

## **Návrhy skupiny poskytovatelů domácí zdravotní péče na úhradu zdravotní péče poskytované pro rok 2019 předkládaný za organizace:**

- Asociace domácí péče ČR, z. s. - odbornost 925
- Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení - odbornost 925
- Asociace denních stacionářů a krizových center, z. s – odbornost 914
- Česká asociace sester, z.s.
  - o odbornost 925
  - o odbornost 914
- Grémium managerů agentur domácí péče, z.s. – odbornost 925
- Fórum mobilních hospiců, z. s. - odbornost 926
- Charita ČR - odbornost 925

### **Obsah dokumentu:**

1. Návrh skupiny poskytovatelů v odbornosti 925.....str. 1- 8
2. Návrh skupiny poskytovatelů v odbornosti 914.....str. 9
3. Návrh skupiny poskytovatelů v odbornosti 926.....str. 10-11

## Návrh skupiny poskytovatelů v odbornosti 925

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v **odbornosti 925** podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši **1,00 Kč**.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v **odbornosti 925** podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši **1,11 Kč**. Celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POP} \times \text{PURO} \times 1,09,$$

kde:

**POP** počet unikátních pojištěnců ošetřených v odbornosti 925 v hodnoceném období, do počtu unikátních pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byly v hodnoceném období vykázány zdravotní služby uvedené v bodě 3,

**PURO** průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období, kterým je rok 2017;

Do celkové výše úhrady podle bodu 2 se nezahrne úhrada za zdravotní služby vykázané u klinicky náročných pacientů (KNP), u nichž úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí celostátní průměrnou úhradu za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období a jsou u něho splněna kritéria KNP.

3. Zdravotní služby v odbornosti 925 poskytnuté klinicky nákladným pojištěncům, budou uhrazeny nad rámec celkové úhrady dle bodu 2 a výše úhrady za tyto zdravotní služby se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu **1,11 Kč**.
4. Pokud poskytovatel domácí zdravotní péče poskytne ošetřovatelskou péči u pacienta v terminálním stavu s vykázaným signálním kódem výkonu 06349, bude tato péče poskytovateli uhrazena plně a nebudou v těchto případech použity regulační mechanismy.
5. Ustanovení bodu 3 se nepoužije, pokud poskytovatel domácí zdravotní péče ošetřil v referenčním období 100 a méně pojištěnců. U Poskytovatele, který v daném roce ošetřil více než 100 pojištěnců, je stanoven roční koeficient růstu péče 109 %. U poskytovatele, který překročil stanovený koeficient růstu, budou nadlimitní body hrazeny ve výši 75% stanovené ceny bodu. Měsíční předběžná úhrada bude hrazena ve výši 100% řádně vykázané péče v hodnotě uvedené na předložené faktuře.

6. Celkové roční vypořádání bude provedeno do 120 dnů po ukončeném hodnoceném období. Do kalendářního roku jsou zahrnuty všechny výkony, které zdravotní pojišťovna obdrží v řádně zpracovaných dávkách od 16. dne prvního měsíce daného roku do 15. dne prvního měsíce roku následujícího.
7. Úhrada zdravotních služeb poskytnutá pojištěncům EU registrovaným u zdravotní pojišťovny nebude zahrnuta do výpočtu celkové výše úhrady poskytovatele.
8. Pokud bude při ročním vypořádání zjištěn přeplatek ze strany zdravotní pojišťovny, bude oznámen formou ročního vyúčtování poskytovateli. Poskytovatel může do 30 dnů vznést námitku proti celkovému ročnímu vyúčtování, ve které může odůvodnit celkový nárůst péče. Důvodnou námitku zdravotní pojišťovna zohlední. Případná „Dorovnávací“ faktura bude ze strany zdravotní pojišťovny vystavena až po vzájemném vypořádání vznesených námitek nebo pokud se poskytovatel do 30 kalendářních dnů od zaslání konečného vyúčtování neodvolá.

## ODŮVODNĚNÍ:

### Ad bod 1 - Odůvodnění:

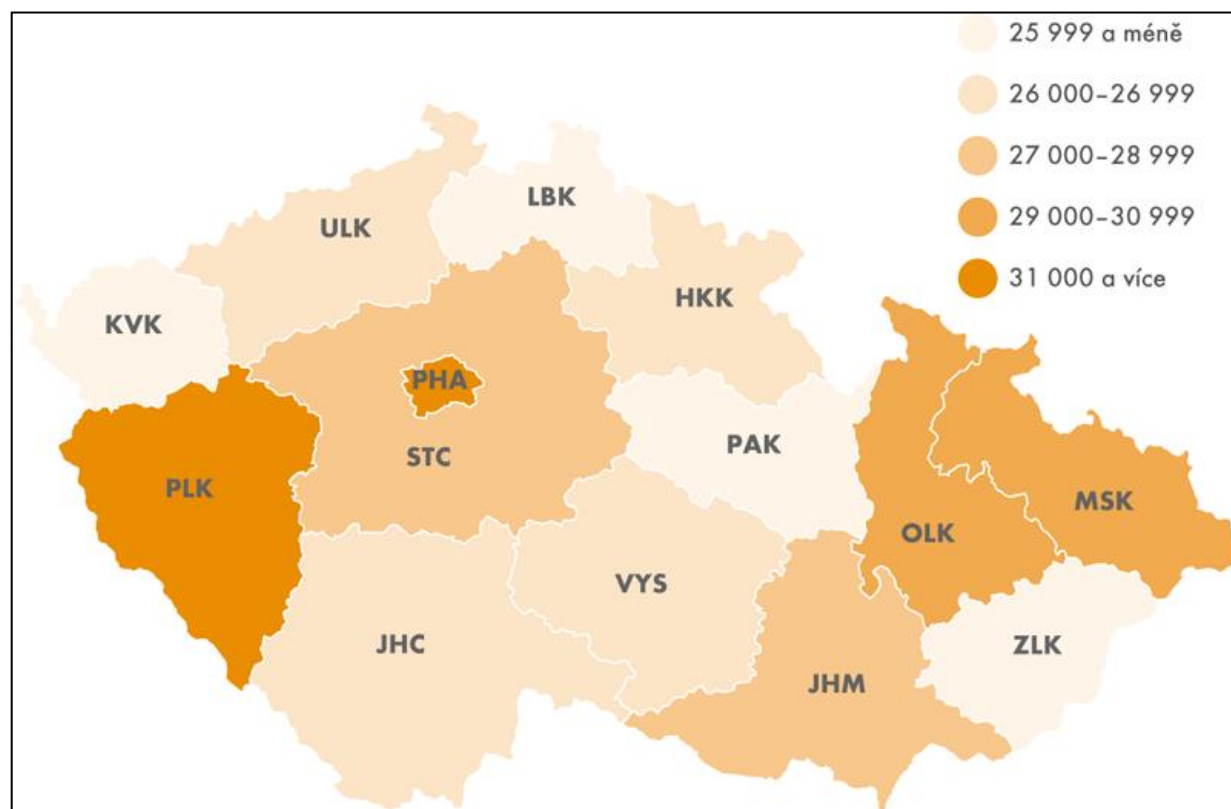
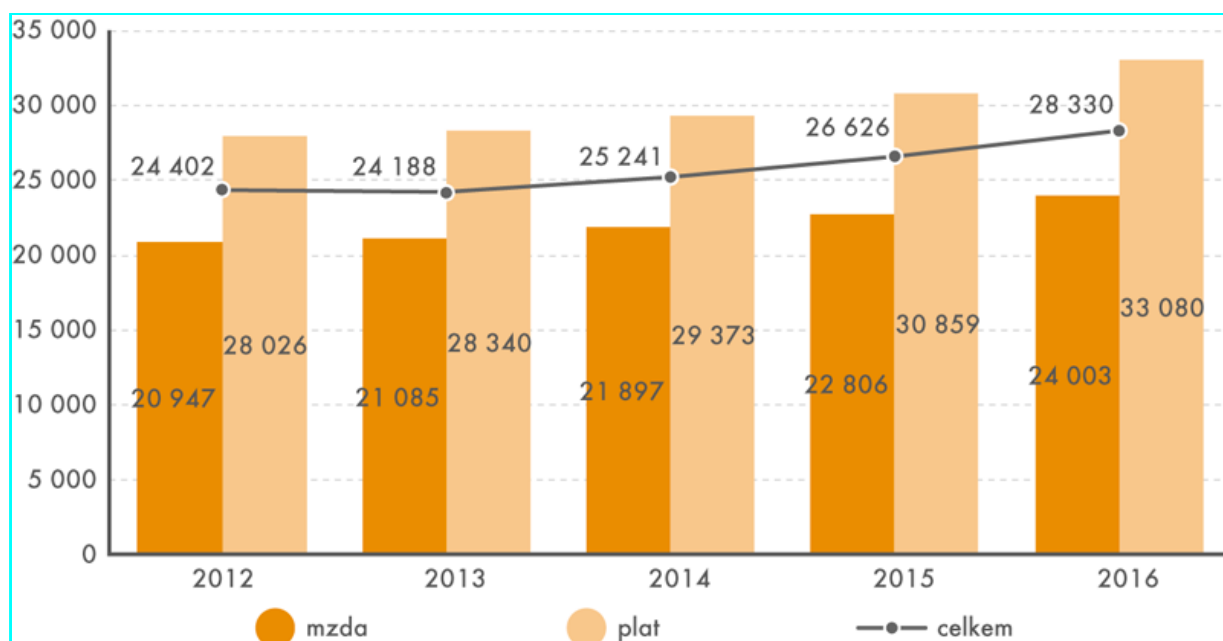
Předložený návrh na navýšení hodnoty bodu pro segment 925 prezentuje akutní potřebu dofinancování nákladů na péči, zejména přímých nákladů, které v současné době poskytovatelé domácí péče dotují z režie jednotlivých výkonů. Existuje zde historická nespravedlnost z roku 2009, kdy došlo ke snížení hodnoty bodu v souvislosti s navýšením mzdových indexů s příslibem narovnání zpět do dvou let, ale nikdy nebylo dorovnáno! Míra inflace od té doby vzrostla několikanásobně. Opakované navyšování mezd ve zdravotnictví, vždy opomíjelo soukromou sféru v terénu.

Podfinancování se již dnes projevuje stagnací rozvoje a kvality péče tohoto oboru. V porovnání se statistickými daty jednoznačně prokazujeme, že úhrady výkonů domácí péče nedostatečně pokrývají náklady na poskytování péče. Důkazem tohoto tvrzení jsou statistická data, která zahrnují srovnání z několika pohledů.

Navýšení hranice počtu UOP, od které se uplatňují regulační parametry na 100, je nezbytné - obdobně jako u ambulantních specialistů. V domácí péči jsou ošetřovány menší počty pojištěnců a již jeden či několik velmi náročných pojištěnců významně navyšují průměrné hodnoty a tím dochází k motivaci poskytovatelů k preferování „lehkých“ pacientů.

**Ustanovení: „Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období.“**, je reflexí na nález pléna Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13, který zrušil úhradovou vyhlášku č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Lze se důvodně domnívat, že Ministerstvo zdravotnictví reagovalo na tyto závěry pléna Ústavního soudu v úhradových vyhláškách na roky 2014 a 2015 (č. 428/2013 Sb. a č. 324/2014 Sb.), když do přílohy č. 6 zařadilo odst. 3, kde uvedlo výše uvedený text. Nejednalo se o automatické vyvinění, ale poskytovatel musel odůvodnit v konkrétních případech, proč došlo k navýšení průměrného počtu bodů vykázaných na unikátního pojištěnce. S ohledem na kogentní charakter tohoto ustanovení pak byla zdravotní pojišťovna povinna zohlednit odůvodněné případy nezapočítat je do konečného vyúčtování.

Činnost odbornosti 925 zajišťují všeobecné sestry. Získaná data z deníku Statistického úřadu ČR (viz graf 1) jasně prokazují nárůst mezd a platů v českém zdravotnictví (viz obr. 1). Medián mezd a platů všeobecných sester a porodních asistentek se mezi roky 2012 a 2016 zvýšil o necelé 4 tis. Kč, což představuje nárůst o 16,1 %. Také u této profese rostl výdělek rychleji sestrám zaměstnaným v organizacích odměňujících platem, tedy především zaměstnancům fakultních nemocnic, specializovaných ústavů zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví a příspěvkových organizací krajů (ISPV 2017).



Graf 1: Medián nárůstu mezd ve zdravotnictví – zdroj ISPVObrázek 1: Medián výdělků všeobecných sester a porodních asistentek v krajích ČR v roce 2016 (v Kč) - zdroj ISPV

Navýšení se ovšem nemohlo dotknout odbornosti 925. Odbornost 925 je financována výkonem s časovou hodnotou péče. Hodina práce sestry dle Seznamu zdravotních výkonů činí v přímých nákladech 157 Kč (viz Ošetřovací návštěva – domácí zdravotní péče typ III – Seznam výkonů).

**Vzmemme-li v úvahu, že sestra bude ošetřovat pacienty v jedné ulici a na dopravu nepřípadně ani jedna minuta času, při naplnění 40 hodinové týdenní mzdy činí příjem přímých nákladů na mzdy 25 090,52 Kč. Tato hodnota se stává tzv. super hrubou mzdou sestry a hrubá mzda činí 18 725 Kč.**

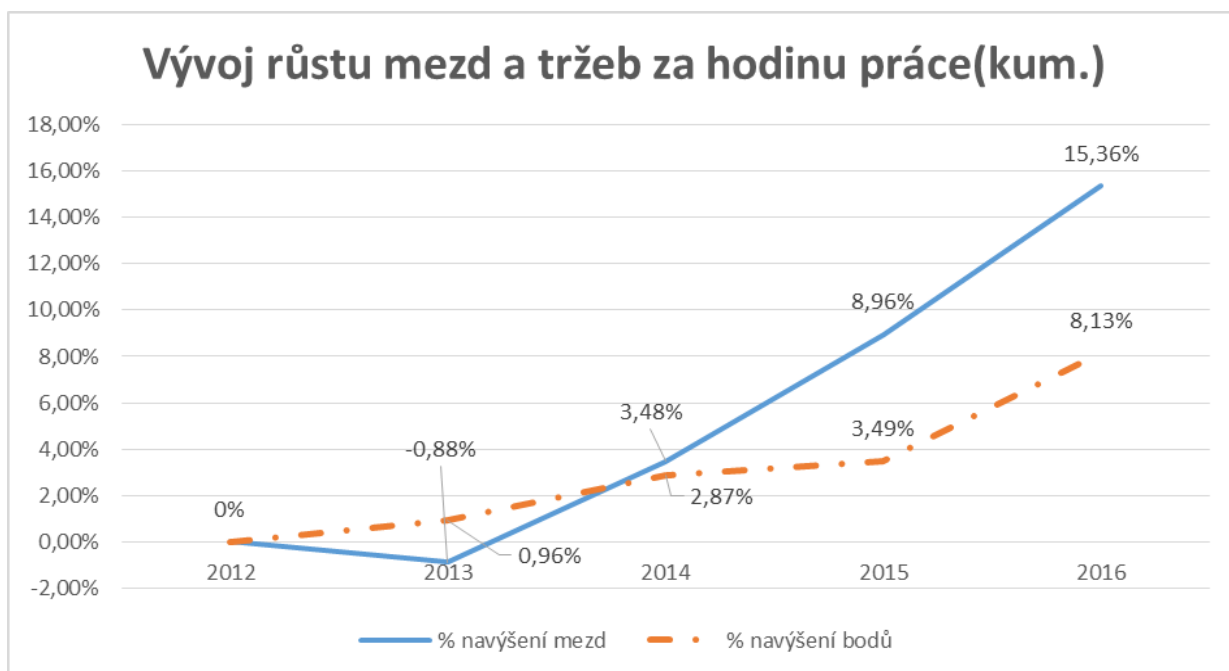
Z kalkulace plyne, že z přímých nákladů nelze průměrný plat zdravotních sester v domácí péči zdaleka ufinancovat a poskytovatelé jsou nuceni hradit přímé náklady z režie. Důsledkem je dotčená kvalita domácí péče, která z principu nemůže být udržitelná. Agentury domácí péče **zažívají největší personální krizi v historii.**

V pětiletém období nejen že nedochází k potřebné valorizaci hodnoty bodu, ale je uplatňována regulace maximální úhradou na unikátního pojištěnce podle referenčního období (PURO<sub>ICZ</sub>), která způsobuje, že poskytovatelé v odbornosti 925 nedostávají ani úhradu, kterou jako náklad předpokládá vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a která je již sama o sobě nedostatečná, jak je uvedeno níže (viz graf 2 a tab. 1). V důsledku uplatněné regulace dochází k tomu, že výkony v odbornosti 925 jsou poskytovatelům hrazeny s hodnotou bodu nižší, nežli 1 Kč. Poskytovatel tedy neobdrží ani oněch 157 Kč na super hrubou hodinovou mzdu za práci sestry, ale ještě méně (např. při výsledné hodnotě bodu po regulaci 0,90 Kč, která není zdaleka výjimečná, obdrží poskytovatel 141 Kč).

Nutno zdůraznit, že poskytovatel v odbornosti 925 sám neurčuje obsah péče, kterou bude u pacienta poskytovat. Poskytovatel v odbornosti 925 je poskytovatelem **vyžádané péče**, která je indikována ošetřujícím lékařem. Není oprávněn nákladné pojištěnce odmítat, ani předepsanou ošetřovatelskou péči redukovat.

**Omezování úhrady pevnou částkou na pojištěnce stanovenou jako průměr úhrady v období dva roky zpátky, která žádným způsobem nezohledňuje skutečnou nákladovost aktuálně hrazené péče, je u poskytovatelů vyžádané péče zásadně nesprávný směr. Pokud by měla být regulace uplatněna, musí obsahovat kompenzační mechanismus, který umožní změkčit dopad regulace, resp. zohlednit skutečnou nákladovost hrazené péče.**

Mezi největší náklady režie, které ovlivňují provoz domácí péče, a které trvale rostou, patří nájmy, PHM, IT služby.



Graf 2: Meziroční vývoj růstu mezd a tržeb za hodinu práce zdr.sestry v odb. 925

Rok	Medián mezd	% navýšení mezd	Body za výkon 06317	% navýšení bodů
2012	24 402	0,00%	312	0%
2013	24 188	-0,88%	315	0,96%
2014	25 241	3,48%	321	2,87%
2015	26 626	8,96%	323	3,49%
2016	28 330	15,36%	338	8,13%
<b>Nárůst 2012 -2016</b>		<b>16,10%</b>		<b>8,33%</b>

Tabulka 1: Vývoj mediánu mezd a výkonu 06317 od roku 2012-2016

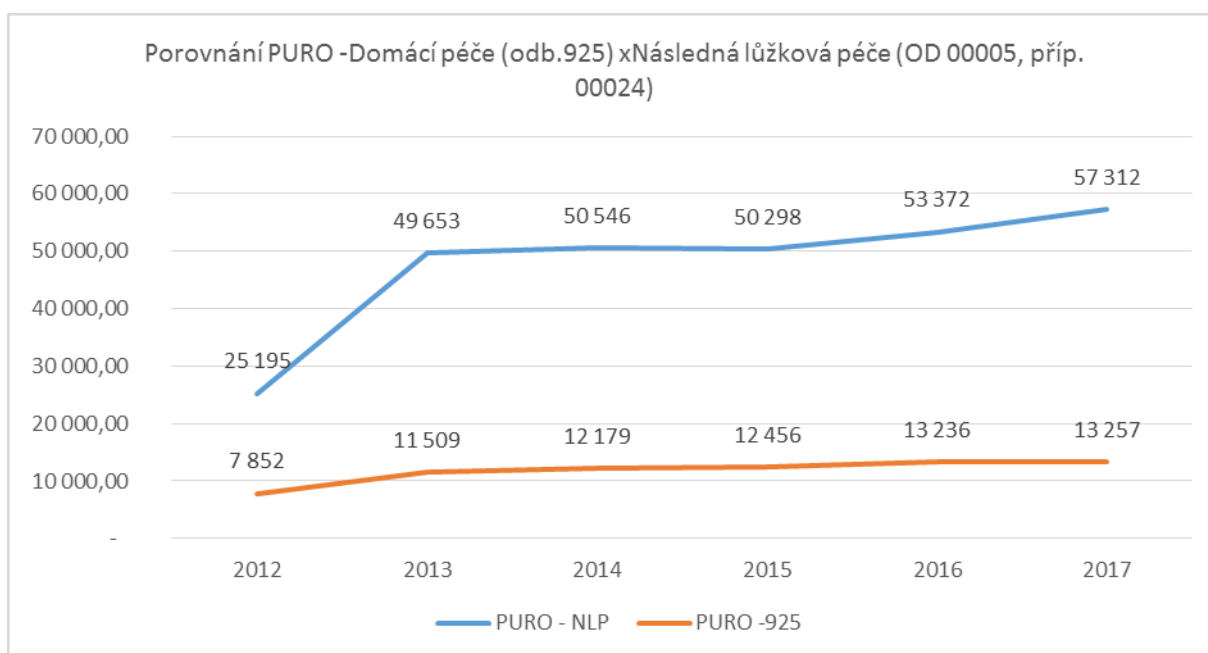
**Chyba! Chybné propojení.**

## Analytická data zdravotních pojišťoven neukazují na aktuální stav

Výsledky analytické komise za rok 2017 ukazují na nárůst 0,61% nákladů zdravotních pojišťoven (viz graf 3) v segmentu domácí péče oproti roku 2016. Analýza těchto nákladů obsahuje data dalších odborností, které realitu nákladů odbornosti 925 zkreslují. Navyšování nákladů je jednoznačně způsobeno náročnější ošetrovatelskou péčí u pacientů, kteří jsou ošetřováni v domácím prostředí. Kvalita domácí péče se v období 2012–2017 velmi posunula a vyrovnává se tak péči v lůžkových zařízeních. Péče o pacienta v domácím prostředí je 4x levnější než na lůžku v následné péči (viz graf 4). V domácí péči lze ošetřovat pacienty se závažnějším onemocněním, např. pacienty v terminálním stavu, pacienty na úplné plicní ventilaci či pacienty s komplikovaným chronickým onemocněním, kteří vyžadují větší objem péče.



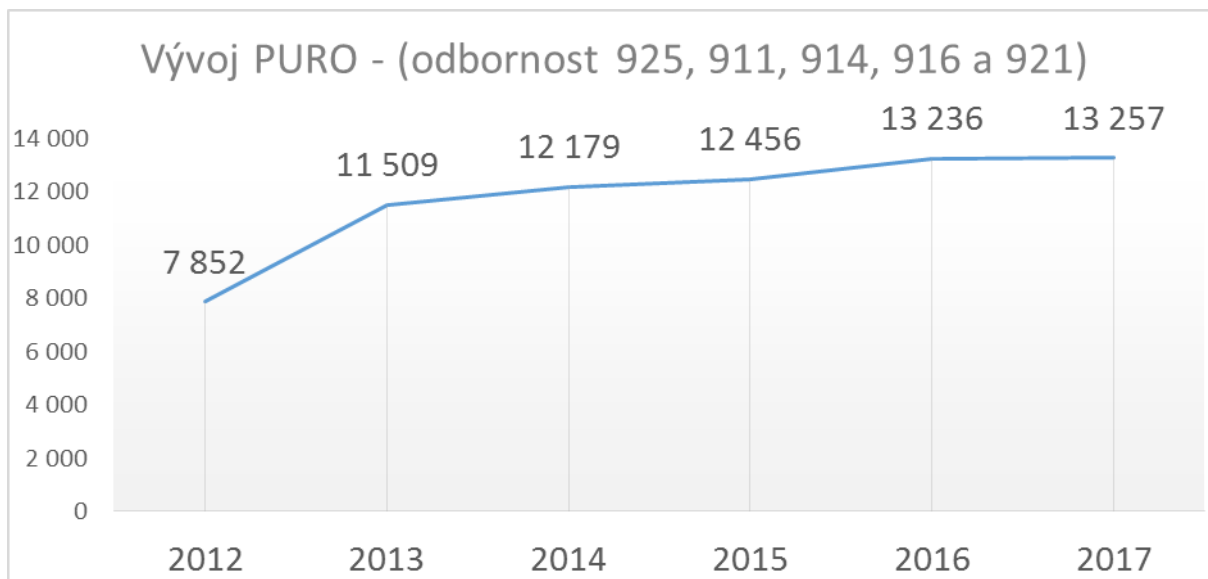
**Graf 3: Náklady zdravotních pojišťoven – zdroj: AK DŘ**



**Graf 4: Porovnání průměrné úhrady v NLP a domácí péče – zdroj: AK DŘ**

Data dále ukazují na vývoj průměrné úhrady na unikátního pacienta minimálně o 2% do roku 2016 (viz graf 5). Hodnota nákladů na jedno rodné číslo se v roce 2017 téměř nenavýšila. Důsledkem je aplikované regulační omezení povoleného nárůstu objemu péče o 3%. Poskytovatelé jsou nuceni dlouhodobě vyvíjet vliv na indikující lékaře, aby nedocházelo k překročení těchto limitů, které pojišťovny neuhradí. Situace, kdy je třeba pečovat o nákladné pojištěnce, jsou pro indikující lékaře i poskytovatele domácí péče čím dál složitěji řešitelné. Současný úhradový systém motivuje indikující poskytovatele i poskytovatele domácí péče k omezování indikace ošetrovatelské péče, čímž dochází k přímému ohrožení dostupnosti potřebné hrazené péče pro pojištěnce.





Graf 5: Vývoj průměrné úhrady na unikátního pacienta – zdroj: AK DŘ

### Status „klinicky náročný pacient“ (dále jen KNP)

Analytická komise uvádí, že průměrné PURO za rok 2017, bylo 13 257 bodů na pacienta.

Tohoto průměru může být u jednoho pacienta dosaženo již během jednoho měsíce a to při poskytování hodinových návštěv 3xdenně každý den. Dalších 11 měsíců je pak péče vykonávána zdarma. Jedinou možností při nastavení dosavadního regulačního vzorce je ošetřování většího počtu jednorázových (nenákladných) pacientů, což se míjí s posláním domácí zdravotní péče.

Z tohoto důvodu navrhujeme zavést do odbornosti 925 status „klinicky náročný pacient“. Jednalo by se o pacienty, u nichž úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí celostátní průměrnou úhradu za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, při splnění následujících kritérií:

- 1) Pacient je ošetřován alespoň jeden celý měsíc ve sledovaném roce.
- 2) U pacienta je během měsíce vykázan alespoň jedenkrát kód 06135 nebo 06137.
- 3) U pacienta je vykazován u ošetřovací návštěvy současně některý z materiálových kódů:
  - a. 06323 – odběr biologického materiálu
  - b. 06325 – aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
  - c. 06327 – ošetření stomií
  - d. 06329 – lokální ošetření
  - e. 06331 – klyσμα, výplachy, laváže, cévkování, ošetření permanentních katétrů
  - f. 06333 – aplikace inhalační a léčebné terapie P. O., S. C., I. M., I. V., UV., event. další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv

za segment domácí zdravotní péče : Bc. Ludmila Kondelíková – koordinátorka segmentu

# Návrh skupiny poskytovatelů v odbornosti 914

Věc: Návrhy k dohodovacímu řízení o hodnotě bodu za odbornost 914 – psychiatrická sestra.

Níže předložený návrh je společným návrhem Psychiatrické sekce ČAS a Asociace denních stacionářů a krizových center. Tento návrh je také podporován Psychiatrickou společností ČLS JEP.

Navrhujeme, aby pro poskytování zdravotní služby v odbornosti 914 byla stanovena hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.

## Zdůvodnění:

Strategie reformy psychiatrické péče schválená ministrem zdravotnictví počítá s rozvojem komunitních psychiatrických služeb poskytovaných psychiatrickými sestrami.

Stávající nastavení úhrad v domácí péči je vůči pacientům s duševním onemocněním diskriminační. Hodnota bodu pro návštěvní službu u psychiatrických pacientů (odbornost 914) je stanovena na 0,95 Kč, zatímco návštěvní služba poskytovaná pacientům se somatickými problémy (odbornost 925) má stanovenou hodnotu bodu na 1,02 Kč. Pro tento rozdíl neexistuje racionální zdůvodnění.

Pro poskytování služeb pod odborností 914 je navíc vyžadován nositel S3, to znamená sestra se specializací pro psychiatrii, který má vyšší kompetence a měl by být náležitě oceněn. Hodnota bodu v odbornosti 914 by měla být minimálně na stejné výši jako hodnota bodu v odbornosti 925. Jde o poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče, která je samostatně vykonávána ve spolupráci s ambulantním psychiatrem nebo v rámci vznikajících Center duševního zdraví. Jde o péči poskytovanou v různých regionech ČR a to v nepřetržitém provozu.

Stávající úhrady v odbornosti 914 nereflktují současné platové podmínky v lůžkových zařízeních, což brzdí přesun péče z institucí do přirozeného prostředí klientů, který je žádoucí a deklarován ve Strategii reformy psychiatrické péče.

Za psychiatrickou sekci ČAS

Za ADSKC

Za psychiatrickou společnost ČLS JEP

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

Petra Hájková

Doc. Martin Anders, Ph.D.

.....

.....

.....

V Praze, dne 7.3.2018

## Návrh skupiny poskytovatelů v odbornosti 926

Fórum mobilních hospiců, z.s. navrhuje pro rok **2019** následující způsob úhrady zdravotních služeb **v odbornosti 926 - domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu** podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami:

*„Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 926 - domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu podle seznamu zdravotních výkonů se hodnota bodu stanoví u dospělých pacientů ve výši 1 Kč po dobu 30 dnů, po té ve výši 0,75 Kč. U dětských pacientů se hodnota bodu pro tuto odbornost stanoví ve výši 1 Kč po dobu 90 dnů, po té ve výši 0,75 Kč.“*

### Odůvodnění:

Pro rok 2019 je pro úhradu zdravotních služeb v odbornosti 926 - domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu navrhován stejný mechanismus výpočtu jako v roce 2018, tj. je navrhován výkonový způsob úhrady se stanovenou hodnotou bodu. Navrhuje se, aby výkony v odbornosti 926 (výkon 80090 a 80091 dle seznamu zdravotních výkonů), které budou poskytovatelem vykázány v prvních 30 dnech u dospělých pacientů, resp. v prvních 90 dnech u dětí, byly hrazeny s hodnotou bodu 1 Kč.

Pro výkony, které budou u pacienta vykázány po uplynutí 30, resp. 90 dnů, se navrhuje úhrada s hodnotou bodu 0,75 Kč za bod – a to proto, že Ústavní soud již jednou zrušil úhradu s hodnotou bodu 0,30 Kč při překročení limitu (nález pléna ÚS ze dne 22.10.2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13), přičemž konstatoval, že se jedná nikoli o platbu, ale o sankci, protože nelze předpokládat, že úhrada na úrovni ani ne třetiny plné hodnoty bodu pokryje nezbytné náklady na poskytnutí hrazené péče. Navrhujeme proto, aby možnost postihnout ty z poskytovatelů, kteří nepřiměřeně často zařadí do péče suboptimálně indikované pacienty (tedy například více než 10 % celkového počtu pacientů) byla řešena smluvní politikou a nikoliv plošnou sankcí v úhradovém mechanismu.

Hodnota bodu ve výši 0,75 Kč lépe koresponduje s předpokládanými reálnými náklady na poskytování péče v odbornosti 926, nežli hodnota bodu 0,50 Kč, kterou stanoví vyhláška č. 353/2017 Sb. pro rok 2018. Od roku 2015 realizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR pod záštitou České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví pilotní projekt úhrady Mobilní specializované paliativní péče (nyní odbornost 926 podle seznamu zdravotních výkonů). S odkazem na výsledky tohoto pilotního testování nelze předpokládat, že náklady na paliativní péči v domácím prostředí se po uplynutí 30, resp. 90 dnů sníží na polovinu. Je proto zřejmé, že hodnota bodu 0,50 Kč stanovená pro rok 2018 nevychází z reálných ekonomických podkladů, nýbrž má motivovat smluvní poskytovatele v odbornosti 926, aby přebírali do péče pouze ty pacienty, u kterých je skutečně reálný předpoklad úmrtí do 30 dnů (dospělí), resp. do 90 dnů (dětí). Úhrada s hodnotou bodu 0,50 Kč má tak jednoznačně sankční povahu. Současně neexistuje žádný kompenzační mechanismus, který by umožnil poskytovateli navýšit úhradu, pokud by musel překročit oněch 30, resp. 90 dnů a obdržená úhrada by nepostačovala ani na pokrytí nezbytných nákladů.

S odkazem na výsledky shora zmíněného pilotního projektu lze dovodit, že úhrada na úrovni poloviny plné úhrady náklady na správné poskytování paliativní péče u umírajících pacientů v domácím prostředí nepokryje (jedná se o komplex lékařské a ošetrovatelské péče). Již

úhradu na úrovni 1 Kč za bod, která znamená úhradu 1101,- Kč za výkon 80090 (agregovaný výkon domácí paliativní péče - klinicky nestabilní pacient), resp. 1392,- Kč za výkon 80091 (agregovaný výkon domácí paliativní péče - klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy), lze považovat z ekonomického hlediska za hraniční.

Máme za to, že úhrada zdravotních služeb v odbornosti 926 s hodnotou bodu 0,75 Kč po překročení 30 dnů u dospělých, resp. 90 dnů u dětí nevyklučuje pokrytí jejich nákladovosti a současně bude dostatečným regulačním mechanismem vedoucím ke správné indikaci paliativní péče v odbornosti 926.

Za Fórum mobilních hospiců, z.s.

Marek Uhlíř, předseda  
Monika Marková, místopředsedkyně