalní i peripartální management. Biometrický parametr HC (obvod hlavičky) byl navržen jako přesnější obzvláště ve 3. trimestru těhotenství, nebyl však jako „nepodstupitelné minimum“ do povinného popisu schválen.

Identifikace vícečetného těhotenství v 1. trimestru, spolehlivé určení počtu plodů a přesné určení typu vícečetného těhotenství (především chorionicity) mají pro správný prenatalní i peripartální management rovněž zcela „zásadní“ význam. Bohužel i tato informace v dokumentaci pacientek nezdídká chybí a později většinou již nelze typ vícečetného těhotenství spolehlivě určit. Screening nejčastějších chromozomálních vad plodu a výpočet „individuálního rizika“ lze u vícečetných těhotenství spolehlivě provést jen pomocí kombinovaného screeningu v 1. trimestru těhotenství (ultrazvukový + biochemický), pouze biochemický screening nelze u vícečetných těhotenství použít.

Podrobné hodnocení morfologie plodu v 1. a 2. trimestru těhotenství má nesporný medicínský význam, jde však o specializované vyšetření nad rámec doporučení ČGPS ČLS JEP, nejde o „nepodstupitelné minimum zdravotní péče“, kterou by bylo možné zajistit všem těhotným ženám s ohledem na hledisko organizační, forenzní i ekonomické. Optimální období pro hodnocení podrobné morfologie plodu je 20.–24. týden těhotenství,

hodnocení biometrie plodu podle parametrů BPD, AC a FL je navíc v 18. týdnu méně přesné.

Zdravotní výkon **32410** s názvem „Screeningové prenatalní echokardiografické vyšetření“ má podle vyhlášky č. 397/2010 Sb. autorskou odbornost 302 (dětská kardiologie) a představuje jednu z „českých specialit“, protože prenatalní echokardiografické vyšetření se jako screeningové (tzn. všem těhotným, respektive všem plodům) neprovádí nikde na světě. Navíc, sdílení tohoto výkonu pro odbornost 603 (gynekologie a porodnictví) již se zdravotními pojišťovnami nasmlouvat nelze. Takové privilegium patří historicky pouze některým zařízením, a v rámci systemizace se tudíž nejedná o perspektivně akceptovatelné řešení. Analogická situace je u zdravotních výkonů **89515** „UZ duplexní vyšetření pouze jedné cévy, tj. morfologické a dopplerovské“ a **89517** „UZ duplexní vyšetření dvou a více cév, tj. morfologické a dopplerovské“. Oba výkony mají autorskou odbornost 809 (radiologie a zobrazovací metody) a sdílení výkonů pro odbornost 603 (gynekologie a porodnictví) již se zdravotními pojišťovnami rovněž nasmlouvat nelze. Pokud jde o ultrazvuková vyšetření u vícečetných těhotenství, neumožňuje vyhláška č. 397/2010 Sb. vykázat zdravotní výkony současně vícekrát, lze však v rámci prenatalní péče o vícečetné těhotenství uplatnit zdravotní výkon **63415** „Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatalní péče“, který má autorskou odbornost 603 (gynekologie a porodnictví), analogická situace je u dopplerovského hodnocení průtoku ve fetálních a placentárních cévách, hodnocení podrobné morfologie plodu a základní prenatalní echokardiografie, kterou by měl mít možnost provádět gynekolog v rámci hodnocení podrobné morfologie plodu. Ani zdravotní výkon **63415** však nelze v jednom dni vykázat vícekrát. Zdravotní výkon **32420** „Specializované prenatalní echokardiografické vyšetření“ má autorskou odbornost 302 (dětská kardiologie) a jde o specializované vyšetření, které by mělo být prováděno pouze v indikovaných případech.

Vytvoření nového zdravotního výkonu s autorskou odborností 603 (gynekologie a porodnictví), který by měl bodové ohodnocení nižší nebo shodné se zdravotním výkonem 63415, by tudíž nebylo smysluplné a v současné době ani realizovatelné. Navíc, podle současných úhradových mechanismů pro poskytovatele zdravotní péče není bodová hodnota zdravotního výkonu přímo propojena s platbou od zdravotní pojišťovny.

Zdravotními pojišťovnami již byla diagnostikována ve „vybraných regionech“ situace, kdy je u většiny těhotných žen ve 2. trimestru rutinně vykazováno několik ultrazvukových vyšetření (v extrémní variantě 63411 + 63415 + 32410 + 89515 event. 89517), většinou navíc několika zařízeními, což je podle současných úhradových mechanismů pro zdravotní pojišťovnu nejnákladnější varianta. Zdravotní pojišťovny mají tudíž logický zájem o systemizaci prenatalní ambulantní péče o těhotnou ženu a požádali ČGPS o spolupráci při řešení situace. Z dat předložených zdravotními pojišťovnami je zřejmé, že systemizace (evidence a organizace) poskytované péče je potřebná, cílem by mělo být zvýšení kvality poskytované péče pro všechny těhotné ženy při maxi-

mální možné úhradě ze strany zdravotních pojišťoven, integrace ČGPS do procesu je proto nezbytná.

Je však nutné počítat i s tím, že zdravotnická zařízení, která historicky poskytují a vykazují zdravotní péči nestandardním způsobem, budou některá opatření vnímat negativně. Nestandardním způsobem se rozumí, pokud jsou finanční prostředky veřejného zdravotního pojištění rozdělovány mezi těhotné ženy diferencovaně, nikoli podle medicínské potřeby, ale podle lokality nebo pracoviště. Odborná společnost by tudíž měla definovat „nepodstupitelné minimum“ zdravotní péče, která by měla být poskytnuta všem těhotným ženám, a ve spolupráci s plátcí zdravotní péče stanovit mechanismus, jakým bude všem poskytovatelům skutečně uhrazena. Takto definované „nepodstupitelné minimum“ zdravotní

péče by mělo korespondovat s aktuální ekonomickou kapacitou systému veřejného zdravotního pojištění.

Data týkající se prenatální ambulantní péče o těhotné v návaznosti na úhradové mechanismy v roce 2012 budou prezentována až v příštím roce a věřím, že budou spojena s plodnou a konstruktivní diskusí.

*Doc. MUDr. Marek Lubušký, Ph.D.
předseda Sekce ultrazvukové diagnostiky
ČGPS ČLS JEP*

*Doc. MUDr. Ladislav Krofta, Csc.
místopředseda Sekce ultrazvukové diagnostiky
ČGPS ČLS JEP*