

Metodika pilotního programu paliativní péče

I. Trvání programu:

1. 4. 2015 – 29. 2. 2016 – první fáze
1. 3. 2016 – 31. 12. 2016 – druhá fáze
1. 1. 2017 – 31. 12. 2017 – třetí fáze

II. Účastníci programu:

1. Diecézní charita Brno – Rajhrad
Diecézní charita Brno – Třebíč
2. Hospic sv. Alžběty – Brno
3. Domácí hospic Cesta domů – Praha
4. Občanské sdružení Most k domovu – Praha
Občanské sdružení Most k domovu – Praha-západ
5. Oblastní charita Červený Kostelec – Červený Kostelec
6. Mobilní hospic Ondrášek – Ostrava

+ ve třetí fázi další noví poskytovatelé dle odsouhlasených žádostí (max. 20)

III. Kategorizace zdravotního stavu pacienta v terminálním stadiu dle PPS

Palliative Performance Scale – PPS je modifikací Karnofského škály, specificky upravenou pro využití v paliativní péči – viz Příloha č. 1a.

Obsahuje kategorizaci zdravotního stavu dle klíčových parametrů (pohyblivost, aktivita a přítomnost nemoci, soběstačnost, příjem potravy, úroveň vědomí) a je vyjádřena v procentech:

100 % = plně zdraví

0 % = smrt

PPS větší než 50: (pacient stabilní)

- pacient bude v péči PL, který indikuje péči odb. 925 (sestra domácí zdravotní péče)
- úhrada všech subjektů v péči o tohoto pacienta bude probíhat standardně dle platné úhradové vyhlášky

PPS menší nebo rovno 50: (pacient nestabilní a nestabilní pacient se závažnými symptomy)

- pacient výhradně v péči poskytovatele pilotního programu (nově zavedená odb. 926)

IV. Stratifikace pacienta

Vyhodnocení stavu pacienta na základě závažnosti symptomů

Edmonton Symptom Assessment Scale – ESAS – viz Příloha č. 1a bude v rámci pilotního programu u pacientů s PPS ≤ 50 prováděno 1x denně.

Pravidla poskytované péče v rámci pilotního programu

1. je zřízena nová odbornost pilotního programu paliativní péče (odpovídající péči odb. 720 + 925 v jednom subjektu) = odbornost 926: pilotní program paliativní péče
 2. každý subjekt zařazený do pilotního programu má přiřazeno vlastní IČP/IČZ pouze pro účel pilotního programu – pro odbornost 926 pouze na dobu trvání pilotního programu
 3. paliativní péče v rámci programu bude poskytována pacientům v terminálním stadiu (nikoli např. apalickým pacientům)
 4. péče v rámci pilotního programu bude poskytována max. 800 pojištěncům VZP ČR, ve třetí fázi pak max. 2000 pojištěncům VZP ČR
 5. pilotní program je určen pouze pro kmenové pojištěnce VZP ČR s druhem pojištění 1
- lékař provádí svou činnost v rozsahu výkonů dle platného Seznamu zdravotních výkonů odb. 720; za tímto účelem jsou zavedeny signální kódy (s nulovou bodovou hodnotou), které jsou nutné pro získání přehledu o poskytované péči a intervencích lékaře u daného pacienta – viz Příloha č. 1;
 - sestra provádí svou činnost v rozsahu výkonů dle platného Seznamu zdravotních výkonů odb. 925; za tímto účelem jsou zavedeny signální kódy (s nulovou bodovou hodnotou), které jsou nutné pro získání přehledu o poskytované péči sestry u daného pacienta – viz Příloha č. 1;
 - doprava za pacientem je součástí úhrady agregovaného výkonu – kalkulována v režii; pro dopravu za pacientem jsou rovněž zavedeny signální kódy (ke kterým poskytovatel vykazuje skutečně ujeté km) – viz Příloha č. 1;

- veškerá další péče o pacienta je zajišťována pouze tímto subjektem. V případě potřeby jiné péče (např. psychologické, praktického lékaře, konzilia dalších specialistů apod.), je tato péče v režii daného subjektu pilotního programu;
- předpokladem přijetí pacienta do pilotního programu paliativní péče je informovaný souhlas pacienta a jeho rodiny se zařazením, podmínkami a cíli pilotního programu. Pokud se pacient a/nebo jeho rodina rozhodne ukončit léčbu v rámci pilotního programu, bude z tohoto programu vyřazen. Náklady na další zdravotní péči nejsou v režii subjektu pilotního programu;
- subjekt pilotního programu zajišťuje i veškerá potřebná léčiva a zdravotnický materiál, registrujícímu praktickému lékaři pouze podává informace o průběhu péče a stavu pacienta, nedeleguje na něj žádnou preskripci nebo další ošetření či vyšetření; úhrada za léčiva a materiál je součástí úhrady agregovaného výkonu; péče o pacienta probíhá v režimu 24/7 a je výhradně zajišťována daným subjektem odb. 926;
- úhrada je formou agregovaných výkonů – na 1 RČ/1 den – dle stavu pacienta bude vykazován kód výkonu:
 - 80900 – Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta
 - 80901 – Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomyviz kalkulace v Příloze č. 2;
- v agregovaném výkonu je zahrnuta platba za veškerou péči (výkony lékaře i sestry, event. psychologa nebo jiných specialistů přizvaných ke konziliu, doprava za pacientem bez ohledu na vzdálenost, léčba souvisejících komplikací, léčivé přípravky, spotřebovaný materiál, amortizace a náklady na údržbu přístrojů apod.); v agregovaném výkonu není zahrnuta úhrada léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, které předepsal jiný poskytovatel před zařazením pacienta do pilotního programu; tyto zdravotní služby nebudou subjektu pilotního programu odečteny z úhrady.
- zařazení každého pojištěnce Pojišťovny do pilotního programu musí být nahlášeno nejpozději do 3 pracovních dnů na e-mail: [redacted] V případě, že pojištěnec nebude řádným způsobem nhlášen, nebude na něj provedena žádná úhrada;
- ukončení léčby je vykázáno signálními výkony dle Přílohy č. 1;
- maximální délka hrazené péče ve třetí fázi o dospělého pacienta (18+) v terminálním stavu v domácím prostředí je 30 kalendářních dnů, o dětského pacienta (0–18 let) pak až max. 90 dní. Její následné pokračování je již v režii daného poskytovatele odbornosti 926;
- poskytovatel péče předává v rámci samostatného IČP/IČZ pilotního programu každý měsíc k úhradě dávky na dokladu 06dp nebo 01 – formou vykázaných agregovaných výkonů 80900 nebo 80901 zároveň s příslušnými signálními kódy dle Přílohy č. 1 a zároveň s fakturou za poskytnuté hrazené zdravotní služby;
- stanovení počtu pojištěnců pro jednotlivé poskytovatele:
 - První fáze - max. 350 pojištěnců/9 poskytovatelů.
každý poskytovatel/účastník má stanoven počet pojištěnců = 38
Stanovený počet ošetřených pojištěnců pro jednotlivé subjekty pilotního programu je při zachování maximálního počtu 350 ošetřených pojištěnců možné s ohledem na poptávku v jednotlivých regionech změnit, a to na základě dohody Pojišťovny a subjektů pilotního programu, kterých se změna týká.
 - Druhá fáze - max. 450 pojištěnců.
Pro druhou fázi je stanoven max. počet pojištěnců 450, který byl rozdělen mezi jednotlivé poskytovatele dohodou s odbornou společností. Subjekty, které vyčerpaly limit počtu pojištěnců před koncem první fáze, mohou čerpat počet pojištěnců z druhé fáze i před datem 1.3.2016. Každý účastník má stanoven počet ošetřených pojištěnců daný úhradovým dodatkem dohromady za 1. a 2. fázi projektu.
Stanovený počet ošetřených pojištěnců pro jednotlivé subjekty pilotního programu je při zachování maximálního počtu ošetřených pojištěnců možné s ohledem na poptávku v jednotlivých regionech změnit, a to na základě dohody Pojišťovny a subjektů pilotního programu, kterých se změna týká.
Přesun pojištěnců z důvodu nedočerpání daného počtu pojištěnců pro jednotlivé poskytovatele je možné na základě žádosti jednotlivých poskytovatelů, kterou předloží zástupci odborné společnosti s tím, že maximální počet 800 pojištěnců pro pilotní projekt nebude překročen.
 - Pro třetí fázi je stanoven max. počet 2000 pojištěnců, který bude rozdělen mezi jednotlivé účastníky následovně: pokračující účastníci dle vyhodnocení předchozích fází, noví účastníci 25 pojištěnců.
- výpočet měsíční předběžné úhrady:
 - první fáze: (stanovený počet pojištěnců x průměrná úhrada za agregovaný výkon x 30 dní) / 11 měsíců)
průměrná úhrada za agregovaný výkon je 1307 Kč V případě přesunu pojištěnců mezi jednotlivými poskytovateli nebude měsíční předběžná úhrada navyšována. Poskytovatel a VZP se písemně dohodnou v souladu s nedočerpáním daného počtu pojištěnců o snížení předběžné měsíční úhrady od následujícího měsíce po nahlášení nedočerpání daného limitu pojištěnců.
 - druhá fáze: (stanovený počet pojištěnců + počet zůstatek pojištěnců z 1. fáze) x průměrná úhrada za agregovaný výkon x 15 dní) / 10 měsíců)
průměrná úhrada za agregovaný výkon je 1307 Kč V případě přesunu pojištěnců mezi jednotlivými poskytovateli nebude měsíční předběžná úhrada navyšována. Poskytovatel a VZP se písemně dohodnou v souladu s nedočerpáním daného počtu pojištěnců o snížení předběžné měsíční úhrady od následujícího měsíce po nahlášení nedočerpání daného limitu pojištěnců.
 - Třetí fáze: (stanovený počet pojištěnců x průměrná úhrada za agregovaný výkon x 15 dní)/12 měsíců
průměrná úhrada za agregovaný výkon je 1307 Kč

- konečné finanční vypořádání bude provedeno po skončení pilotního programu;
- vyhodnocení pilotního programu bude realizováno v souladu s dohodnutou a všemi zúčastněnými stranami odsouhlasenou metodikou vyhodnocení.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu