

Podávání léčivých přípravků

Upozornění: V textu uvedené citace jsou uvedeny v přesném znění bez redakčních úprav. Red.

Od ledna letošního roku došlo ke změně úhrad podávání léků per os ze zdravotního pojištění pro uživatele pobytových zařízení sociálních služeb, pokud v nich pobývají. Přesněji řečeno s účinností od 1. 1. 2012 byl vyhláškou č. 411/2011 Sb. ze dne 14. 12. 2011, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb. a kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, změněn název materiálového výkonu 06623 z původního „Aplikace léčebné terapie P. O., I. M., S. C., I. V., UV, event. další způsoby aplikace, terapie či instalace léčiv“ na „Aplikace léčebné terapie I. M., S. C., I. V.“

Tím byla znovu otevřena otázka týkající se podávání léčivých přípravků v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ačkoliv v lůžkových zdravotnických zařízeních nikdo ani na okamžik nezpochybňuje podávání léčivých přípravků všeobecnou sestrou a nezpochybňuje úhradu ze zdravotního pojištění, tak v pobytových zařízeních sociálních služeb je tomu spíše naopak, a to i přes skutečnost, že jde o péči institucionální.

Platná právní úprava stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník nelékařských povolání může vykonávat bez indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. uvádí, jaké činnosti může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Mezi uvedenými činnostmi je podávání léčivých přípravků s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí, u novorozenců a dětí do 3 let s výjimkou radiofarmak. Dalším zdravotnickým pracovníkem, který může podávat léčivé přípravky na základě indikace lékaře a pod odborným dohledem všeobecné sestry, je zdravotnický asistent. Jiný zdravotnický pracovník (nelékař) než výše uvedený podle platné právní úpravy nemůže podávat léčivé přípravky (tedy ani žádný pracovník bez odborné způsobilosti zdravotnického pracovníka). Pouze v oblasti péče o matku a dítě může léčivé přípravky podávat porodní asistentka a v oblasti neodkladné péče i zdravotnický záchranář. V posledních letech jsme byli svědky několika tzv. výkladů, že léky může v pobytovém zařízení podat kdokoliv, že jde o péči identickou s péčí v domácnosti uživatele. Samozřej-

mě existuje několik společných atributů, nicméně hranice mezi neformální, resp. neprofesionální péčí a formální, resp. institucionální jsou zřejmé. Tento výklad v minulosti potvrdilo několikrát i Ministerstvo zdravotnictví.

Současná praxe je taková, že léčivé přípravky jsou podávány zdravotnickými pracovníky s odbornou způsobilostí na základě indikace lékaře při pobytu v lůžkových zdravotnických zařízeních. Druhá situace je ta, kdy jsou léčivé přípravky lékařem předepisovány a indikovány přímo pacientovi, který léčivé přípravky užívá sám v domácnosti. Další zavedenou praxí je podávání léků v domácí zdravotní péči, kdy léky indikuje a předepíše lékař pacientovi a ten nebo rodinný příslušník má léky v držení, všeobecná sestra tyto léky v indikovaných případech podává, není však odpovědná za jejich uskladnění. Jinou situaci právní předpisy ani praxe neznají. V případě pobytových zařízení sociálních služeb, ve kterých je poskytována zdravotní péče jako zvláštní ambulantní péče, indikuje léčivé přípravky ošetřující lékař a všeobecná sestra (popřípadě zdravotnický asistent) na základě indikace léčivé přípravky podává těm pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje podání léčivých přípravků odborně způsobilým zdravotnickým pracovníkem. Rozhodnutí o tom, který uživatel/klient pobytového zařízení je schopen užívat léčivé přípravky sám a který uživatel/klient s ohledem na fyzické a mentální schopnosti této činnosti již schopen není, je plně na ošetřujícím lékaři, a to bez ohledu na skutečnost, zda indikovaný výkon je, či není hrazen ze zdravotního pojištění. Je nutno striktně oddělovat regulování poskytování zdravotní péče a pravidla úhrady zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění.

Druhou otázkou je průběh indikování

podávání léčivých přípravků lékařem. Ve zdravotnických zařízeních jsou indikace zaznamenávány do zdravotnické dokumentace, ze které všeobecné sestry přebírají informaci o indikaci léčivých přípravků, tj. indikování léčiv probíhá v rámci jednoho subjektu a zdravotnický tým má přístup do jedné zdravotnické dokumentace. V případě pobytových zařízení sociálních služeb se však jedná o jiný právní subjekt, než kterým je ošetřující (registrující) lékař, z tohoto důvodu nemůže zdravotnický personál – všeobecné sestry – nakládat s jeho zdravotnickou dokumentací. V tomto případě ošetřující lékař musí indikaci provést jiným způsobem než zápisem do zdravotnické dokumentace pacienta, kterého má ve své péči. Činnost – výkon podání léčivých přípravků per os – si musí vyžádat u jiného subjektu, u pobytového zařízení sociálních služeb (pokud ho nezajistí jiným způsobem), a to prostřednictvím formuláře – předpisu, ve kterém musí minimálně uvést údaje o osobě, které má být léčivý přípravek podáván, název, sílu, formu a dávku léčivého přípravku, čas podání, způsob podání a další doplňující informace (jednotlivá dávka léku nebo maximální denní dávka, případně délka časové prodlevy mezi podáním dávek léčiv, popřípadě informace o druhu tekutin na zapití apod.).

Pokud vše shrneme, tak z právních předpisů jednoznačně vyplývá, že za indikování a předepisování léčivých přípravků, včetně určení toho, který klient pobytového zařízení sociálních služeb je schopen podání léčiv sám sobě a který nikoliv, je zcela zodpovědný lékař, za správnost provedení výkonu podání léčivých přípravků per os je odpovědná všeobecná sestra. Aby byla všeobecná sestra v pobytových zařízeních sociálních služeb oprávněna podávat léčivé přípravky, měla by obdržet poukaz s výše uvedeným rozpisem a s požadavkem na provedení výkonu ošetřovatelské intervence, který může vykázat smluvním zdravotním pojišťovně, neboť tento zdravotní výkon zrušen nebyl.

Změna v úhradové vyhlášce otevřela však ještě dva velice diskutované problémy. Prvním je výklad, který hned v prvních lednových dnech zastávala VZP ČR, tj. že změna SZV (seznamu zdravotnických výkonů) je nezpochybnitelný projev záměru tvůrce SZV, aby od 1. 1. 2012

per os v pobytových zařízeních sociálních služeb

nebylo vykazováno podávání léčiv p. o., tedy ani kódem výkonu 06613, tj. ani časovým kódem ošetřovatelské intervence. Stanovisko Asociace poskytovatelů sociálních služeb bylo naopak, že touto změnou nedošlo ke změně účtování časového výkonu 06613, kterým lze i nadále vykazovat aplikaci léků „per os“. Celá situace byla poměrně vážná, protože pokud by mělo platit tvrzení VZP ČR, pak by to v praxi znamenalo zásadní redukci plateb z veřejného zdravotního pojištění a tím by následně došlo k faktické destrukci zdravotního personálu v pobytových zařízeních.

Z důvodu závažnosti celé situace a možných ničivých a nevratných dopadů, které by byly v ostrém kontrastu s vládními záměry připravovaných zákonných úprav a také nastavení systému poskytování a financování dlouhodobé péče, se obrátilo Ministerstvo práce a sociálních věcí na Ministerstvo zdravotnictví s žádostí o výklad změny úhradové vyhlášky, resp. seznamu zdravotnických výkonů.

Ministerstvo zdravotnictví pak podalo jasný výklad, ve kterém uvádí:

„Podávání léčivých přípravků (v jakékoliv formě) je, v souladu s vyhl. č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, nedílnou součástí ošetřovatelského procesu, a tudíž je z veřejného zdravotního pojištění hrazeno, bez ohledu na to, zda výkonem materiálovým, časovým nebo ošetřovacím dnem. Pokud výkon s sebou nese jen drobné, nesterilní či nepočitatelné náklady, tyto jsou součástí režijních nákladů, jako právě v případě podání léčebné terapie per os, per rektum, aplikace kapek do očí, uší, nosu apod., tedy dalšími způsoby aplikace léčiv. Pokud je ze zdravotních důvodů (závažné fyzické či mentální postižení) v některých případech přímá perorální či jiná aplikace léků zdravotní sestrou nutná, může být nadále vykazována odpovídajícím rozsahem časové dispozice ošetřovatelské intervence, nikoliv jako výkon materiálový. O indikaci zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění rozhoduje praktický, resp. ošetřující, lékař na základě posouzení zdravotního stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejím poskytnutím dosaženo.“

Druhým často diskutovaným problémem je časová dotace výkonu 06613, ošetřovatelská intervence, která je stanovena na 10 min. Mnoho zařízení má za sebou dohadování a diskuze se zdravotními pojišťovnami, zda byl čas výko-

nu naplněn či nikoliv. Jen pro porovnání uvádíme, že obdobný a srovnatelný výkon má v odbornostech 925 a 911 časovou dotaci 15 min. Za všechny argumentace nám dovoluňte citovat rozsudek z Obvodního soudu v Praze 3, který vydal (zatím nepravomocný) rozsudek ve sporu poskytovatel sociálních služeb (domov pro seniory) versus Všeobecná zdravotní pojišťovna, jehož předmětem bylo právě tzv. uznání těchto výkonů ze strany pojišťovny:

„Čas výkonu vyjadřuje dobu, pro kterou je pracoviště prováděním výkonu plně vytíženo. Toto je však nutné vykládat ve spojení s definicí uvedenou pod bodem 12, kde je definován pojem čas jako takový, jímž je čas – čas nositele výkonu čas, po který je daný zdravotnický pracovník zaměstnán prováděním právě tohoto jediného výkonu použitých v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.“

Tvrzení, že nebyl naplněn čas výkonu, když bylo zaznamenáno trvání výkonu pouze po dobu 5 minut, nezakládá právo žalovatele odmítnout uhradit celou poskytnutou zdravotní péči, neboť jak je z výše uvedeného čas výkonu slouží pouze k výpočtu režie, když výkon má uveden čas, s tím, že z těchto údajů je pak dopočitatelné, zda zdravotnické zařízení neúčtuje více výkonů, než kolik jich za daného obsazení a daného pracovního času může s ohledem na dobu jejich průměrného trvání provést. Jedná se tak o jakýsi kontrolní mechanismus, který má ve svém důsledku zabránit neoprávněnému účtování vysokého počtu výkonů, které by fakticky ani nemohly být provedeny. Zde soud odkazuje i na citovaná pravidla pro vykazování výkonů uvedená ve vyhlášce č. 134/1998, kde je přesně uvedeno „Pokud může být podle seznamu výkonů účtován výkon více než jednou, může být vyúčtován pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn celý čas jeho provedení uvedený v seznamu výkonů.“ Pokud se týká tvrzení, že ze zdravotnické dokumentace neplyne, zda došlo k naplnění celého obsahu výkonu, je třeba uvést, že vedení zdravotnické dokumentace upravuje vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, § 1, která uvádí, že Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje jméno, popřípadě jména, příjmení, titul a podpis zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace, záznamy o ošetřovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu“, dle zákona č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, § 67 b. Zá-

pis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně, je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Soud dospěl k závěru, že zdravotní dokumentace (dekurzy) tak, jak byla předložena, byla vedena řádně v souladu s citovaným právním předpisem.“

Problematické poskytování a hrazení zdravotní péče v sociálních službách se Asociace věnuje již několik let. Zvláště intenzivně pak před účinností zákona o sociálních službách a následně v prvních letech jeho působnosti. Proběhlo mnoho desítek setkání a jednání s různými partnery na různých úrovních (zdravotní pojišťovny, MZ ČR, MPSV ČR, SPL ČR, ČAS a další), konference, vzdělávání, diskuze aj. Podařila se vyjednat celá řada věcí, od výkladů, společných postupů a stanovisek až po změnu hodnoty bodu apod. Stejně tak se ale celá řada věcí vyjednat nepodařila. Členské organizace pak různými komunikačními kanály průběžně informujeme, avšak zdaleka ne o všech uskutečněných jednáních a schůzkách. Zdravotní péče je aktivitou, které se Asociace věnuje s neklesajícím zájmem, dle aktuálních podmínek k jednání a vyjednávání. Jen člověk s neznalostí celého složitého systému, jeho právních vztahů a vztahů mezi jednotlivými aktéry (oficiálními i neoficiálními) by mohl tvrdit opak.

Při vzájemných jednáních se zdravotními pojišťovnami je jeden bod, na kterém se vždy shodneme a vnímáme ho totožně. Tento bod mimo jiné vyplývá jasně i z tohoto článku. Je to nesystémovost financování sociálně zdravotních, či chceme-li zdravotně sociálních služeb. A to jak v případě poskytovatelů sociálních služeb a jejich poskytování zdravotní péče a následných úhrad za tuto péči, tak v případě zdravotnických zařízení poskytujících služby sociální péče a úhrad ze státních dotací či příspěvku na péči. Plánovaný a zamýšlený zákon o dlouhodobé péči, u kterého vnímáme pozorně jak obrovské příležitosti, tak i veliké hrozby a rizika, by mohl vést k ukončení současného neefektivního modelu a k nastavení nediskriminačních a systémových podmínek poskytování sociálně zdravotní péče v České republice.

Ing. Jiří Horecký, MBA
Ing. Iva Merhautová, MBA