

# Vlhké hojení ran pro praktické lékaře – nové postupy a legislativa

**Mgr. Jan Zahálka**

Právník

Samostatně působící konzultant v oblasti zdravotnického práva a úhradového systému, Praha

Článek se zabývá vývojem právní úpravy a praktickými postupy při předepisování zdravotnických prostředků pro vlhké hojení ran v ambulantní péči a problematikou praktické komunikace se zdravotní pojišťovnou ve věci úhrady těchto zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění v České republice.

**Klíčová slova:** preskripce, zdravotnické prostředky, úhrada ambulantní péče.

## Moist wound healing for general practitioners – new procedures and legislation

The article concerns with the development of legal regulations and practical procedures in prescribing medical devices for „moist“ wound management in outpatient care and the issue of practical communication with health insurance companies in the matter of reimbursement of these medical devices from public health insurance in the Czech Republic.

**Key words:** prescription, medical devices, reimbursement in outpatient care.

## Úvod

Problematika předepisování zdravotnických prostředků pro vlhké hojení ran (také **vlhké krytí** nebo dříve **moderní hojení**) patří mezi vděčná témata přednášek pro lékaře, neboť v této oblasti došlo před několika málo lety k zásadnímu uvolnění preskripce, zároveň ale byla zachována určitá specifická procesní předepsání a komunikace se zdravotní pojišťovnou.

Poprosím čtenáře, aby v zájmu plynulosti textu akceptovali několik zkratk, především využívání pojmu vlhké hojení přímo pro samotné výrobky – zdravotnické prostředky, a dále, aby mi odpustili volnější nakládání s ekvivalentními pojmy schválení zdravotní pojišťovnou (legislativně přesnější) a schválení revizním lékařem (zažité).

## Vývoj úhradové legislativy

V úhradovém systému nalezneme pojem prostředky pro vlhké hojení ran od 1. 4. 2012<sup>1</sup>, kdy zákon výslovně omezoval podmínky úhrady pouze na zdravotnické prostředky do rozměru 12 × 12 cm, po předepsání ambulantním specialistou chirurgem, diabetologem, dermatologem nebo geriatrem, s možností delegace na praktického lékaře a možností volně léčit po dobu 3 měsíců (než bylo třeba žádat o schválení revizního lékaře, tzv. institut **odloženého schvalování**). Cena pak byla limitována na 160 Kč za kus.

V této podobě úhrady víceméně (s drobným rozšířením preskripčního omezení) setrvaly až do velkého úhradového třesu v roce 2019, kdy nabyla v lednu platnosti a v prosinci

účinnosti největší úprava systému úhrad poukazových zdravotnických prostředků od roku 1997. Do zákona<sup>2</sup> byl zaveden tzv. kategoriizační strom, který rozpracovává vlhké hojení do bezmála 70 (!) podkategorií. To, mimo jiné, umožnilo podrobnější a přesnější nastavení výše úhrady, která se nyní odvíjí od úhrady za cm<sup>2</sup> nebo ml konkrétního zdravotnického prostředku. Ze zákona tedy především zmizelo omezení velikostí krycího materiálu na 12 × 12 cm, takže od prosince 2019 je pro hrazenost v zásadě nerozhodné, jakou velikost a jaký tvar zdravotnický prostředek má. Dále zákon neobsahuje žádný celkový limit, ani finanční, ani kusový na množství předepsaných zdravotnických prostředků. To tedy znamená, že lékař není v preskripci vlhkého hojení sys-

<sup>1</sup> Kdy nabyla účinnosti novelizace zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, oddíl C přílohy č. 3.

<sup>2</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, oddíl C přílohy č. 3.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

Mgr. Jan Zahálka, jz@janzahalka.cz

Jiřího z Poděbrad 6, 130 00 Praha 3 – Vinohrady

Cit. zkr: Med. praxi. 2022;19(2):146-149

Článek přijat redakcí: 31. 1. 2022

Článek přijat k publikaci: 11. 2. 2022

témově limitován jakýmkoli stropem úhrady nebo budgetem, a může léčit skutečně tak, jak uzná z medicínského hlediska za vhodné.

Z hlediska preskripčního omezení došlo k uvolnění pro všechny odbornosti, tedy i praktické lékaře i bez delegace, přičemž lhůta pro volnou preskripci bez schválení revizním lékařem (odložené schvalování) byla zdvojnásobena na 6 měsíců. Všechny tyto změny znamenaly značné uvolnění, nicméně co zůstalo, to jsou určité polopravdy a nejasnosti ohledně mechanismu odloženého schvalování, přičemž z mé praktické zkušenosti se bohužel určité zmatení občas nevyhnulo ani zdravotním pojišťovnám samotným. Odložené schvalování a související administrativu bych si proto dovolil v další kapitole zrekapitulovat.

Z hlediska chronologie právní úpravy je konečně třeba zmínit i datum 1. 1. 2022, kdy se v zákoně poprvé objevila možnost, aby hrazenou preskripci, a to i preskripci vlhkého hojení, oficiálně realizovala (svým jménem a svým razítkem) i zdravotní sestra. Blíže k této novince v samostatné kapitole.

## Odložené schvalování – jak v praxi vlhké hojení předepisovat?

Tzv. odložené schvalování u vlhkého hojení je v rámci úhrad ne zcela typická situace, kdy úhrada zdravotnického prostředku je po určitou dobu, zde 6 měsíců, naprosto volná, a teprve až po uplynutí této lhůty se preskripce stává podmíněnou souhlasem zdravotní pojišťovny (typicky revizního lékaře). Při bližším pohledu je logické, že pokud mají být se zahájením léčby „spuštěny stopky“ odpočítavající 6 měsíců volné léčby, pak bylo třeba přijít s postupem, který systémově umožní zdravotním pojišťovnám tuto lhůtu hlídat. V rámci závazné Metodiky zdravotních pojišťoven<sup>3</sup> byl proto nastaven postup, kdy lékař fakticky využije již existujícího komunikačního kanálu – žádanky 21 (která je jinak určena pro schvalovací proces s revizním lékařem) pro oznámení o zahájení léčby vlhkým hojením. Lékař proto zároveň (!) s poukazem vyplňuje žádanku, jako by vyplňoval žádost o schválení, pouze s tím rozdílem, že na žádanku uvede výslovně

v sekci specifikace požadavku „INFORMACE O ZAHÁJENÍ LÉČBY PROSTŘEDKY PRO VLHKÉ HOJENÍ RAN“, datum zahájení léčby (vystavení poukazu) a v sekci zdůvodnění uvede popis, lokalizaci a velikost defektu. Dále lékař vyplňuje na žadance místo kódu konkrétního zdravotnického prostředku tzv. signální kód 0082747 (platné k únoru 2022) a kolonku počet balení ZP vyplňuje číslovkou 999<sup>4</sup>.

Takto vyplněná žádanka je pak zasílána reviznímu lékaři, ale pouze jako oznámení a informace o zahájení léčby. Nejedná se o schvalovací proces, a preskribující lékař proto nečeká na žádnou reakci ze strany zdravotní pojišťovny, ale rovnou vystavuje poukaz, kam vyplní „oznámeno zdravotní pojišťovně s platností do dd.mm.rrrr“, kde dd = den, mm = měsíc, rrrr = rok (tj. datum vystavení žádanky + 6 měsíců)<sup>5</sup>. Tento poukaz ihned předává pacientovi k uplatnění v lékárně či výdejně.

Oznámení bere zdravotní pojišťovna na vědomí a lékaři vrací žádanku formou obdobnou k rozhodnutí o schválení. Toto kvazi-schválení má svůj **kód schválení**. V praxi se osvědčilo, byť to metodiky zdravotních pojišťoven výslovně nestanovují, uvádět tento kód schválení na každém dalším vystaveném poukazu.

Je třeba dále uvést, že léčba vlhkým hojením je počítána pro každý defekt zvlášť a samostatně, přičemž z praxe mi není znám případ, kdy by zdravotní pojišťovna rozporovala samostatné lhůty pro defekty na různých končetinách. Minimálně tato podrobnost je tedy vnímána v praxi jako bezproblémová, přičemž z hlediska zákonného nároku lze s jistotou konstatovat i možnost samostatně léčit i defekty v rámci jedné končetiny, byť tam se bude jednat o otázku důkazní, resp. detailu a rozsahu záznamů ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Tak jako i dále, v případě dokumentace léčby prostředky vlhkého hojení, je na místě doporučit maximální prakticky možnou podrobnost záznamů ve zdravotnické dokumentaci.

Pro úplnost je třeba uvést, že v praxi zdravotní pojišťovny připouští léčbu jednoho defektu (a preskripci na něj) vždy pouze jedním pracovištěm, nikoliv více současně.

## Možné problémy při preskripci a jejich řešení

Výše popsany netypický postup předepsání, kdy navíc dochází k „vypůjčení si“ standardní žádanky v praxi skutečně občas vede k nedorozuměním nebo (ve výsledku převládajícím pro pacienta) nešťastným situacím, kdy se lze bohužel setkat i s tím, že management zdravotnického zařízení v návaznosti na nepříjemnou komunikaci se zdravotní pojišťovnou instruuje lékaře k omezení preskripce vlhkého hojení a návratu ke klasickým, medicínsky sice mnohdy nesrovnatelně horším, ale z hlediska vykazování bezproblémovým, metodám ošetření ran.

Prvotní chybou, se kterou se naštěstí již téměř nesetkávám, bylo odeslání žádanky a čekání na schválení od revizního lékaře. Metodika je v tomto jednoznačná a pacient je poukazem vybavován rovnou. Žádanka by se měla lékaři nakonec skutečně vrátit zpět, ale pouze jako „vzata na vědomí“ a lékař na tento moment s preskripcí nebo předáním poukazu rozhodně nečeká.

S čím se bohužel občas lze stále setkat je určitá nestandardní reakce ze strany revizních lékařů (pracovníků) zdravotních pojišťoven, kdy se lékaři v návaznosti na odeslanou oznamovací žádanku vrátí žádanka, samostatný přípis nebo dokonce formalizované rozhodnutí o tom, že se léčba zamítá. Takový dokument je z právního hlediska naprosto nicotný, neboť takto zamítající revizní pracovník se pohybuje naprosto mimo zákonné mantinely své pravomoci a působnosti. V takovém případě samozřejmě lékař preskribuje bez ohledu na podobné sdělení, přesto doporučuji nemávnout nad tím rukou, ale zdvořile vyrozumět autora zamítnutí, že se zde nejedná o případ schvalování, ale jde pouze o oznámení. Dále bych v takovém případě doporučil projít si zdravotnickou dokumentaci příslušného pacienta a ověřit si, že je vedena s dostatečnou pečlivostí, jsou zaznamenány velikosti a lokalizace defektů, ideálně je přiložena fotodokumentace apod. tak, aby měl preskribující lékař jistotu, že pokud by se revizní lékař nevzdal svého zamítnutí, tak pro případnou adresnou revizi (která samozřejmě

<sup>3</sup> Dostupná např. [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz).

<sup>4</sup> Metodika k úhradovému katalogu VZP-ZP, verze 1071, platná k 1. 2. 2022.

<sup>5</sup> Tamtéž, str. 8.

proběhnout může v zásadě pro jakéhokoli pacienta) je vše v nejlepším pořádku.

Pokud je nicméně zdravotní pojišťovnou zamítnuto, pak existuje velká šance, že k zamítnutí došlo právě z důvodu, že byla léčba stejného defektu již oznámena jiným pracovištěm. Tímto směrem lze proto doporučit směřovat dotaz na zdravotní pojišťovnu. O převzetí rozléčeného pacienta více v následujícím odstavci.

Asi nejčastějším problémem bývá problematika převzetí rozléčeného pacienta do péče.

Metodika je v tomto velmi stručná, když pouze nastavuje logický princip, že přebírající lékař nastupuje ohledně konkrétního rozléčeného defektu do rozběhnuté lhůty. Pokud tedy například praktik přebírá pacienta z chirurgie, kde je mu defekt léčen již 2 měsíce (řádně oznámenou) terapií vlhkým hojením, pak na praktika zbývají už jen 4 „volné“ měsíce. Tento postup především předpokládá dobrou komunikaci mezi lékaři, kdy by přebírající měl znát přesné datum, do kdy je léčba „volná“. Zde naopak bývá nápomocna i zdravotní pojišťovna, která je tuto informaci schopna lékaři sdělit. Dalším kritickým místem je pak ale právě komunikace se zdravotní pojišťovnou. Ač metodika výslovně předvídá možnost převzetí rozléčeného pacienta, už nijak neupravuje komunikaci přebírajícího lékaře se zdravotní pojišťovnou. To vedlo k situacím, kdy zdravotní pojišťovny odmítaly „proplacení“ poukazů na prostředky vlhkého hojení s odůvodněním, že bylo **schváleno pro jiné IČP**. Pozornému čtenáři jistě neujde již primární nesmyslnost tohoto výroku – k žádnému schválení zde nedochází, ale legální oporu nemá ani část druhá této citace: terapie je z logiky věci navázána na pacienta, nikoliv na poskytovatele, takže nelze vůbec hovořit o tom, že by bylo schváleno pro IČP. Pojišťovna v tomto dle zákona musí spíše **brát na vědomí pro RČ** a interně si tyto informace utřídit, nicméně to zřejmě informační systémy ne vždy umožňují, proto je třeba doporučit, minimálně v případě VZP ČR, při přebírání **rozléčeného** pacienta tuto

skutečnost zdravotní pojišťovně formou informační žádanky vždy znovu oznámit. U některých jiných pojišťoven jsem se bohužel setkal s tím, že toto „oznámení o převzetí“ revizní pracoviště naopak spíše zmátlo, nicméně vždy je z praktického hlediska lepší jedno dovysvětlení než zamítnutí proplacení poukazu.

Při předávání a přebírání rozléčeného pacienta lze proto z praxe pro bezproblémový přechod důrazně doporučit předávajícímu i přebírajícímu lékaři předání čísla schválení, data do kdy lze volně předepisovat a ideálně i identifikaci schvalujícího revizního lékaře, který žádanku vzal na vědomí.

Konečně, doslova posledním možným problematickým místem může být preskripce na hraně oněch volných 6 měsíců. Zde upozorním, že rozhodným pro dodržení konce lhůty není datum předepsání (vystavení poukazu), ale datum uplatnění poukazu v lékárně nebo výdejně.

Pokud tedy 6měsíční lhůta končí např. 15. 5., pak musí poslední poukaz na ještě volnou preskripci být před tímto datem nejen vystaven lékařem, ale především i uplatněn pacientem u výdejce. Pokud by v uváděném příkladu lékař předepsal sice včas, 10. 5., ale pacient do výdejny s poukazem přišel až 16. 5., pak by se jednalo již o preskripci nad rámec zákonného preskripčního omezení, neboť v rozhodný den, 16. 5., by se již jednalo o preskripci podmíněnou výslovným souhlasem revizního lékaře, který by ale absentoval. Matoucí čas to bývá, že na tomto závěru nic nemění ani zákonem stanovená platnost poukazu – bez ohledu na platnost poukazu jako takového je z hlediska úhrad rozhodným momentem vždy až uplatnění poukazu u výdejce.

## Problematika předepisování zdravotními sestrami

Česká právní úprava dlouhodobě předepisování zdravotnických prostředků nelékařem nepřipouštěla. Základní regulační překážkou byl zákon o zdravotnických prostředcích, který výslovně stanovoval, že poukaz je vystavován pouze lékařem<sup>6</sup>. V návaznosti na

novou evropskou regulaci pak tuto překážku odstranil nový zákon o zdravotnických prostředcích, který rozšířil kompetenci poukaz vystavit i na „jiné zdravotnické pracovníky se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních“<sup>7</sup>. Téměř souběžně s tímto krokem regulační povahy byly z iniciativy ministerstva zdravotnictví do připravované novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění vloženy dvě nové odbornosti pro účely preskripce a úhrad, a to SDP a SLO, což jsou zkratky pro sestry v domácí péči a sestry v lékařských oborech. Těmito odbornostem byly pak přiděleny kompetence ve skupinách (ne všech!) zdravotnických prostředků krycích (standardní i vlhké hojení), inkontinenčních, stomických a prostředků pro kompresivní terapii.

Primární překážkou pro kompetenci zdravotních sester (právní, nikoli odbornou), je podmínka specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti, což jsou kategorie dalšího vzdělávání ve smyslu zákona o nelékařských povoláních<sup>8</sup>, kdy hovoříme o absolvování specializačního vzdělávání, resp. certifikovaného kurzu. Nejedná se tedy, jak se občas mylně uvádí, o kategorie dané dosažením středního, vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání, ale jde skutečně o postgraduální vzdělávání, které je doložitelné příslušným diplomem o specializaci, resp. certifikátem o zvláštní odborné způsobilosti<sup>9</sup>.

Z hlediska praktické realizace preskripce je pak situace velice jednoduchá v případě SLO, tedy sester v lékařských oborech, kde samostatně preskribující sestra je v zásadě, z hlediska úhradové regulace, v pozici obdobné k dalšímu předepisujícímu lékaři v rámci jednoho poskytovatele (IČP). Jednoduše řečeno, předepsané zdravotnické prostředky jsou hrazeny i regulovány naprosto shodným mechanismem, jako když v rámci stejného poskytovatele předepisuje více lékařů.

Situace je o poznání zajímavější u sester v domácí péči, kde dle všeho navíc šlo

6 § 46 odst. 1 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění účinném do 26. 5. 2021.

7 § 28 odst. 1 zákona č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích, účinný od 26. 5. 2021.

8 Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

9 Náležitosti těchto dokladů viz vyhláška č. 77/2018 Sb., o stanovení náležitostí a vzorů některých dokladů o vzdělání pro akreditované kvalifikační kurzy, certifikované kurzy a specializační vzdělávání.

o hlavní hybatele této legislativní změny – potřeba preskripční autonomie na úrovni sester v domácí péči byla hlavním citovaným důvodem pro tuto zásadní kompetenční změnu.

Zde nicméně právní úprava narazila na celkovou nepřipravenost systému a určitou polovičatost přijatého řešení, kdy samostatní smluvní poskytovatelé domácí péče jednoduše nemají nastaveny smlouvy se zdravotními pojišťovnami tak, aby tyto smlouvy jakkoli upravovaly preskripci, a co je pro zdravotní pojišťovny podstatné – ani její limitace, regulační omezení apod. Zákon navíc u sester v domácí péči vtělil zásadní omezení jejich preskripce přímo do definice jejich odbornosti v zákoně. U definice SDP se tak dozvíme, že sestry v domácí péči předepisují pouze „v rozsahu stanoveném ošetřujícím lékařem v doporučení domácí péče“<sup>10</sup>.

Změna proto umožňuje sestrám v domácí péči pouze jakousi kvaziautonomii, resp. řečí metodik delegovanou preskripci, kdy se jejich

právo preskripce vlastním jménem omezuje pouze na mantinely stanovené ošetřujícím lékařem, který sám v dokladu 06DP „Poukaz na vyšetření/ošetření DP“ vymezí, které zdravotnické prostředky (úhradové skupiny) a po jakou dobu je sestra v domácí péči oprávněna předepisovat. Takto je alespoň výkon tohoto práva prakticky realizován zdravotními pojišťovnami<sup>11</sup>. Bude až otázkou praxe roku 2022, do jaké míry preskripce zdravotními sestrami skutečně dojde využití, neboť stávající řešení je spíše nakročením určitým směrem, než plnohodnotným pokrokem ve věci autonomie poskytovatelů domácí péče.

## Závěrem

Jako medicínský laik mohu nabídnout jen osobní pohled založený na množství zhlédnutých přednášek a kazuistik, a takto konstatovat, že dle mého názoru se nacházíme v momentě, kdy je třeba ve velkém množství diagnóz přiznat využívání prostředků pro

vlhké hojení status metody *de lege artis medicinae*. Z tohoto pohledu je jistě dobrou zprávou, že český úhradový systém tento vývoj reflektuje a umožňuje bez zásadnějších omezení prostředky pro vlhké hojení pacientům předepisovat dle jejich potřeby. Co více, vzhledem ke konstrukci regulačních mechanismů, kdy se ambulantním lékařům pro účely regulací sčítají předepsaná léčiva i zdravotnické prostředky<sup>12</sup> (a nákladově logicky dominuje složka nákladů na léčiva), nelze ani tvrdit, že by lékaři měli být, byť hypoteticky, penalizováni za zvýšení nákladů za preskripci, resp., lapidárně řečeno, že by jim zrovna preskripce prostředků vlhkého hojení měla nějak zásadně „zvednout průměry“. To je sice celkem častá, nicméně lichá, obava. Specifická administrativa spojená s předepsáním je pak spíše otázkou zvyku než zásadní překážkou. To mne naplňuje, pro tuto oblast netypickým, optimismem.

10 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, oddíl A přílohy č. 3, tabulka č. 4.

11 Srov. Metodika pro pořizování a předávání dokladů, verze 6. 2., doplněk č. 43 textu metodiky.

12 Srov. vyhláška č. 296/2021 Sb., „úhradová vyhláška“, regulační mechanismy v přílohách č. 2 a 3 pro PLD, resp. ambulantní specialisty.