

Návrh ekonomické stránky provozu sítě zdravotních adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty a klienty

SCAN z.s. ve spolupráci
Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP
Česká Asociace Adiktologů ČAA
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

Příloha k dokumentu verze 7.2 (20. září, 2019)

Dokument po připomínkovém kole MZ ČR a po jednání se zástupci
Reformy psychiatrické péče, pojišťoven a MZ dne 6.8. 2019

(redakčně uzavřeno 20. září 2019).

Dokument úzce navazuje a vychází z verze 6.0 schválené výborem SNN ČLS JEP dne 3. dubna 2019 a následně výborem ČAA dne 8. dubna 2019 a doporučené pro další diskusi jak uvnitř obou odborných společností, tak pro otevření širší diskuse o možnostech jeho využití a hledání průníků s dalšími aktivitami v oblasti tvorby a profilace sítě adiktologických služeb.

Praha 2019

Ekonomická udržitelnost krajské sítě ambulancí

Pro zdárný chod ambulance ADIKA je zcela zásadní zaslavnění provozu se všemi velkými zdravotními pojišťovnami a pro všechny klíčové odbornosti (tab. č. 1). Bez splnění této podmínky je provoz ADIKA ekonomicky prakticky nemožný. Velkým ekonomickým limitem tohoto provozu je fakt, že část poskytnuté péče nespadá pod možnost účtovat v rámci zdravotního pojištění a nejedná se o zdravotní výkony (podrobněji Miovský, Popov & Šťastná, 2016). V rámci pilotního projektu se ukázalo, že **přes 30 % péče o dospělé pacienty není možné považovat a účtovat jako zdravotní péči, ale jako sociální podporou a práci.** Nad tento rámec je pak třeba zdůraznit, že do provozu ADIKA budou spadat také pacienti s dlužnými částkami za zdravotní pojištění a s dalšími formálními problémy komplikujícími účtování péče.

Do celkového ekonomického a provozního obrazu je třeba započítat též fakt, že nejen díky malé motivaci, problémovému zázemí a ekonomické situaci, ale také např. kvůli duálním diagnózám (jako je syndrom ADHD atd.) **trpí tyto provozy opakovanými a v celkovém součtu vysokými počty objednaných návštěv, kdy pacient nedorazí nebo dorazí jindy,** v jiném čase a nelze se mu věnovat mimo objednaný termín vzhledem k aktuálně probíhající práci s jinými pacienty (variuje obvykle mezi 20-25 %). Velká část problémů je řešitelná pečlivým vykazováním a návazností výkonů v poskytované péči (lepší koordinace a plánování).

Zdravotnické odbornosti	Výkony dané odbornosti potřebné pro ADIKA
Odbornost 305: Psychiatrie	Všechny zdravotní výkony této odbornosti (kapitola 305)
Odbornost 919: Adiktologie	Všechny zdravotní výkony 3821–3826 (kapitola 919)
Odbornost 901: Klinická psychologie	Všechny zdravotní výkony této odbornosti (kapitola 901)
Odbornost 910: Psychoterapie	Všechny zdravotní výkony této odbornosti (kapitola 910)
Odbornost 911: Všeobecná sestra Odbornost 914: Psychiatrická sestra	Všechny zdravotní ambulantní výkony této odbornosti (kapitola 911 a 914) viz dále v textu

Tab. č. 1: Zastoupení odborností a jejich příslušných výkonů sazebníku zdravotních výkonů

Z hlediska udržitelnosti a ekonomické rentability provozu ADIKA je bezpodmínečné splnění dvou následujících podmínek, bez nichž si lze těžko představit zajištění takto komplexního provozu s tolika závazky a garancemi z hlediska diagnostického filtru, distribuce a redistribuce pacientů a zajištění referenčního pracoviště za daný obor na krajské úrovni. Jedná se tak o zcela zásadní otázku motivace klíčových poskytovatelů péče v krajích, aby vůbec měli zájem podobný provoz postavit a dlouhodobě provozovat a zajistit potřebné personální zázemí a vybavení takto náročného a exponovaného provozu. Jedná se o tyto základní zdroje financování adiktologické péče:

- Zdravotní pojištění (tj. zasmluvnění všech relevantních odborností v potřebné výši),
- Kofinancování ztrátových komponent a nezdravotní části (RVKPP, MZ, kraje atd.) prostřednictvím odpovídajících specifických dotačních programů uvedených institucí a garantováním např. víceletých smluv nebo jiných forem dlouhodobé podpory zasmluvněných zařízení.

Samozřejmě, jak již bylo naznačeno dříve v textu, je skvělé a doporučeníhodné, pokud by poskytovatel zdravotní péče byl schopen a měl registraci také poskytovatele sociálních služeb a byl zařazen do jejich sítě. Pro úhradu sociálních služeb předpokládáme a toto řešení doporučujeme (a předpokládáme pro další jednání o této možnosti a v tomto smyslu součinnost a podporu celého záměru jak na úrovni MPSV, tak především krajů a obcí). Nelze však nyní tímto doporučením blokovat a limitovat první fáze jednání a rozjezdu těchto provozů.

Klíčovým prvkem z hlediska dlouhodobé udržitelnosti je dosažení rovnováhy mezi závazkem poskytovatelů (personální a věcné vybavení, zajištění celého spektra služeb a intervencí, dostupnost péče napříč uživatelskými cílovými skupinami atd.) a společnou garancí státu, krajů a obcí vytvořit podmínky pro takovéto provozy. Jde tedy skutečně o velice delikátní kompromisní řešení zajišťující existenci a dostupnost určitého typu veřejně prospěšné služby a současně zajištění důstojných a bezpečných podmínek pro poskytovatele takové služby.

Pro implementaci celého záměru bylo dosaženo jednoznačné shody v požadavku, aby zvažovaná transformace klíčových provozů do podoby krajských ambulancí neohrozila současný systém péče a stávající služby. Tedy aby náklady spojené se vznikem krajské sítě páteřních komplexních ambulancí, byly jasně vyčleněny a reprezentovaly posílení rozpočtu tohoto segmentu služeb a nešly na úkor rozpočtu právě již existujících služeb.

Samostatnou pozornost doporučujeme věnovat řešení financování práce zdravotní sestry (odbornost 911). Způsob úhrady její práce v navrhovaných integrovaných ambulancích se jeví být zásadní. Flexibilita a potřebnost této odbornosti je v kapacitně větším provozu naprosto zásadní (tj. pouze u malých provozů lze uvažovat o jejím nezastoupení). Přitom právě financování sester reprezentuje v ambulancích poměrně významný problém a téma smluvního ošetření této odbornosti ze strany zdravotních pojišťoven bude důležitým bodem diskusí o implementačním plánu celého záměru. Všeobecná sestra disponuje celkem 17 kódy s Sazebníku (kapitola 911) a konečně psychiatrická sestra má k dispozici celkem 5 dalších kódů (kapitola 914). Pro integrované ambulance se přitom ale nejeví být zásadní podmínkou, aby sestry v nich byly psychiatrickými sestrami.

Pokud určité cílové skupiny adiktologických pacientů/klientů a určité typy ambulantních intervencí nemají ze systému nadále vypadávat a pokud má být garantována minimální dostupnost adekvátní jasně definované ambulantní adiktologické péče pro jasně definované cílové skupiny pacientů/klientů, pak musí nutně být dosaženo vyváženého návrhu mezi těmito požadavky na straně státu, krajů a obcí a na straně druhé pak schopností a ochotou poskytovatelů tyto požadavky vůbec splnit.

Návrh ekonomické stránky provozu sítě adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty a klienty v kontextu reformy psychiatrie (SCAN z.s.)