



Koncepce podpory rozvoje paliativní péče v Olomouckém kraji

OBSAH	2
Úvodní slovo hejtmana Olomouckého kraje	3
Slovníček užívaných pojmů	4
1 VÝCHODISKA PALIATIVNÍ PÉČE	6
1.1 Legislativní rámec - oblast zdravotnictví	6
1.2 Legislativní rámec – oblast sociálních služeb	10
1.3 Zásady poskytování paliativní péče	11
1.4 Cílová skupina	12
2 FINANCOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	14
2.1 Zdravotnictví	14
2.1.1 Ambulantní specializovaná paliativní péče	15
2.1.2 Lůžková specializovaná paliativní péče	17
2.1.3 Mobilní specializovaná paliativní péče	21
2.2 Sociální služby	29
3 SOUČASNÁ SITUACE POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V OLOMOUCKÉM KRAJI	31
3.1 Olomoucký kraj v číslech	31
3.1.1 Struktura a počet obyvatel	32
3.1.2 Projekce obyvatelstva	34
3.1.3 Odhad potřeby paliativní péče	36
3.2 Ambulantní specializovaná paliativní péče	38
3.3 Lůžková specializovaná paliativní péče	42
3.4 Mobilní specializovaná paliativní péče	44
3.5 Dětská specializovaná paliativní péče	48
3.6 Sociální služby	51
3.7 Současná situace v oblasti paliativní péče nemocnic v Olomouckém kraji	52
4 ZAPOJENÍ OLOMOUCKÉHO KRAJE DO PODPORY ROZVOJE POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V KRAJI	53
4.1 Shrnutí současného stavu	53
4.2 Vize a priority	54
4.3 Cíle a opatření k naplnění priorit	56
ZÁVĚR	60
Seznam použitých zkratk	61
Seznam map, grafů a tabulek	61
Přílohy	63
Použitá literatura a prameny	64

Úvodní slovo hejtmana Olomouckého kraje

Vážení spoluobčané, dámy a pánové,

paliativní péči ještě mnoho z nás stále považuje za tabu. Je to špatně, protože smrt k životu patří, a pokud o ní mluvit nebudeme, těžko ošetřování lidí v jejich posledních chvílích zlepšíme. Právě proto vznikla Koncepce podpory rozvoje paliativní péče v Olomouckém kraji. Bez obalu a otevřeně odkrývá slabiny současného systému a přináší návod na to, jak ho zlepšit.

S přibývajícími léty často přicházejí nejrůznější choroby, které zásadním způsobem náš život ovlivňují. Netýká se to však pouze starších lidí, ale i mladých, a dokonce i dětí. Těm všem chceme poskytnout prvotřídní a kvalitní paliativní péči.

Moje představa je taková, že nabídneme cestu, na které se nemocný člověk může plně spolehnout na to, že nebude trpět velkými bolestmi, nezůstane sám a lidé kolem něj se budou snažit vyjít vstříc všem jeho přáním. Nablízku mu budou příbuzní a přátelé, kterým těžkou situaci pomohou zvládnout zaměstnanci a dobrovolníci ambulantních, terénních i lůžkových služeb poskytovatelů paliativní péče.

Kvůli naplnění svojí vize jsem založil pracovní tým pro přípravu koncepce podpory rozvoje paliativní péče, jehož členy jsou jak lékaři, tak i řada erudovaných odborníků z oblasti zdravotní a sociální péče. Materiál, který právě teď držíte v ruce, je výsledkem jejich společné práce.

Již na přelomu letopočtu římský filozof Seneca hlásal, že celý lidský život není nic jiného než cesta ke smrti. Smrt je tedy stejně jako okamžik narození přirozenou součástí života. Naší snahou je, aby to nebyl okamžik bolesti, ale úlevy a důstojného odchodu.

Ladislav Okleštěk

hejtman Olomouckého kraje



Slovníček užívaných pojmů

Dětská paliativní péče – aktivní celostní péče o tělo, ducha a mysl nemocného dítěte, která zahrnuje také péči o rodinu.

Domácí péče - zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí.

Hospic – zdravotní služba, která slouží k péči o nevyléčitelně a těžce nemocné osoby, tedy k tzv. paliativní péči (viz níže). Hlavním účelem hospiců je maximálně zlepšit kvalitu života v jeho závěrečné fázi a umožnit lidem důstojné umírání.

Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) poskytovaná pod odborností 926 – je multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevyléčitelnou nemocí poskytovaná v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dnů v týdnu.

Odlehčovací služby – sociální služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Osobní asistence – terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Paliativní péče – je podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů definována jako péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.

Paliativní péče obecná – souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, která je poskytována v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních (v ideálním případě i sociálních) služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína.

Paliativní péče specializovaná – je poskytována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína pacientům s komplexními problémy. Specializovaná paliativní péče vyžaduje týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Odborným garantem specializované paliativní péče je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních, spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří jsou držiteli oprávnění pro

poskytování zdravotních služeb v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

Pečovatelská služba - terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob.

Terminální stav – konečné období nemoci, které obvykle trvá týdny až měsíce. Jedná se tedy o pacienta, u něhož lze s ohledem na předpokládaný přirozený průběh základního nevléčitelného onemocnění očekávat úmrtí do 6 měsíců.

Umírající pacient – pacient, u kterého dochází v důsledku progresu základního nevléčitelného onemocnění k selhávání základních životních funkcí, což směřuje k úmrtí nemocného.

1 VÝCHODISKA PALIATIVNÍ PÉČE

Poskytování paliativní péče ve smyslu zajištění kvalitní zdravotní péče i psychosociální podpory nevyléčitelně nemocným osobám v závěru života je velkou společenskou výzvou. Cílem by měl být takový komplexní systém služeb, který umožní vytvořit podmínky pro důstojný odchod ze života s co nejmenší mírou fyzického i psychického strádání a dle individuálních přání a potřeb osob umírajících i jejich blízkých.

V legislativním prostředí České republiky je hospicová a paliativní péče primárně zdravotní službou poskytovanou dle zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Při poskytování paliativní péče v praxi dochází k významnému prolínání zdravotních a sociálních služeb. Žádoucí multidisciplinární spolupráce obou segmentů je komplikována absencí jednotné právní úpravy, která by řešila všechny potřeby umírajících osob a jejich blízkých komplexně, a to včetně financování.

Vizi obecné dostupnosti kvalitní paliativní péče pro všechny pacienty, kteří ji potřebují, představuje Národní program paliativní péče zpracovaný Českou společností paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen ČSPM ČLS JEP). ČSPM ČLS JEP je také platformou pro spolupráci s orgány státní správy i dalšími organizacemi, sdruženími a iniciativami, které se s touto vizí ztotožňují.

Cílem této koncepce je zmapovat situaci v poskytování paliativní péče v Olomouckém kraji, definovat „bílá místa“ dostupnosti lůžkové, ambulantní i domácí paliativní péče občanům kraje, kteří ji potřebují, a jejich blízkým, formulovat opatření, kterými lze podpořit její zajištění a rozvoj z úrovně kraje a přispět k iniciaci systémových změn v této oblasti na národní úrovni tak, aby mohly být naplněny vize obsažené v citovaném Národním programu.

1.1 Legislativní rámec - oblast zdravotnictví

Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o zdravotních službách“).

Paliativní péče je druhem zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí – definice dle zákona o zdravotních službách - § 5 odst. 2 písm. h).

Paliativní péče může být poskytována ve formě:

- a) ambulantní péče
- b) lůžkové péče
- c) zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Kritéria pro uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou na poskytování zdravotních výkonů odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu specifikuje Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče, který byl zveřejněn ve Věstníku MZ ČR č. 13/2017. Věstník je dostupný na webových stránkách ministerstva – www.mzcr.cz. Metodický

pokyn obsahuje níže uvedenou tabulku sítě poskytovatelů paliativní péče dle formy a typu:

Tabulka 1: Síť poskytovatelů paliativní péče

Forma zdravotní péče (§ 7-10 zák. 372/2011 Sb.)	Typ paliativní péče	
	OBECNÁ: (80 – 90 %)	SPECIALIZOVANÁ: (10 – 20 %)
Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)	registrující lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, včetně návštěvní služby	
Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b)	ošetřující ambulantní specialista	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby
Lůžková péče (§ 9)	paliativní péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení dlouhodobé péče a pobytových zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti	lůžková péče v oboru paliativní medicína, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v lůžkovém zařízení
Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)	lékař ambulantní zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie; agentury domácí péče, návštěvní služba ambulantním specialistou	MSPP neboli paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra, kde je odborným garantem lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína

Právní předpisy z oblasti zdravotnictví:

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, upravuje mj. podmínky pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, v němž budou zdravotní služby poskytovány. Žadatel musí mj. splňovat požadavky na technické a věcné vybavení dle vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů, a požadavky na personální zabezpečení poskytovaných zdravotních služeb v souladu s vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

Od 1. 1. 2018 je v zákoně o zdravotních službách účinný nový § 44a definující hospic: *„Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“*

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, v části deváté upravuje průběh výběrových řízení na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se koná výběrové řízení. Návrh na konání výběrového řízení může podat zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec. Výběrová řízení vyhlašuje krajský úřad, místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské rehabilitační péče vyhlašuje MZ. Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.

V současné době v ČR působí 7 zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Úhradu hrazených zdravotních služeb pro rok 2018 upravuje vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 a vyhláška č. 354/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Do systému péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je od 1. 1. 2018 zařazena nová odbornost 926 – domácí péče o pacienta v terminálním stavu. Dne

1. 8. 2018 nabyla účinnosti vyhláška č. 143/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Odbornost 925 – sestra domácí zdravotní péče

- Pro možnost poskytovat zdravotní (paliativní) péči v domácím prostředí pacientovi v terminálním stavu je s účinností od 1. ledna 2010 v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „SZV“) u autorské odbornosti 925 – „sestra domácí zdravotní péče“ uveden výkon 06349 „Signální kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“, který nemá časovou ani bodovou hodnotu. Signalizuje ale péči o pacienta v terminálním stavu a v SZV ruší omezení frekvence u uvedených výkonů sester domácí zdravotní péče.
- Rozhodnutí, že se jedná o pacienta v terminálním stavu, což vyžaduje změnu frekvence ošetrovatelské péče prostřednictvím domácí zdravotní péče, náleží registrujícímu praktickému lékaři, registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost, ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci a ošetřujícímu lékaři poskytujícímu ambulantní specializovanou zdravotní péči. Podmínkou pro realizaci požadavku ošetřujícího lékaře a úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění je vystavení dokladu 06/DP s jasnou a konkrétní specifikací požadovaných zdravotních výkonů, aby nedocházelo k vykazování domácí péče, která je de facto péčí sociální.

Odbornost 720 - paliativní medicína

Výkony:

- 80051 – první vyšetření a zavedení paliativní péče lékařem u pacienta v terminálním stavu v domácím prostředí
- 80052 – vyšetření pacienta lékařem specialistou v oboru paliativní medicíny v domácím prostředí
- 80053 – komplexní vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína
- 80054 – cílené vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína
- 80055 – kontrolní vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína

Odbornost 926 – domácí péče o pacienta v terminálním stavu

- Kritéria pro nasmlouvání specifikuje Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče.
- Výkony: 80090 – agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient; 80091 – agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy

Další právní předpisy z oblasti zdravotnictví:

- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

1.2 Legislativní rámec - oblast sociálních služeb

Právními předpisy upravující rámec poskytování sociálních služeb jsou zejména:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“)
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „prováděcí předpis“).

Zákon o sociálních službách mimo jiné upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, definuje okruh oprávněných osob, působnost v oblasti sociálních služeb, oprávněné poskytovatele a základní druhy a formy služeb.

Základní podmínkou poskytování sociálních služeb je získání oprávnění k jejich poskytování (registrace). O registraci rozhodují krajské úřady (v přenesené působnosti) příslušné podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby.

Kompetence v oblasti působnosti při zajišťování sociálních služeb jsou rozděleny mezi Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, obce a kraje v samostatné působnosti a obecní úřady s rozšířenou působností a krajské úřady v přenesené působnosti.

Kraje v samostatné působnosti zejména zpracovávají střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby; zajišťují dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb a určují síť sociálních služeb na území kraje.

Prováděcí vyhláška specifikuje mimo jiné základní činnosti jednotlivých druhů sociálních služeb a úkony k jejich naplňování, podmínky pro zpracování a strukturu střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje, standardy kvality poskytování služeb a jejich inspekci a stanoví maximální výši úhrady od uživatelů.

Zákon o sociálních službách ani jeho prováděcí předpis hospicovou ani paliativní péči nedefinují.

Při úvahách o cílové skupině osob v terminálních stádiích života, lze v současné legislativě sociálních služeb najít základní činnosti, jejichž zajištění nemůže pokrýt zdravotní služba, zejména u těchto druhů sociálních služeb:

- domovy pro seniory (§ 49 zákona o sociálních službách) – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Základní činnosti jsou vyjmenovány v příloze č. 1. Obdobně je tomu u domovů se zvláštním režimem (§ 50 zákona o sociálních službách) s cílovou skupinou osob se sníženou soběstačností z důvodu onemocnění stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, příp. z důvodu chronického

duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a domovů pro osoby se zdravotním postižením (§ 48 zákona o sociálních službách) s cílovou skupinou osob se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a vyžadující pravidelnou pomoc jiné osoby.

- odlehčovací služby (§ 44 zákona o sociálních službách) - terénní, ambulantní nebo pobytové jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Základní činnosti jsou vyjmenovány v příloze č. 1.
- pečovatelská služba (§ 40 zákona o sociálních službách) – terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase činnosti vyjmenované v příloze č. 1. v domácnostech osob.
- osobní asistence (§ 39 zákona o sociálních službách) – terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Základní činnosti jsou vyjmenovány v příloze č. 1.
- sociální poradenství (§ 37 zákona o sociálních službách) – základní poradenství je součástí poskytování všech sociálních služeb a poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace; odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v poradnách nebo také ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Základní činnosti jsou vyjmenovány v příloze č. 1.

1.3 Zásady poskytování paliativní péče

- Chránit důstojnost nevyléčitelně nemocných a klást hlavní důraz na kvalitu života.
- Chápat umírání jako součást lidského života a vycházet z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně.
- Úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění.
- Podporovat život a zároveň pohlížet na umírání jako na přirozený proces, neusilovat ani o urychlení, ani o oddálení smrti.
- Vycházet důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektovat jejich hodnotové priority.
- Interdisciplinární spolupráce a integrace lékařských, ošetrovatelských, psychologických, sociálních a spirituálních aspektů.
- Klást důraz na význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhávat nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, možnost prožít poslední období života v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých.

- Nabízet všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomoc se zvládáním jejich zármutku i po smrti blízkého člověka.
- Umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a utrpením.

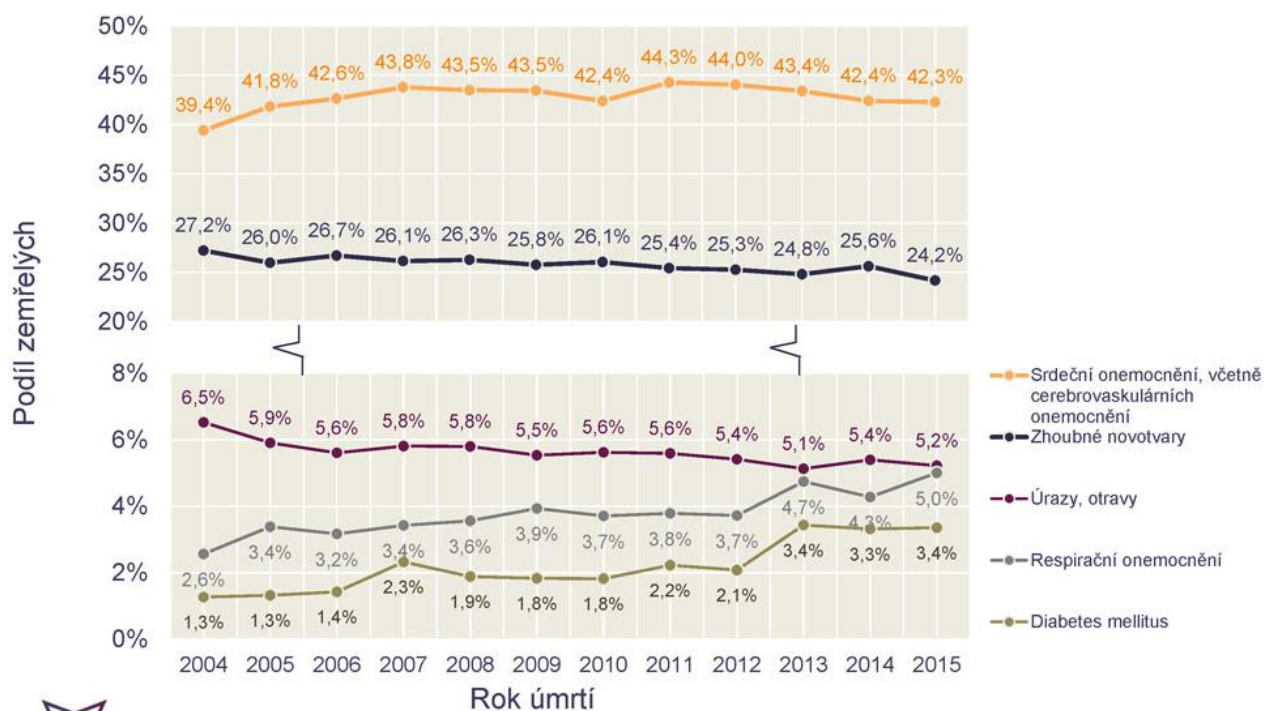
1.4 Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou lidé trpící nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo nevyléčitelném stadiu. Onemocnění, která v pokročilých a konečných stádiích vyžadují paliativní péči, jsou dle údajů České společnosti paliativní medicíny zejména:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
- AIDS
- polymorbidní geriatrickí pacienti
- pacienti v persistujícím vegetativním stavu
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

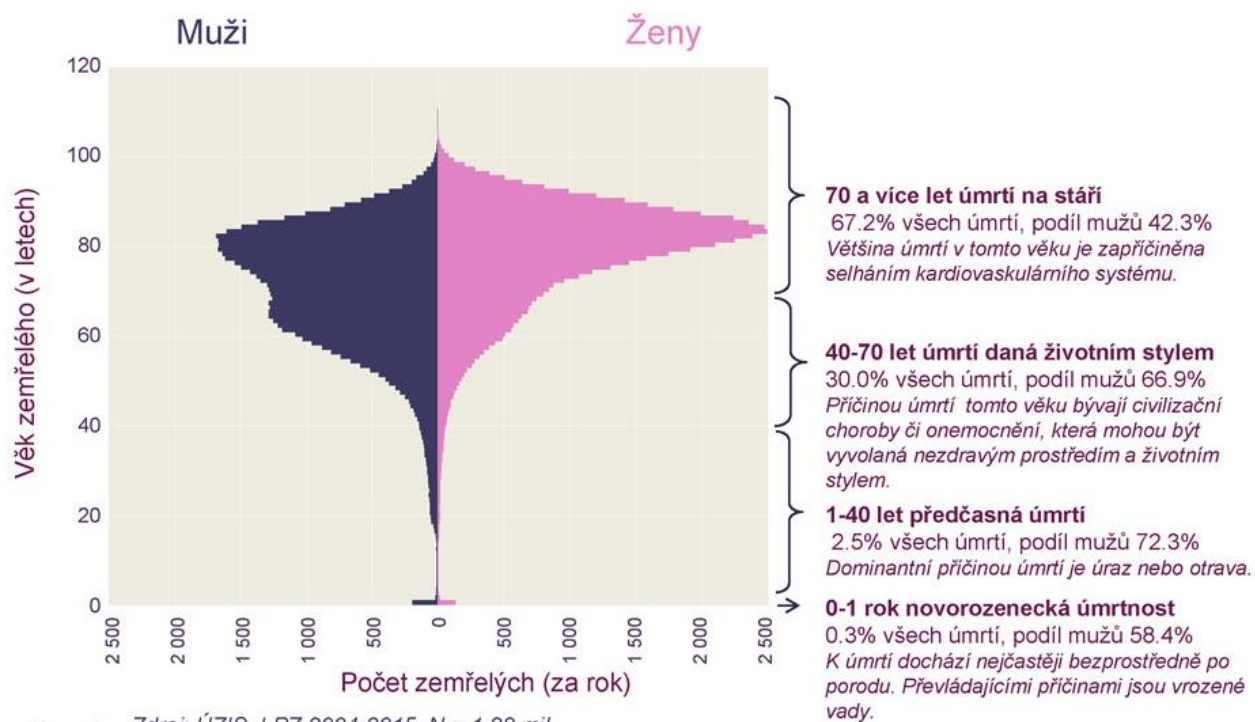
Za sledované období v letech 2004 až 2015 došlo k mírnému poklesu úmrtí na zhoubné novotvary. Současně však dochází k nárůstu úmrtí z kardiálních a respiračních příčin. Na vzestupu je také podíl úmrtí, u nichž je příčinou diabetes mellitus.

Graf č. 1: Nejčastější příčiny úmrtí - trend



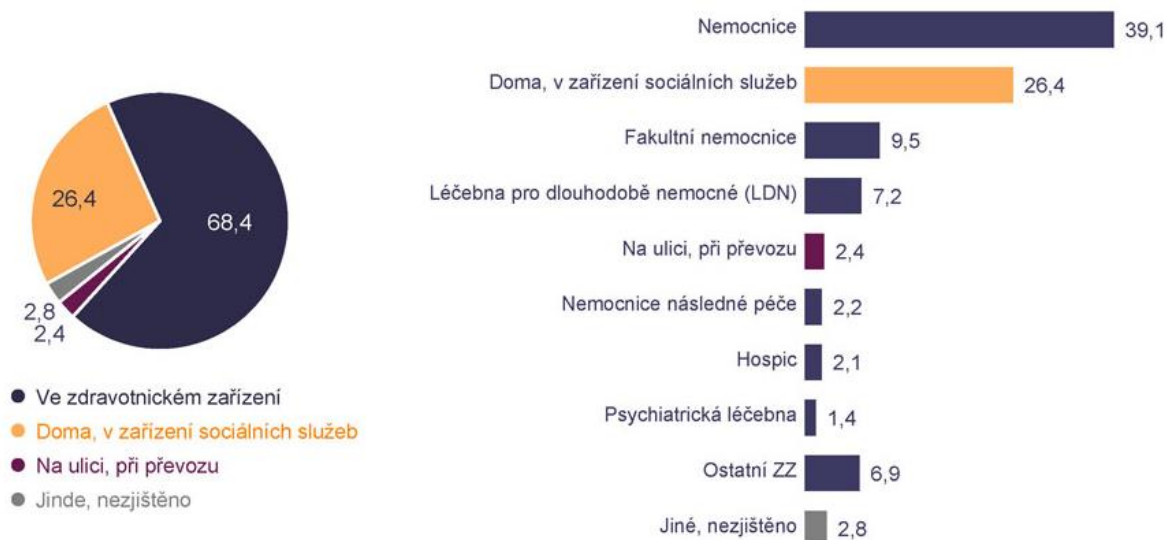
Příčiny úmrtí se mění s věkem, stejně jako podíl zemřelých mužů a žen. Dle věku lze zemřelé klasifikovat do 4 obecných věkových skupin. Tyto skupiny se od sebe liší nejen věkem, ale i převažujícími příčinami úmrtí.

Graf č. 2: Věk úmrtí obyvatel ČR



Mezi lety 2008 až 2015 lidé nejčastěji umírali ve zdravotnickém zařízení (více než 2/3 všech úmrtí).

Graf č. 3: Místa úmrtí obyvatel ČR



Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP 2008-2015 N = 860 248

2 FINANCOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Paliativní péče ve smyslu zajištění potřeb umírajících osob a jejich blízkých leží na pomezí sociálních a zdravotních služeb a v praxi dochází k jejich významnému prolínání.

2.1 Zdravotnictví

Paliativní péče jako zdravotní služba je hrazena z veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Poskytovatel zdravotních služeb v jakékoli formě – lůžkové, ambulantní nebo mobilní – musí splnit podmínky pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, o kterém rozhodují krajské úřady. Z pohledu financování z veřejného zdravotního pojištění je nutné, aby poskytovatel uspěl ve výběrovém řízení na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a následně došlo k uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Úhradu smluvním poskytovatelům pak provádějí

zdravotní pojišťovny dle tzv. úhradové vyhlášky, kterou je nejnověji vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.

2.1.1 Ambulantní specializovaná paliativní péče

Financování ambulantní paliativní péče je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Úhrada nákladů spojených s poskytováním paliativní péče ambulantní formou probíhá dle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro rok 2018 v kapitole 720 – paliativní medicína následovně:

Tabulka č. 2: Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro rok 2018

Číslo	Název	Doba trvání	Omezení místem	Omezení frekvencí	Přímé náklady	Celkem vč. režie
80051	PRVNÍ VYŠETŘENÍ A ZAVEDENÍ PALIATIVNÍ PÉČE LÉKAŘEM U PACIENTA V TERMINÁLNÍM STAVU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ Výkon je určený pro první vyšetření a zavedení paliativní péče lékaře specialisty v domácím prostředí pacienta	60	pouze ambulantně	1/život	520	702
80052	VYŠETŘENÍ PACIENTA LÉKAŘEM SPECIALISTOU V OBORU PALIATIVNÍ MEDICÍNY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	30	pouze ambulantně	1/1 den	264	355
80053	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU V OBORU PALIATIVNÍ MEDICÍNA Výkon je určený pro komplexní zhodnocení stavu a vytvoření plánu paliativní péče u pacienta v pokročilém stádiu nevyléčitelného onemocnění	60	pouze ambulantně	1/život	520	702
80054	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU V OBORU PALIATIVNÍ MEDICÍNA Výkon je určený pro cílené zhodnocení stavu pacienta a vytvoření plánu paliativní léčby dominantních obtíží	30	pouze ambulantně	1/1 den	264	355
80055	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU V OBORU PALIATIVNÍ MEDICÍNA Výkon je určený pro zhodnocení stavu pacienta, vývoje zdravotních obtíží, posouzení účinnosti dosavadní paliativní léčby a provedení její úpravy	15	pouze ambulantně	1/1 den	132	177

Je nutné počítat s náklady na mzdy lékaře, sestry, pronájem ambulance, na materiál, dopravu k pacientovi. Vzhledem k výše uvedenému bodovému ohodnocení a nákladům na provoz ambulance je zřejmé, že provoz paliativní ambulance bude nutné dotovat z jiných zdrojů.

Tabulka č. 3: Analýza domácí hospicové péče ACHO (v rámci odbornosti 925)

odbornost 925, olomoucká arcidiecéze Průměrné hodnoty za rok 2016		
Výnosy celkem	Kč	908 177,00
Náklady celkem	Kč	1 029 922,00
Rozdíl výnosů a nákladů	Kč	-121 745,00
Měsíční tržby od zdravotních pojišťoven na 1 přepočteného pracovníka	Kč	2 603,00
Měsíční výše celkových nákladů na 1 přepočteného pracovníka	Kč	77 504,00
Měsíční výše celkových nákladů na 1 klienta	Kč	2 432,00
Počet klientů za rok	ks	58
Celkové náklady na 1 hodinu služby	Kč	747,00

a) Výnosy celkem

Do výnosů jsou započítány všechny příjmy od zdravotních pojišťoven, dotací, z grantů a projektů, sbírek apod. Příjem od zdravotních pojišťoven tvoří největší podíl z celkových výnosů (průměrně 92,3 %), přesto je nedostačující. Lékař, sociální služby, duchovní a psychologická péče jsou hrazeny zvlášť, proto nejsou zahrnuty do žádné z položek.

b) Náklady celkem

Měsíční výše celkových nákladů na jednoho přepočteného pracovníka

Měsíční výše celkových nákladů na jednoho klienta

Celkové náklady na hodinu služby

Do nákladů jsou započítány veškeré náklady na pracovníky – zdravotní sestry v trvalém pracovním poměru i na DPP a DPČ; včetně pracovníků správy (vedoucí a admin.). Podíl pracovníků správy tvoří průměrně 15,5 % z celkového počtu přepočtených úvazků pracovníků. Součástí celkových nákladů jsou energie, materiál, opravy a údržba aut, pohonné hmoty, telefon, internet, školení, osobní náklady (pojištění, mzdy).

c) Rozdíl výnosů a nákladů

Jedná se o průměrný rozdíl mezi výnosy a náklady. Průměrné hodnoty jsou záporné.

d) Měsíční tržby od zdravotních pojišťoven na jednoho přepočteného pracovníka

Jde o úhrady zdravotních pojišťoven odbornosti 925 (zdravotní sestry) dle regulačního vzorce „ $POP_{icz} \times PURO_{icz} \times 1,03$ “, kdy POP_{icz} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období, $PURO_{icz}$ je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období. Úhrady zahrnují mzdové náklady na pracovníky zdravotní sestry, dopravu za pacientem a režii. Lékař, sociální služby, duchovní a psychologická péče jsou hrazeny zvlášť. Hodnota bodu je od roku 2015 ve výši 1,02 Kč. Regulační vzorce, koeficient i referenční období se v jednotlivých letech mění. Již po několik let je umožněno vyjmout pacienty v terminálním stavu (se signálním kódem) z regulací.

2.1.2 Lůžková specializovaná paliativní péče

Financování lůžkové paliativní péče je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Úhrada nákladů spojených s poskytováním paliativní péče lůžkovou formou probíhá prostřednictvím vykazování kategorií pacienta. Kategorie pacienta vyjadřuje zvýšenou náročnost ošetrovatelské péče poskytované pacientovi. Vykazuje se za každý den hospitalizace kromě dne ukončení hospitalizace. První a poslední den hospitalizace se vykazuje jako jeden den s kategorií odpovídající stavu pacienta v první den hospitalizace.

Tabulka č. 4: **Hodnota kategorií pacienta**

Kategorie	Body	Název	Popis
1	0	Pacient soběstačný	Pacient je nezávislý na základní ošetrovatelské péči Pacient ve stabilizovaném psychickém stavu Dítě nad 10 let
2	75	Pacient částečně soběstačný	Pacient je částečně soběstačný, sám se obslouží s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku Pacient vykazující mírné příznaky duševní poruchy, spolupracující Dítě od 6 do 10 let
3	150	Pacient vyžadující zvýšený dohled	Lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje téměř úplnou obsluhu Psychicky alterovaný pacient nebo pacient vykazující středně těžké příznaky duševní poruchy vyžadující zvýšený dohled, případně přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění Dítě od 2 do 6 let
4	225	Pacient imobilní	Lucidní, zcela imobilní pacient, případně inkontinentní, vyžaduje ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech Pacient vykazující příznaky závažné duševní poruchy vyžadující omezení pohybu a farmakologické zklidnění Dítě do 2 let věku
5	300	Pacient bezvědomí	Pacient je v bezvědomí případně v deliriózním stavu Pacient vykazující příznaky těžké duševní poruchy, nebezpečný sobě či okolí, vyžadující trvalý ošetrovatelský dohled, případně použití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče Pacient ve výkonu ochranného ústavního léčení

Úhrada nepřímých nákladů

V kalkulaci bodové hodnoty zdravotních výkonů není zahrnuta položka nepřímé náklady – režie. Režii spojenou s poskytnutím lůžkové zdravotní péče uhradí zdravotní pojišťovna z části na základě času výkonu a minutové režijní sazby, zbývající část režie je přiřazena k ošetrovacímu dni.

Pro poskytovatele poskytující jinou lůžkovou péči (než je akutní lůžková péče) je hodnota režie přiřazení k ošetrovacímu dni stanovena na 183,33 bodu. Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout vyšší hodnotu režie přiřazenou k ošetrovacímu dni, nejvýše však do výše 400 %. Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout nižší hodnotu režie přiřazenou k ošetrovacímu dni, nejvýše však do výše 30 %.

Tabulka č. 5: **Obsah režie**

Položky režie	Položka zahrnuje
Spotřeba materiálu	Palivo
	Pohonné hmoty a mazadla mimo PHM a mazadla zahrnuté ve výkonech dopravy
	Zdravotnický materiál mimo ten, který je zahrnut jako přímo spotřebovaný ve výkonech nebo jako ZUM účtován zvlášť
	Léčivé přípravky mimo ty, které jsou zahrnuty jako přímo spotřebovány ve výkonech nebo jako ZULP účtovány zvlášť
	Potraviny mimo potraviny hrazené ve stravní jednotce v ošetrovacím dni
	Všeobecný materiál mimo ten, který je zahrnut jako přímo spotřebovaný v některých výkonech
	Materiál pro údržbu mimo ten, který je zahrnut ve výkonech v rámci specifické údržby jednoúčelových přístrojů
	Prádlo
	Osobní ochranné pracovní pomůcky pro zaměstnance
	Drobný hmotný investiční majetek
	Knihy a učební pomůcky
Spotřeba energie	Elektrická energie
	Voda (mimo vodu zahrnutou jako přímo spotřebovanou v některých výkonech)
	Pára
	Plyn
Služby	Opravy a udržování mimo specifickou údržbu jednoúčelových přístrojů zahrnutou do výkonů
	Cestovné zaměstnanců
	Náklady na reprezentaci
	Dopravné
	Nájemné
	Spoje (poštovné, telefonní poplatky)
	Dodavatelské praní prádla
	Dodavatelský úklid
	Náklady na vzdělávání, účastnické poplatky
	Software

	Ostatní služby
Osobní náklady	Mzdové náklady mimo mzdové náklady zahrnuté ve výkonech
	Ostatní osobní náklady mimo náklady zahrnuté ve výkonech
	Pojistné na veřejné zdravotní pojištění mimo pojistné na veřejné zdravotní pojištění zahrnuté ve výkonech
	Pojistné na sociální pojištění pracovníků mimo pojistné na sociální pojištění zahrnuté ve výkonech
Daně	-
Ostatní náklady	Odpis nedobytné pohledávky
	Úroky
	Jiné ostatní náklady
Odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku	Mimo jednoúčelové přístroje zahrnuté ve výkonech
Vnitropodnikové náklady	Doprava
	Údržba
	Kotelny
	Kuchyně
	Správa

Stávající hospice jsou v ČR financovány vícezdrojově. Hospice jsou v naprosté většině nevládní neziskové organizace, na dotace nemají právní nárok.

Zdravotní složka paliativní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale úhrada sociální péče je stále nedořešena. Často je sociální péče poskytována formou odlehčovací pobytové služby dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Financování lůžkového hospice je tak složeno z úhrad za ubytování a stravu, příspěvku na péči klienta, dotací MPSV. Někdy se na financování podílí kraje a obce a také dary soukromých osob, firem, nadací, fondů, granty. Zdravotní pojišťovna se na úhradách podílí cca 56 %, zbytek tvoří ostatní.

Tabulka č. 6: Analýza lůžkové hospicové péče (zdravotní část)

Průměr z let 2012 – 2016 olomoucká arcidiecéze		
Výnosy celkem	Kč	17 144 024
Náklady celkem	Kč	17 228 966
Rozdíl výnosů a nákladů - výsledek hospodaření střediska	Kč	-84 943
% zisku (ztrát) z hospodaření střediska	%	-0,40
Celkové tržby od zdravotních pojišťoven za rok	Kč	11 157 994
Měsíční výše celkových nákladů na 1 přepočteného pracovníka	Kč	49 727
Výše celkových nákladů na 1 "lůžkoden" klientů	Kč	2 009
Počet klientů za rok	ks	276
Počet "lůžkodnů" za rok	ks	8727,75
Využití kapacity střediska - počet lůžek	%	78,70
Tržby od zdravotních pojišťoven na 1 "lůžkoden"	Kč	1295,97
% nedostatku z tržeb od zdravotních pojišťoven na 1 "lůžkoden"	%	44,98

a) Výnosy celkem

Do výnosů jsou započítány všechny příjmy od zdravotních pojišťoven, dotací, z grantů a projektů, sbírek apod. Lékař, sociální služby, duchovní a psychologická péče jsou hrazeny zvlášť, proto nejsou zahrnuty do žádné z položek.

b) Náklady celkem

Měsíční výše celkových nákladů na jednoho přepočteného pracovníka

Výše celkových nákladů na jeden „lůžkoden“ klientů

Do nákladů jsou započítány veškeré náklady na pracovníky – zdravotní sestry, lékaři v trvalém pracovním poměru i na DPP a DPČ; včetně pracovníků správy (vedoucí a admin.). Součástí celkových nákladů jsou energie, materiál, opravy a údržba aut, pohonné hmoty, telefon, internet, školení, osobní náklady (pojištění, mzdy).

c) Rozdíl výnosů a nákladů

Procento zisku (ztrát) z hospodaření střediska

Jedná se o průměr rozdílů mezi výnosy a náklady a o průměrné procento ztrát z hospodaření.

d) Celkové tržby od zdravotních pojišťoven za rok

Zdravotní péče lůžkových hospiců je ukotvena v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a v sazebníku zdravotních výkonů vyhl. č. 134/1998 Sb., kde jsou stanoveny úhrady zvláštní lůžkové péče ve speciálních zařízeních hospicového typu formou „ošetřovacího dne 00030“.

Ve výkonu ošetrovacího dne jsou zahrnuty: veškeré vizity lékařů, činnosti zdravotnických pracovníků, vč. lékařů, administrativní činnost mimo činnost zahrnutou v jiných výkonech a organizační činnost vedoucích pracovníků, pohotovost, stravování, přímo spotřebovaný zdravotnický materiál, přímo spotřebované léčivé přípravky a jednoúčelové přístroje. Nezahrnuje resuscitační a intenzivní péči.

e) Počet „lůžkodnů“ za rok

Jeden lůžkoden je jeden klient za jeden den pobytu (př. 5 klientů za 4 dny pobytu = 20 lůžkodnů, 2 klienti za rok = 730 lůžkodnů).

2.1.3 Mobilní specializovaná paliativní péče

Financování mobilní specializované paliativní péče (dále jen „MSPP“) je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Jediná relevantní data k MSPP, která jsou v současné době k dispozici, vycházejí z pilotního projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen „VZP“).

Průměrná úhrada ze strany VZP u pacientů v pilotním programu byla 1 316 Kč za jeden den péče (ošetřovací den). Reálné náklady mobilních hospiců na zdravotnické služby za jeden ošetřovací den se pohybovaly v rozmezí 1 700 – 1 900 Kč. Pokrytí finančního rozdílu musely v průběhu pilotního projektu hospice i nadále hledat u dárců a krajů. Také všechny nezdravotnické služby umírajícím, tedy terénní sociální práce, psychoterapeutická nebo psychologická podpora, péče o pozůstalé a další, nejsou předmětem úhrady ze zdravotního pojištění a poskytovatelé MSPP na ně musejí opět peníze shánět jinde.

Průměrná délka péče o pacienty v pilotním programu byla 15,2 dnů, medián 8 dnů. Celkem 12,5 % pacientů bylo v péči déle než 30 dnů, kdy již VZP náklady nehradila a mobilní hospice je musely krýt z darů, veřejné sbírky a dotací.

Pro pacienty z pilotní studie i pro osoby z kontrolního vzorku jsou dostupná data VZP ČR o vykázaných nákladech na zdravotní péči v posledních 90 dnech života. Jedná se následující skupiny výkazů:

- 01 Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- 02 Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- 03 Zvlášť účtovaná léčiva a zdravotnické prostředky
- 06 Poukaz na vyšetření / ošetření
- 10 Recept
- 13 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
- 34 Příkaz ke zdravotnímu transportu
- 37 Vyúčtování výkonů záchranné služby

Úhrada pilotního projektu probíhala na základě dvou agregovaných výkonů VZP:

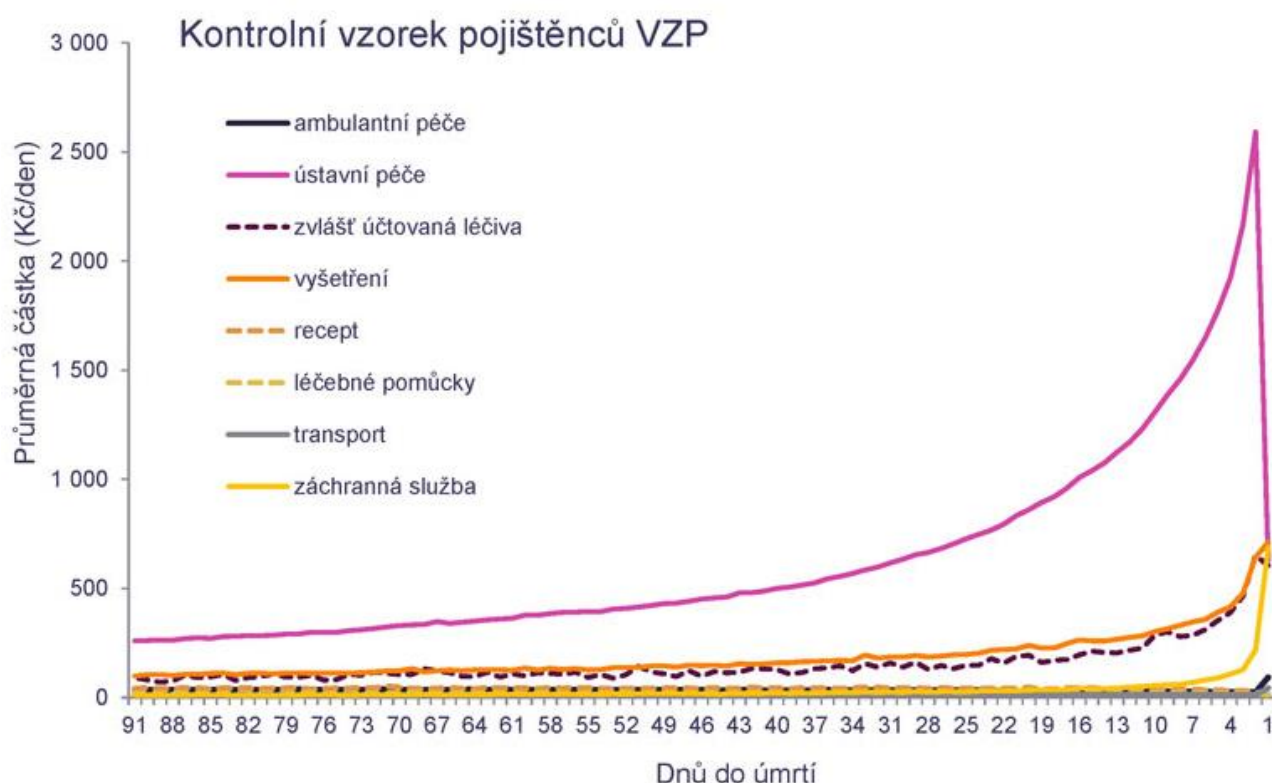
- 80900 (Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta)
- 80901 (Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy)

Uvedené agregované výkony byly hrazeny maximálně 30 po sobě jdoucích dnů na jednoho pojištěnce a bylo možné vykázat pouze jeden z těchto výkonů denně. K uvedeným výkonům již nebylo možno vykazovat žádný zvlášť účtovaný materiál nebo léčebný prostředek či dopravní výkon. Léky a zdravotnický materiál byly zahrnuty v paušální platbě za ošetrovací den.

V závěru života dochází obecně k silné eskalaci vykázaných nákladů na zdravotní péči. Toto zvýšení je dáno značným počtem akutních hospitalizací několik dní před smrtí.

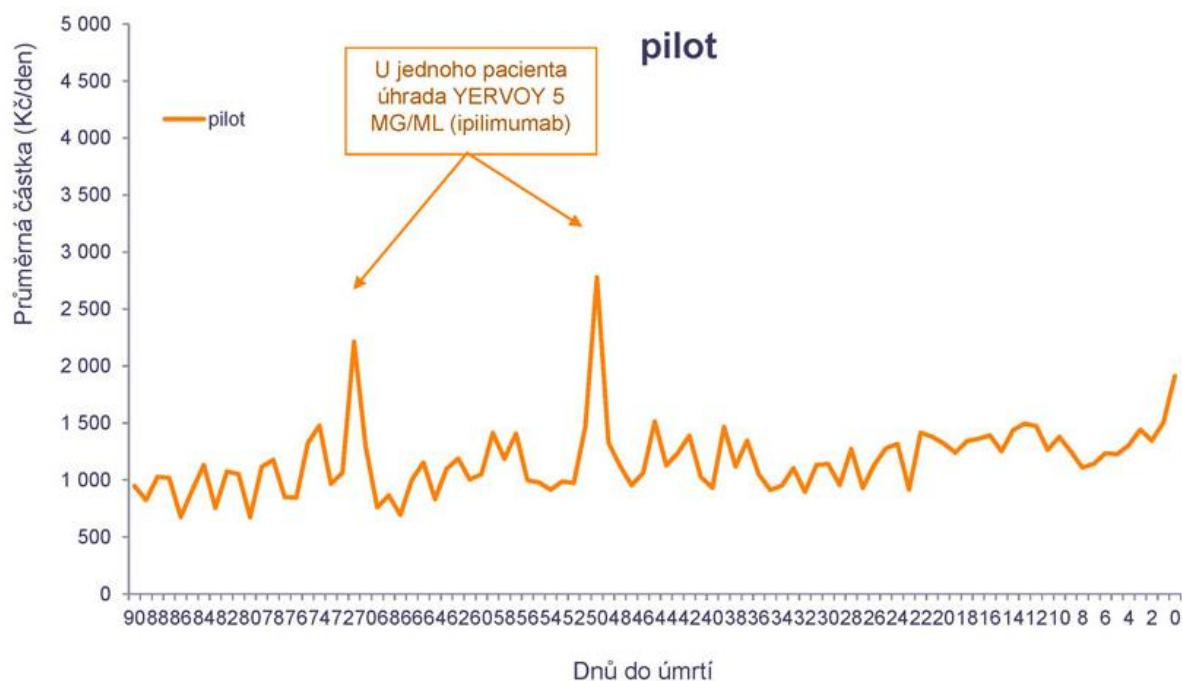
Jedná se zejména o náklady na ústavní péči (prudký pokles těchto nákladů v posledním dni života je dán způsobem vykazování hospitalizačních dní). V posledních dnech života také silně narůstají vykázané náklady na záchrannou službu. Z uvedeného vyplývá, že poslední dny života jsou obecně nejvíce nákladné.

Graf č. 4: Vykázané náklady na poslední 3 měsíce života pacientů



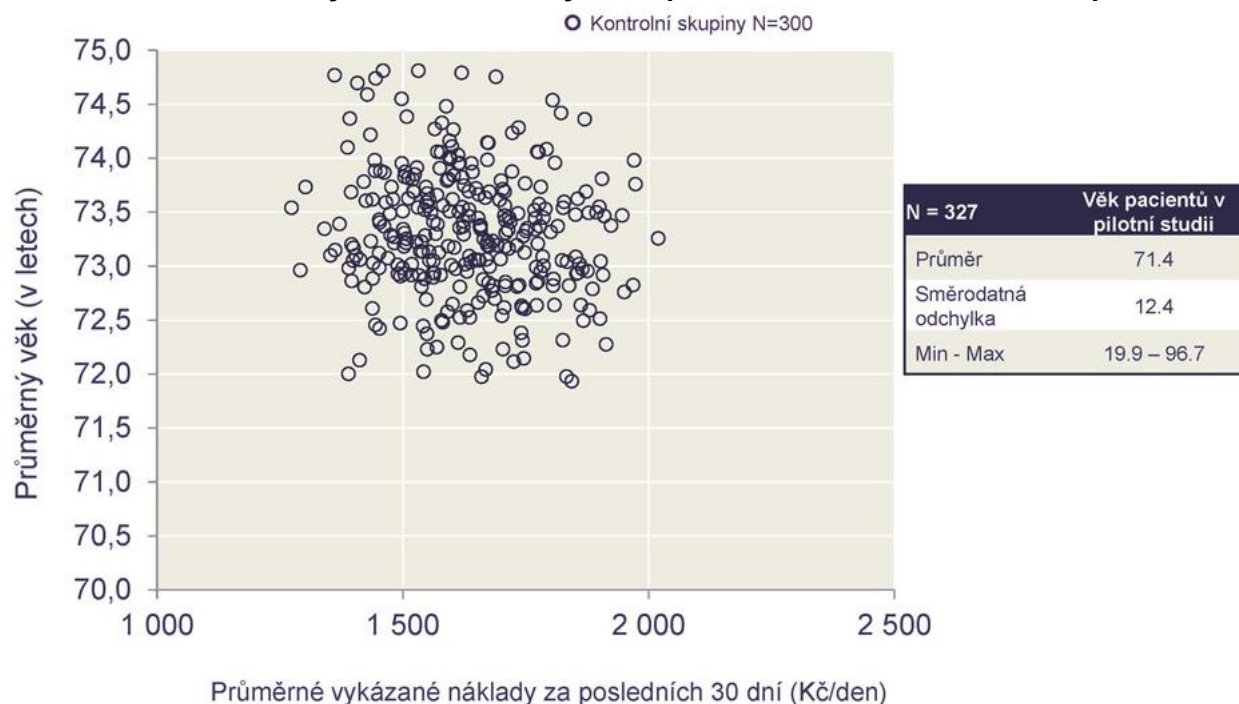
Pacienti pilotního programu MSPP mají víceméně konstantní náklady na péči po celé 3 měsíce, protože u nich nedochází k razantnímu nárůstu vykázaných nákladů na lůžkovou péči či akutní převoz.

Graf č. 5: Vykázané náklady za poslední 3 měsíce života pacientů – pilotní projekt



Průměrný věk ve všech skupinách se pohybuje v rozmezí 71 až 75 let. Drobné fluktuace ve věkovém složení nemají signifikantní dopad na výši průměrných vykázaných nákladů na zdravotní péči v závěru života.

Graf č. 6: Věk a vykázané náklady za posledních 30 dní života pacientů

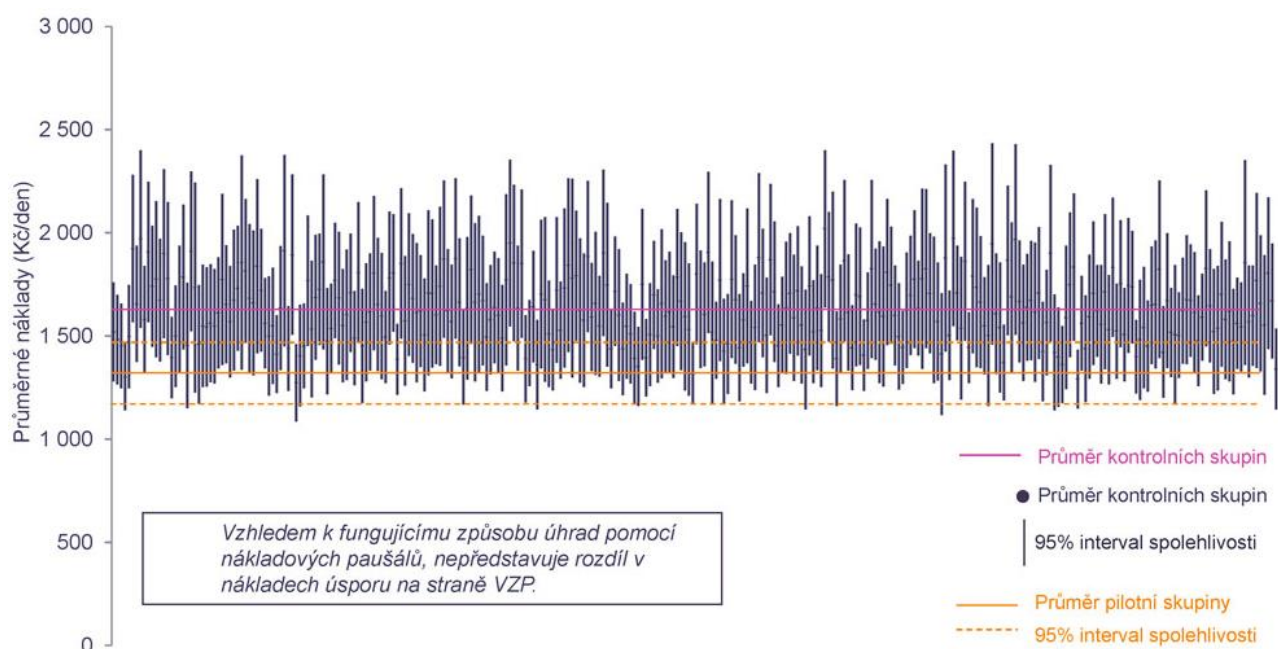


Pro každého pojištěnce byly spočítány vykázané náklady za posledních 30 dní života. Toto období je považováno za klinicky relevantní z hlediska paliativní péče. Osoby z kontrolní skupiny se v tomto období nacházely jak v domácím prostředí, tak i na lůžku ve zdravotnickém zařízení. Pacienti pilotní studie trávili v péči MSPP rozdílně dlouhou dobu. Někteří více než 30 dní, jiní jen týden nebo méně. Do nákladů za posledních 30 dnů se tak promítají i předchozí náklady (např. na péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení). Korektní pro srovnání je tedy stejný časový interval, tj. posledních 30 dní života u kontrolních skupin i u pilotního souboru.

Průměrné náklady vykázané za jeden den v posledním měsíci života pacientů MSPP jsou 1 316 Kč. Tato hodnota se pohybuje na spodní hranici vykázaných nákladů ve všech náhodně vytvořených kontrolních skupinách.

Průměrné náklady na jeden den závěru života v kontrolních skupinách činily 1 632 Kč.

Graf č. 7: Průměry vykázaných nákladů za posledních 30 dnů života



Tabulka č. 7: Struktura nákladů vykázaných za posledních 30 dnů života

	Pilotní studie (N = 304)	Průměrné hodnoty všech 300 kontrolních skupin	
	Posledních 30 dní (Kč/den) průměr (95% IS)	Posledních 30 dní (Kč/den) průměr (95% IS)	p*
ambulantní péče ↑	408.7 (359.9; 457.4)	32.1 (31.2; 32.9)	<0.001
ústavní péče ↓	235.7 (173.5; 298.0)	866.8 (854.8; 878.8)	<0.001
zvlášť účtovaná léčiva ↓	121.4 (64.1; 178.6)	242.5 (237.3; 247.8)	<0.001
vyšetření ↑	335.1 (283.8; 386.5)	309.1 (305.4; 312.9)	<0.001
recept ↑	135.8 (108.0; 163.7)	75.6 (74.4; 76.7)	<0.001
léčebné pomůcky ↑	45.0 (30.6; 59.4)	23.5 (22.9; 24.0)	<0.001
transport ↓	7.6 (5.1; 10.1)	18.5 (18.2; 18.8)	<0.001
záchranná služba ↓	26.6 (19.5; 33.7)	64.3 (63.5; 65.0)	<0.001
celkem ↓	1 316.0 (1 169.4; 1 462.5)	1 632.3 (1 615.3; 1 649.3)	<0.001

↑ Signifikantně vyšší náklady
↓ Signifikantně nižší náklady

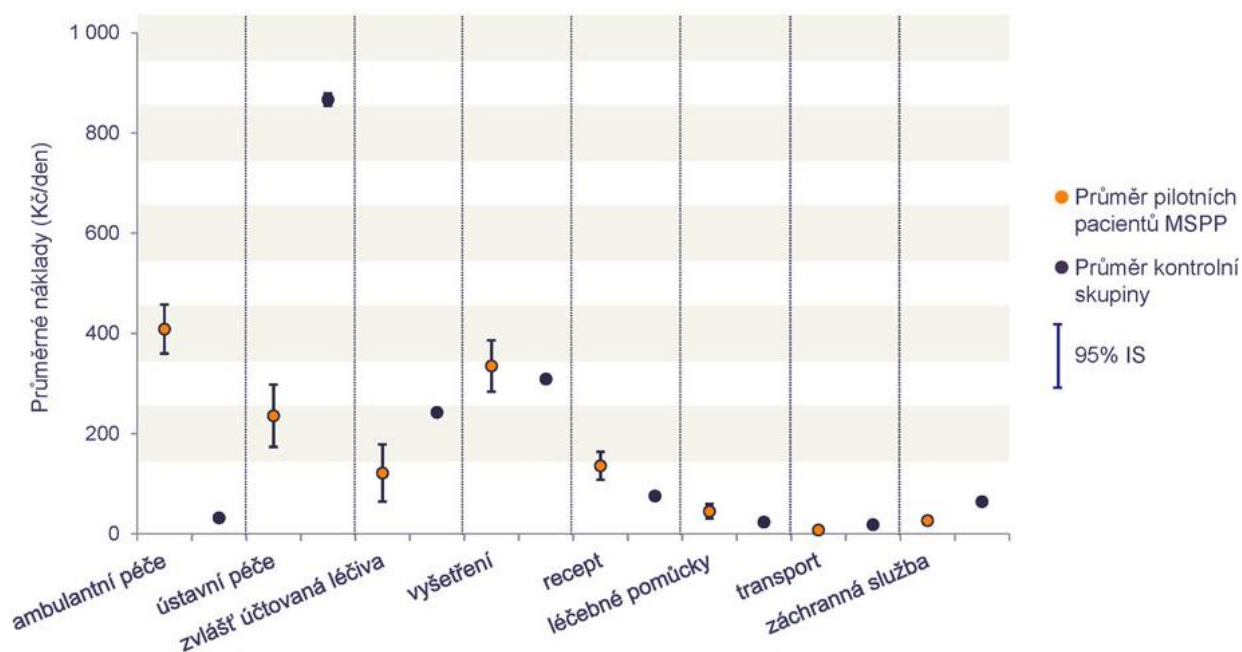
*statistická signifikance jedno-výběrového t-testu

Pacienti pilotního souboru nemuseli trávit celých 30 dní v péči MSPP

Během posledních 30 dnů života měli pacienti pilotního souboru i kontrolních skupin vykázané náklady ve všech sledovaných skupinách výkazů. Markantní rozdíl mezi pilotním souborem a kontrolními skupinami je zcela pochopitelně v položkách

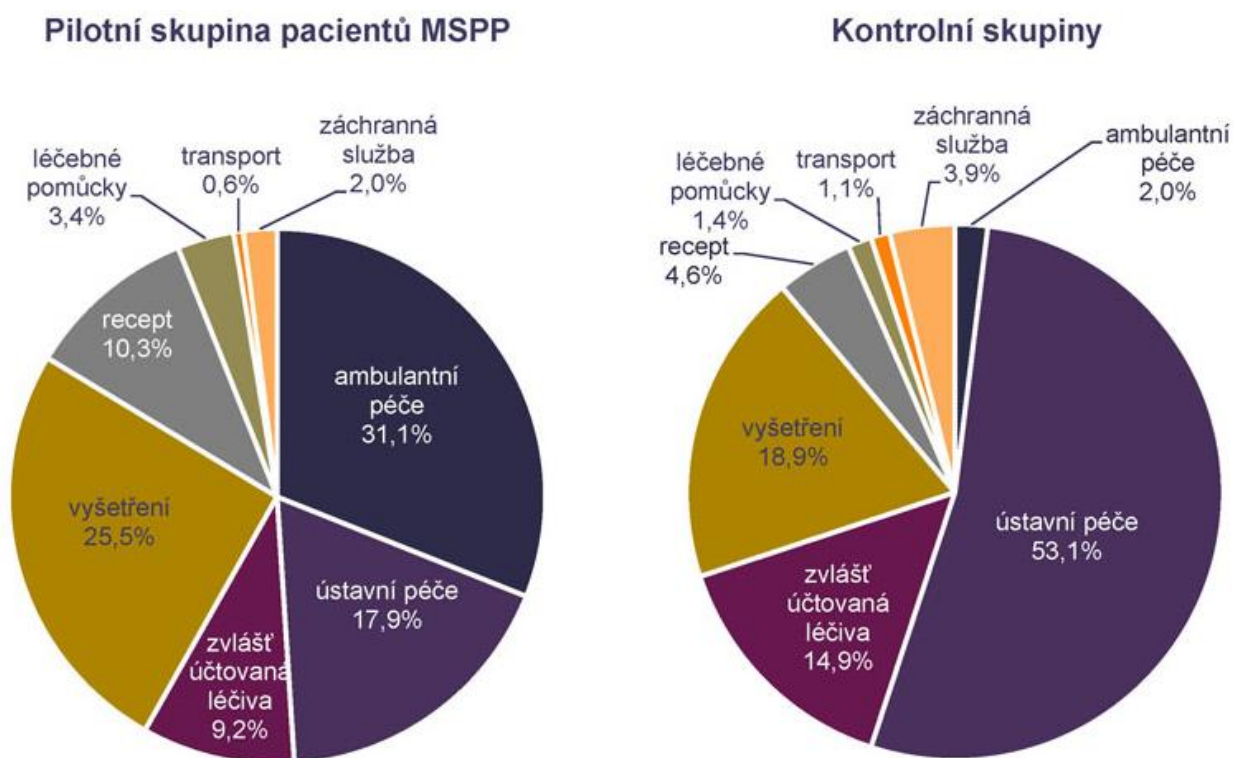
ambulantní a ústavní péče. Naopak poměrně malé rozdíly jsou pak patrné v nákladech na vyšetření (u kontrolních skupin v průměru o 26 Kč méně).

Graf č. 8: Vykázané náklady dle typu výkazu



Více než polovinu vykázaných nákladů u kontrolních skupin tvoří náklady na ústavní péči (spolu s tím je také vyšší podíl zvlášť účtovaných léčiv). U pilotní skupiny jsou naopak více zastoupeny položky ambulantní péče, vyšetření a receptů.

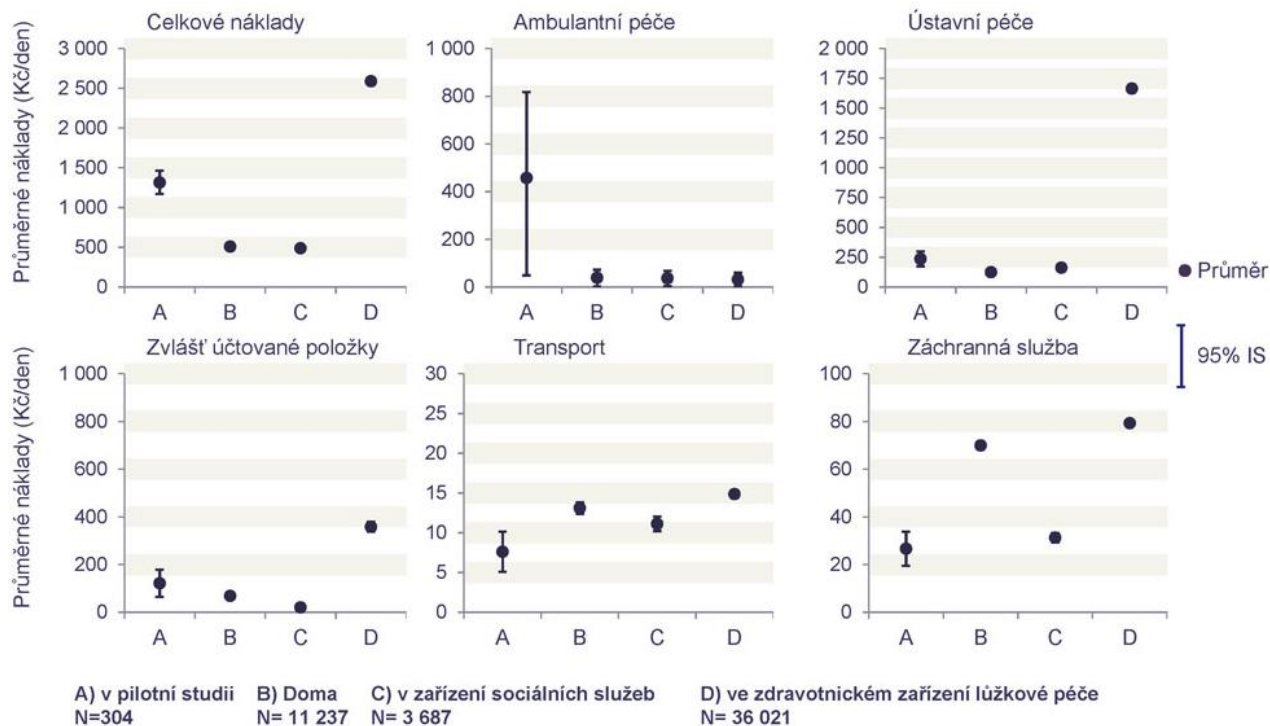
Graf č. 9: Srovnání struktury nákladů vykázaných za posledních 30 dnů života pacientů



Pacienti pilotního souboru nemuseli trávit celých 30 dní v péči MSPP

Objem i struktura vykázaných nákladů se významně liší dle místa úmrtí. Pro pacienty MSPP představuje hlavní složku nákladů ambulancní péče.

Graf č. 10: Vykázané náklady dle místa úmrtí



Mobilní specializovaná paliativní péče – dětská

Dětská paliativní péče má z podstaty odlišný charakter ve srovnání s paliativní péčí poskytované dospělým pacientům.

Zásadní je jednak odlišné složení pacientů, u dětských pacientů tvoří až 80 % těch s neonkologickými diagnózami. Odlišný je i charakter potřebné péče a doba jejího trvání – péče může být poskytována dny, ale také dlouhé měsíce i roky. U neonkologických diagnóz je velmi obtížně odhadnutelná progresse onemocnění a délka života pacientů.

Poskytovaná péče je tedy nutně individuální a musí vycházet z konkrétních potřeb dětského pacienta a jeho rodiny. Někteří pacienti (například terminální stadia onkologických onemocnění) vyžadují péči analogickou péči poskytované pacientům dospělým a plní kritéria pilotního programu VZP, u ostatních je nastaven individuální plán péče, případně je pacient přijímán na přechodnou dobu do stabilizace jeho stavu a je opět přijímán při jeho zhoršení.

Tabulka č. 8: Poskytované intervence – Nejste sami – mobilní hospic, dětsí pacienti

Celkem za rok 2017		
Počet pacientů	7	
Diagnózy onkologické	2	
Diagnózy ostatní	5	
Věk pacientů	1-13let	
Průměrná doba péče	4,8 měsíce	(0-12)
Průměrný počet intervencí (celkem)	25,9	
lékařské	8,6	(2-19)
ošetřovatelské	9,6	(2-27)
sociální/psychologické	5	(2-13)
telefonické	2,7	(0-5)

CELKEM ZA 2017	
lékařská inter.	60
sesterská inter.	67
telefonická inter.	19
sociální/psychologická	35
INTERVENČÍ celkem	181

2.2 Sociální služby

Financování sociálních služeb je vícezdrojové.

- a) Významným zdrojem jsou dotace z veřejných rozpočtů, zejména úcelově určená dotace ze státního rozpočtu poskytovaná krajům na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb (§ 101a zákona o sociálních službách a nařízení vlády č. 98/2015 Sb., o provedení § 101a zákona o sociálních službách).

Dotaci krajům poskytuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. O poskytnutí finančních prostředků na jednotlivé sociální služby poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru a zařazeni v síti služeb, a jejich výši rozhodují zastupitelstva krajů v souladu s podmínkami stanovenými zastupitelstvy krajů, a to podle zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů a v souladu s legislativou EU o veřejné podpoře.

O registraci rozhodují krajské úřady v přenesené působnosti; zajišťování dostupnosti sociálních služeb, určování sítě a rozhodování o státní účelové dotaci je samosprávnou kompetencí krajů.

- b) Úhrada z veřejného zdravotního pojištění - rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb, upravují zvláštní právní předpisy, zejména zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- c) Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) - příspěvek se poskytuje osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb.

O příspěvku rozhodují krajské pobočky Úřadu práce ČR. Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění potřebné pomoci, a to i formou sociálních služeb. Zákon o sociálních službách pak stanoví bližší podmínky jeho poskytování včetně povinnosti příjemce využívat příspěvek na zajištění potřebné pomoci osobou blízkou nebo asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, nebo dětským domovem anebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu.

- d) Úhrada nákladů za sociální služby – sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí osoba, jíž je služba poskytována, ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby. Poskytovatel sociální služby se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, popřípadě s jinou fyzickou osobou nebo s právnickou osobou, pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů.

Zákon o sociálních službách stanoví druhy služeb, které se poskytují bez úhrady, specifikuje sociální služby za úhradu a bližší podmínky pro její výši sjednanou ve smlouvě o poskytování služby mezi uživatelem služby a jejím poskytovatelem. Uživatel v návaznosti na druh poskytované služby hradí úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Péčí se rozumí základní činnosti daného druhu služby. Úhrada za péči se stanoví při poskytování pobytových služeb až na výjimky ve výši přiznaného příspěvku na péči. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu, kterou uživatel hradí ze svých příjmů, stanoví prováděcí právní předpis.

Podrobnější informace k financování sociálních služeb v Olomouckém kraji jsou součástí Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2018 – 2020, který je veřejně přístupný na <https://www.kr-olomoucky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-olomouckem-kraji-pro-roky-2018-2020-cl-3923.html>.

3 SOUČASNÁ SITUACE POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V OLOMOUCKÉM KRAJI

Pro popis současné situace je důležité uvést alespoň základní sociodemografické údaje vztahující se k území Olomouckého kraje (dále jen „OK“), zohlednit nejvýznamnější územní specifika a soustředit se nejen na strukturu a počty obyvatelstva, ale také na jeho průměrný věk a vývojové trendy v této oblasti, které jednoznačně potvrzují stárnutí populace.

3.1 Olomoucký kraj v číslech

Olomoucký kraj se rozkládá ve střední části Moravy a zasahuje i do její severní části. Celková výměra kraje je cca 5 271 km² a tvoří 6,7 % z celkové rozlohy České republiky. Svou rozlohou se řadí k menším regionům, zaujímá osmé místo mezi 14 kraji České republiky.

Olomoucký kraj má na severu 104 km dlouhou mezistátní hranici s Polskem, na východě sousedí s Moravskoslezským krajem, na jihu se Zlínským a Jihomoravským krajem a na západě s Pardubickým krajem.

Geograficky je kraj členěn na severní hornatou část s pohořím Jeseníky s nejvyšší horou Praděd (1491 m n. m.). Jižní část kraje je tvořena rovinatou Hanou.

Z hlediska územně-správního je OK tvořen územím 5 okresů - Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk. Území OK je rozděleno do 13 správních obvodů obcí s rozšířenou působností a 20 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem, ve kterých je vykonáván různý rozsah státní správy v rámci přenesené působnosti územní samosprávy. Mapa 1 znázorňuje administrativní členění OK podle správních obvodů.

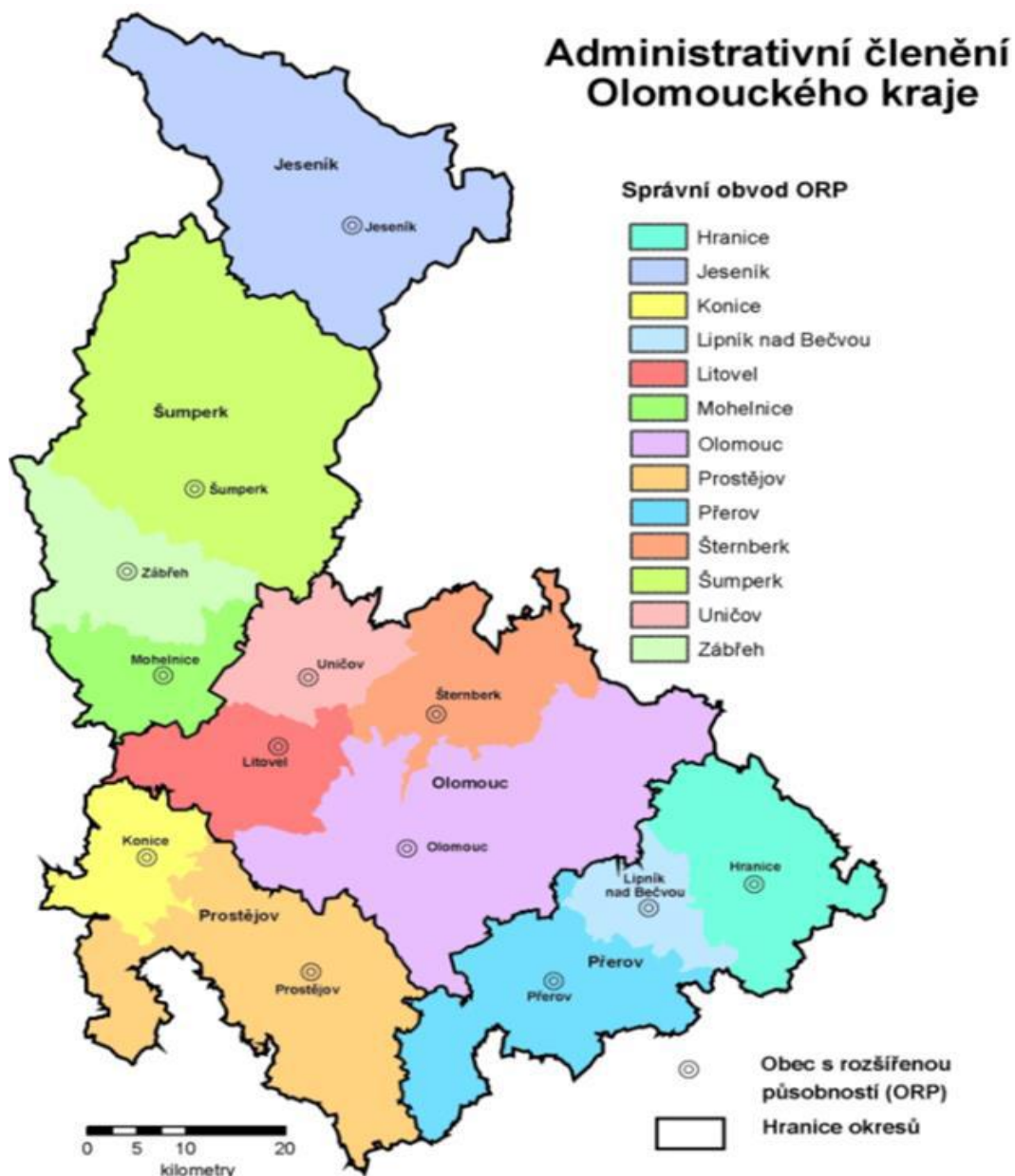
- obce s rozšířenou působností: Hranice, Jeseník, Konice, Lipník nad Bečvou, Litovel, Mohelnice, Olomouc, Prostějov, Přerov, Šternberk, Šumperk, Uničov, Zábřeh
- obce s pověřeným obecním úřadem: Hanušovice, Hlubočky, Hranice, Javorník, Jeseník, Kojetín, Konice, Lipník nad Bečvou, Litovel, Mohelnice, Moravský Beroun, Němčice nad Hanou, Olomouc, Prostějov, Přerov, Šternberk, Šumperk, Uničov, Zábřeh, Zlaté Hory.

Od 1. ledna 2016 se na území OK nachází 402 obcí, z nichž má 30 přiznaný statut města a 12 statut městyse. V souvislosti se změnou území Vojenského újezdu Libavá vznikly na území kraje k tomuto datu 3 nové obce (Město Libavá, Kozlov, Luboměř pod Strážnou). Statutárními městy jsou krajské město Olomouc a města Přerov a Prostějov. Rozlohou je největší Vojenský újezd Libavá (235,4 km²), nejmenší pak obec Strukov (0,5 km²).

Ve městech žije 56,3 % obyvatel z celkového počtu osob OK, přičemž 30 % obyvatel regionu žije ve čtyřech největších městech kraje – Olomouc (100 154 ob.), Přerov (43 994 ob.), Prostějov (43 997 ob.), Šumperk (26 478 ob.). Z dlouhodobého hlediska je přítomný trend vylidňování měst, meziročně došlo ke snížení počtu obyvatel ve městech o 873 osob (za r. 2015).

Průměrnou hustotou zalidnění 120,5 obyvatel/km² se OK řadí k průměrně lidnatým krajům (ČR 134 obyvatel/km²). Hustota zalidnění se však v jednotlivých okresech značně liší – okres Jeseník 55,9 obyvatel/km², okres Šumperk 93,8 obyvatel/km², okres Prostějov 142,1 obyvatel/km², okres Olomouc 143,4 obyvatel/km² a okres Přerov 157 obyvatel/km² – což je dáno historickým vývojem a přírodními podmínkami pro život v území.

Mapa č. 1: Administrativní členění Olomouckého kraje



Zdroj: ČSÚ

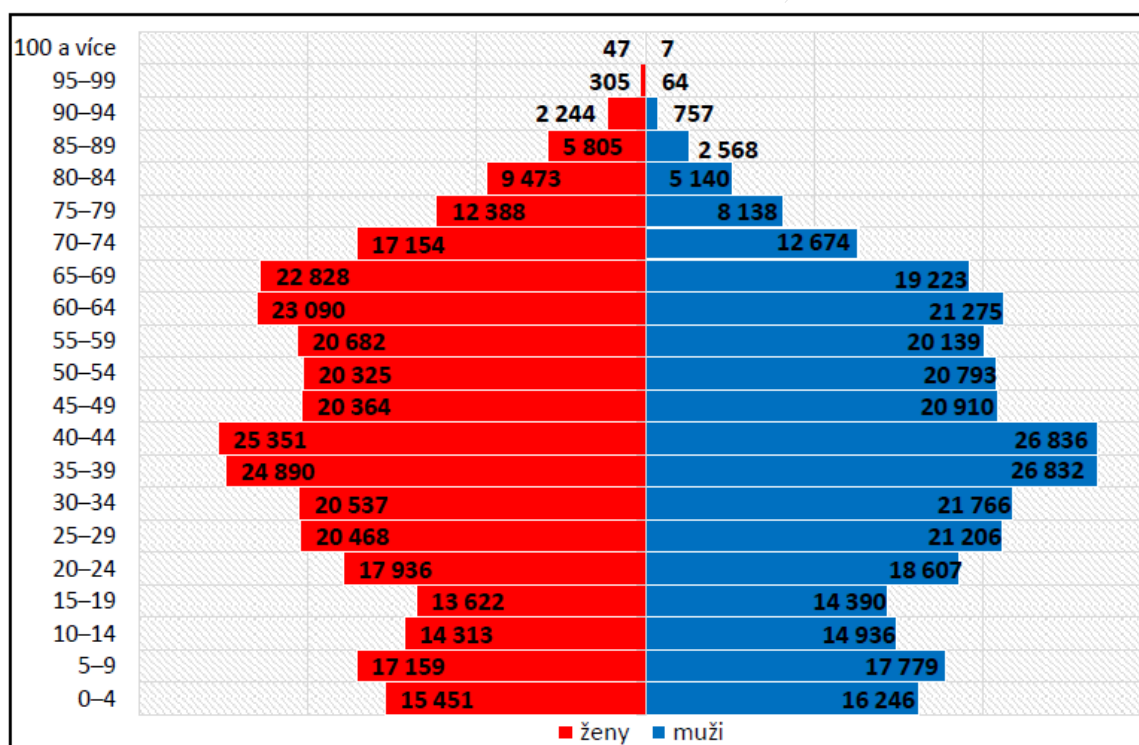
3.1.1 Struktura a počet obyvatel

Na území OK žilo k 31. 12. 2015 celkem 634 718 obyvatel, 310 286 mužů a 324 432 žen. Vývoj počtu obyvatel v letech 2010 – 2015 dle údajů ČSÚ říká, že došlo v

meziročním srovnání k úbytku populace ve čtyřech z pěti okresů. O nejvíce obyvatel přišel okres Jeseník (-8,2 ‰), kdy v relativním vyjádření ubylo na 1000 obyvatel okresu 8,2 osob. Následují okresy Přerov (-4 ‰), Šumperk (-3,8 ‰) a Prostějov (-2,2 ‰). V okrese Olomouc došlo k meziročnímu navýšení o 563 obyvatel (+2,4 ‰). Ten je tak jediným okresem, ve kterém dochází ke stabilnímu populačnímu růstu. V rámci OK je však celkový přírůstek obyvatel v záporných číslech (-1,6 ‰), což trvá nepřetržitě od roku 2010.

Věková skladba obyvatel OK se v roce 2015 stejně jako v minulých letech vyvíjela ve směru rostoucího podílu dětí (0–14 let) i seniorů (65 a více let) a klesajícího podílu obyvatel v produktivním věku (15–64 let). Podíl dětí v populaci kraje dosáhl v roce 2015 zastoupení 15,1 % (95 884), což je mírně pod republikovým průměrem 15,4 %. Na konci roku 2015 se podíl seniorské složky populace kraje pohyboval na 18,7 % (118 815), celorepublikový průměr byl 18,3 %. K poslednímu dni roku 2015 bylo v OK 420 019 osob v produktivním věku, tj. 66,2 %, přičemž celorepublikový průměr byl 66,3 %. Podíl složky obyvatel v produktivním věku se ve všech krajích České republiky konstantním tempem snižuje a situace v OK tak není výjimkou.

Graf č. 11: Věková struktura obyvatel Olomouckého kraje k 31. 12. 2015



Zdroj: ČSÚ, věková struktura

Dle věkové pyramidy populace OK reflektující stav k 31. 12. 2015 v rámci pětiletých věkových skupin převládaly skupiny osob ve věku 35–39 a 40–44 let, tedy lidé narození v letech 1971–1980. Široce zastoupeny byly rovněž věkové skupiny 60–64 a 65–69 let, lidé narození mezi lety 1946 a 1955. Stárnutí silných věkových skupin obyvatel zapříčiní, že v budoucnu lze očekávat nárůst počtu seniorů na úkor předproduktivní a produktivní generace obyvatel.

Index stáří představuje počet seniorů (65 a více let) na sto dětí (0–14 let) v populaci a odráží proces stárnutí obyvatelstva. V OK se **index stáří od roku 2010 výrazně zvýšil**, kdy vzrostl z hodnoty 110 na hodnotu 124. V roce 2015 připadalo nejvíce seniorů na sto dětí v okrese Jeseník (135), následovaly okresy Přerov (132), Šumperk (128) a Prostějov (125). Nejnižší hodnota indexu byla zaznamenána v okrese Olomouc (116). Každoroční zvyšování zastoupení obyvatel ve věku 65 a více let je od roku 2008 patrné ve všech krajích České republiky. V roce 2015 připadalo nejvíce seniorů na sto dětí shodně v Královéhradeckém a Zlínském kraji (129). Třetím nejstarším krajem byl podle indexu stáří kraj Plzeňský (125), mírně nižší byl index v Praze a v Kraji Vysočina (124). Shodný index měly kraje Karlovarský, Jihomoravský a Moravskoslezský (122), za kterými následovaly kraje Pardubický (121) a Jihočeský (120). Nízké hodnoty indexu zůstávaly v Libereckém (116) a Ústeckém (112) kraji. Teprve v roce 2015 překročil index hodnotu 100 ve Středočeském kraji. Celorepublikový průměr indexu měl k poslednímu prosinci roku 2015 hodnotu 119.

Průměrný věk obyvatel OK k 31. 12. 2015 mírně vzrostl na hodnotu 42,2 let. Průměrný věk mužů byl 40,6 let a průměrný věk žen byl 43,7 let. Nejmladší obyvatelstvo měl okres Olomouc (41,7 let), nejstarší pak okres Jeseník (42,7 let) a Přerov (42,6 let) za kterými následovaly okresy Šumperk (42,3 let) a Prostějov (42,3 let). V ostatních krajích měly nejmladší obyvatelstvo kraje Středočeský (40,8 let), Ústecký (41,4 let) a Liberecký (41,6 let), za kterými následovaly kraje Pardubický (41,9 let), Praha (42 let), Moravskoslezský (42 let) a Jihomoravský (42 let). Mírně starší populaci měly kraje Jihočeský (42,1 let), Vysočina (42,1 let), Karlovarský (42,1 let) a Plzeňský (42,3 let). Celorepublikový průměrný věk obyvatel byl 41,9 let.

3.1.2 Projekce obyvatelstva

Dle publikace „Projekce obyvatelstva v krajích České republiky do roku 2050“ lze v OK v letech 2016–2024 očekávat pokles celkového počtu obyvatelstva. S tímto poklesem bude souviset úbytek absolutních počtů živě narozených, mírný úbytek absolutních počtů zemřelých, dále záporné saldo migrace i záporný celkový přírůstek obyvatel. Lze očekávat nepatrný nárůst úhrnné plodnosti a mírný, avšak stálý nárůst naděje na dožití. Proces stárnutí populace bude nadále provázet zvyšování parametrů průměrného věku, indexu stáří i indexu ekonomické závislosti. Změna věkové struktury obyvatelstva OK se bude nadále promítat do skladby sociálních služeb pro osoby v seniorském věku. Následující tabulka a grafy demonstrují prognostický odhad věkového složení obyvatelstva v OK pro léta 2016–2024.

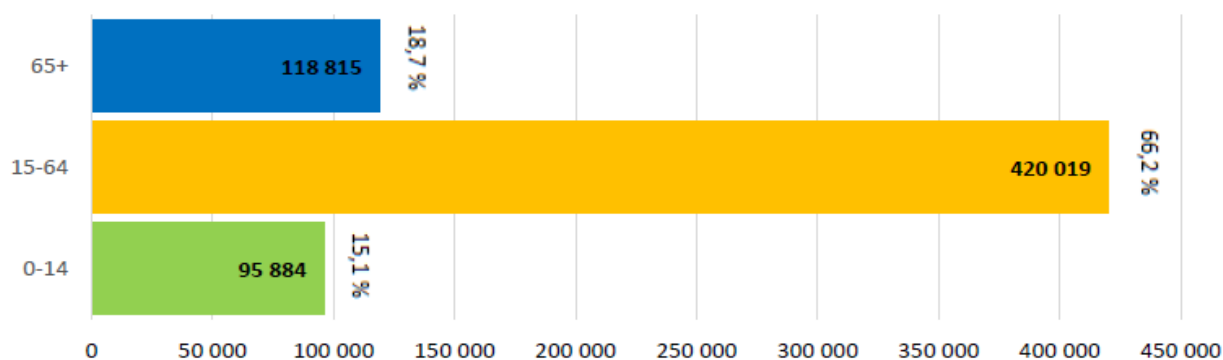
Tabulka č. 9: Věkové složení obyvatelstva OK podle věkových skupin – prognóza

věk	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0–14	95884	94269	94227	94151	93835	93411	92630	91455	89676	87627
15–64	420019	420156	415344	410783	406560	402466	398840	395771	393629	392276
65+	118815	118829	122279	125527	128686	131829	134856	137706	140209	142158
Index stáří (65+/0–14)	123,9	126	130	133	137	141	146	151	156	162
IEZ (0–19,65+ /20–64)	62	61	63	65	66	68	69	71	72	73
průměrný věk	42,2	42,3	42,5	42,8	43,1	43,4	43,6	43,9	44,2	44,5

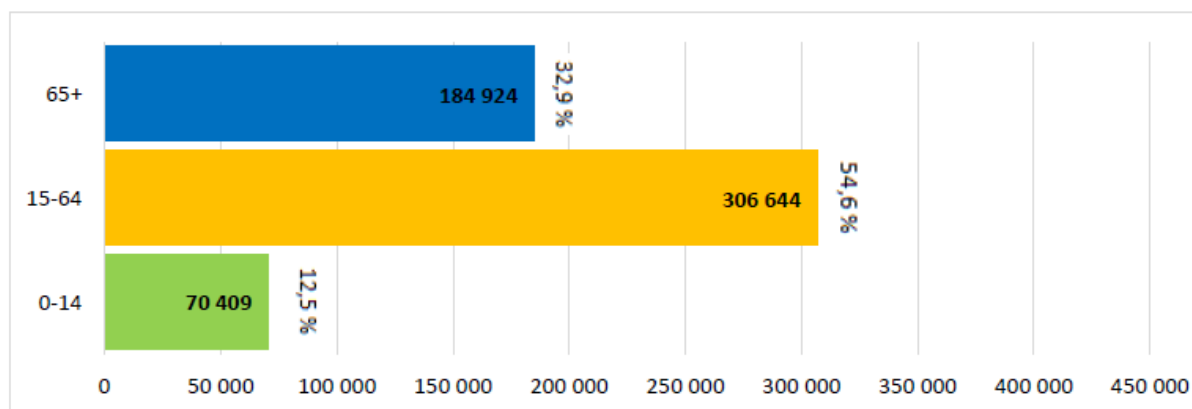
Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatelstva v krajích České republiky do roku 2050

* reálné údaje

Graf č. 12: Věkové skupiny obyvatelstva v Olomouckém kraji v roce 2015



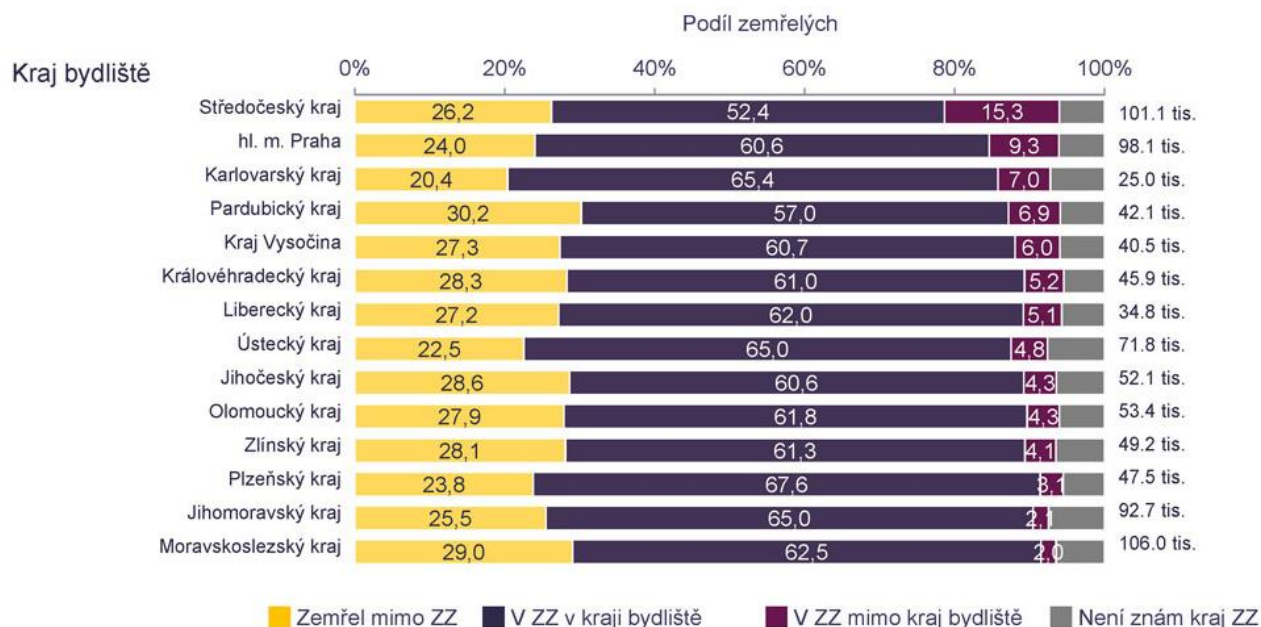
Graf č. 13: Věkové skupiny obyvatelstva v Olomouckém kraji v roce 2050 - prognóza



Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatelstva v krajích České republiky do roku 2050

Dle informací z ÚZIS shromážděných mezi lety 2008 až 2015 vyplývá, že v Olomouckém kraji zemřelo 61,8 % (tj. 53,4 tis.) zemřelých ve zdravotnickém zařízení. Ve zdravotnickém zařízení mimo hranice kraje umírá v průměru 6 % zemřelých.

Graf č. 14: Místo úmrtí obyvatel ČR dle regionu



Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP 2008-2015 N = 860 248

Ze shora uvedených údajů vyplývá, že nejvyšší potřeba paliativní péče vzniká u pacientů ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Proto je třeba paliativní péči adekvátním poměrem směřovat přímo za pacienty do míst, kde se aktuálně nacházejí.

3.1.3 Odhad potřeby paliativní péče

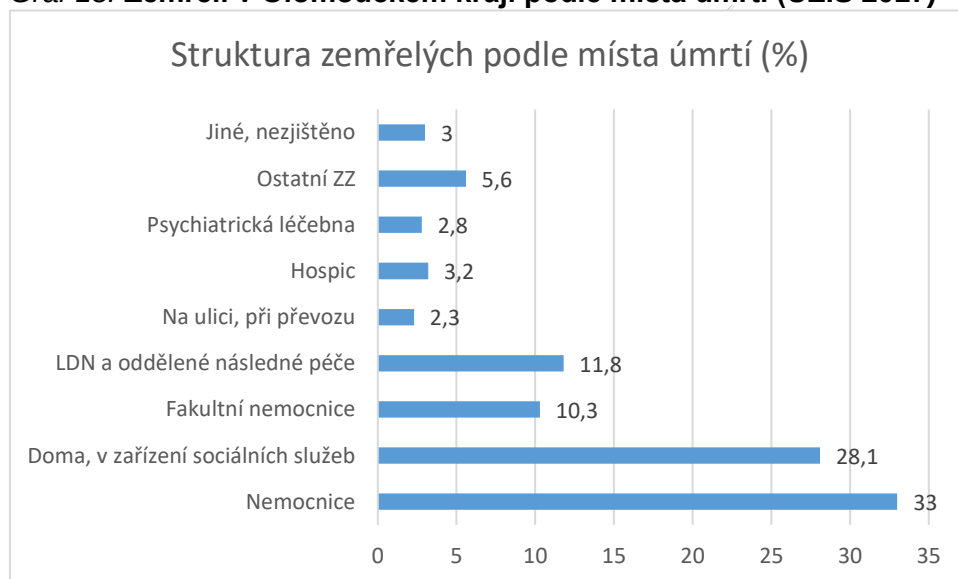
Při odhadu potřeby paliativní péče v Olomouckém kraji vycházíme z počtů zemřelých pacientů a ze struktury zemřelých dle příčiny. Při znalosti těchto dat jsme schopni kvalifikovaně odhadnout počty pacientů, kteří budou v posledních měsících a týdnech života potřebovat paliativní péči.

Tabulka 10: Zemřelí v Olomouckém kraji podle příčiny úmrtí

Území, kraj, okres	Úhm dg. A00–Y98	z toho příčina smrti				
		novotvary dg. C00–D48	nemoci oběhové soustavy dg. I00–I99	nemoci dýchací soustavy dg. J00–J99	nemoci trávicí soustavy dg. K00–K93	vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti dg. V01–Y98
		Celkem				
Jeseník	436	94	202	45	16	31
Olomouc	2 360	586	1 037	190	106	132
Prostějov	1 265	283	543	77	80	70
Přerov	1 388	364	587	106	69	88
Šumperk	1 282	284	633	86	58	83
Olomoucký kraj	6 731	1 611	3 002	504	329	404

Zemřelí 2016, Praha, ÚZIS 2017

Graf 15: Zemřelí v Olomouckém kraji podle místa úmrtí (ÚZIS 2017)



V Olomouckém kraji každoročně zemře 6700-7800 osob (tento počet se meziročně významně nemění).

Potřebu paliativní péče lze podle obecně uznávaných metodik kalkulace potřeby paliativní péče na úrovni populace¹ předpokládat u 60% z tohoto počtu, tedy cca u

¹ Murtagh, Fliss EM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliat Med. 2014;28: 49–58.

4000 pacientů. Potřeba paliativní péče je v závěru života potřebná prakticky u 100 % onkologických pacientů (1600 osob) a cca u 50 % osob, které umírají na jiné neonkologické základní onemocnění (2400 osob).

Tabulka 11: Odhad počtu pacientů s potřebou paliativní péče v Olomouckém kraji

	Celkem	Onkologičtí	Neonkologičtí
Počet zemřelých v Olomouckém kraji	6731	1611	5120
Počet pacientů s potřebou paliativní péče	4000	1600	2400

Zdroj: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D. - předseda ČSPM ČLS JEP

Potřebou paliativní péče rozumíme dobře koordinovanou zdravotní a sociální péči, která adekvátně reaguje na tělesné, psychické, sociální i spirituální potřeby pacienta a jeho rodiny. Součástí paliativní péče je kvalifikované mírnění bolesti a dalších tělesných symptomů, podpůrná komunikace, na jejímž základě může být péče realizována v souladu s pacientovými přáními a preferencemi. Důležitou součástí plánu péče je zajištění péče v závěru života v místě, které si pacient přeje (nejčastěji v domácím a náhradním sociálním prostředí bez nutnosti opakovaných hospitalizací).

Ze zahraničních dat vyplývá, že u cca 80 % pacientů v závěru života je dostatečná péče zajištěna v rámci obecné paliativní péče. 20 % pacientů potřebuje v posledních měsících a týdnech života specializovanou paliativní péči. Pro poskytovatele obecné paliativní péče je velmi důležitá možnost konzultace s poskytovatelem specializované paliativní péče.

Tabulka 12: Odhad počtu pacientů s potřebou obecné a specializované paliativní péče v Olomouckém kraji

	Celkem	Obecná PP	Specializovaná PP
Počet pacientů s potřebou paliativní péče	4000	3200	800
Poznámka: velká část (30 - 50 %) pacientů v obecné paliativní péči významně profituje z možnosti občasné konzultace v zařízení specializované paliativní péče (ambulance PM nebo konziliární tým v nemocnici).			

Zdroj: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D. - předseda ČSPM ČLS JEP

3.2 Ambulantní specializovaná paliativní péče

Ambulance paliativní medicíny je specializovaná ambulance vedená lékařem odbornosti paliativní medicína, popř. paliativní medicína a léčba bolesti.

Scholten, N., N., N. et al. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – an estimation based on death registration data BMC Palliative Care (2016) 15:29, 12-19

Cílová skupina pro ambulantní paliativní péči jsou lidé v:

- pokročilém stádiu onkologických onemocnění;
- pokročilém stádiu onemocnění nervové soustavy (např. syndrom demence, amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza);
- terminálním stádiu imobilizačního syndromu, s komplikacemi, často s nutností intenzivní léčby bolesti i dalších obtíží – nejčastěji chronicky nemocní vyššího věku (stavy terminální geriatrické deteriorace, finální stavy po těžkých centrálních mozkových příhodách);
- terminálním stádiu chronických onemocnění srdce, ledvin, trávicího a dýchacího traktu.

Ambulance paliativní medicíny vykonává:

- činnost ambulantní (lékař, všeobecná sestra);
- domácí návštěvní služba (lékař, všeobecná sestra);
- konziliární činnost lékaře v oboru Paliativní medicína (nemocniční prostředí i terénní služba - obsahem konzilia paliativní péče může být management bolesti a dalších obtížných tělesných a psychických symptomů, rozhodování o ukončení kauzální léčby a spolupráce na tvorbě plánu paliativní péče);
- edukační a propagační činnost vůči veřejnosti a ostatním zdravotnickým profesionálům.

Rozsah péče:

- léčba a kontrola bolesti, dušnosti, dalších symptomů;
- předpis léků vázaných na odbornost, které nemůže předepisovat praktický lékař;
- zajištění příjmu tekutin a výživy, zajištění péče o vyprazdňování;
- předpis nutriční;
- ošetřování ran (operační rány, dekubity, bércové vředy);
- ošetřování všech druhů stomií;
- péče o permanentní katetry (žilní, močové, žaludeční);
- punkce ascitu, dalších terapeutických úkonů, které zmírňují symptomy;
- plnění dalších lékařských ordinací (odběry krve, atd.).

Charakteristickým rysem a výstupem práce ambulance paliativní medicíny je poskytování péče dle písemně formulovaného plánu paliativní péče v dokumentaci nemocného. Ten vzniká ve spolupráci s nemocným, dalšími poskytovateli péče, kteří se podílejí na aktuální péči o nemocného, a jeho blízkými. Součástí plánu péče jsou dříve vyslovená přání nemocného.

Specializované ambulance paliativní péče zajišťují ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociálních služeb. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče a specializované paliativní péče.

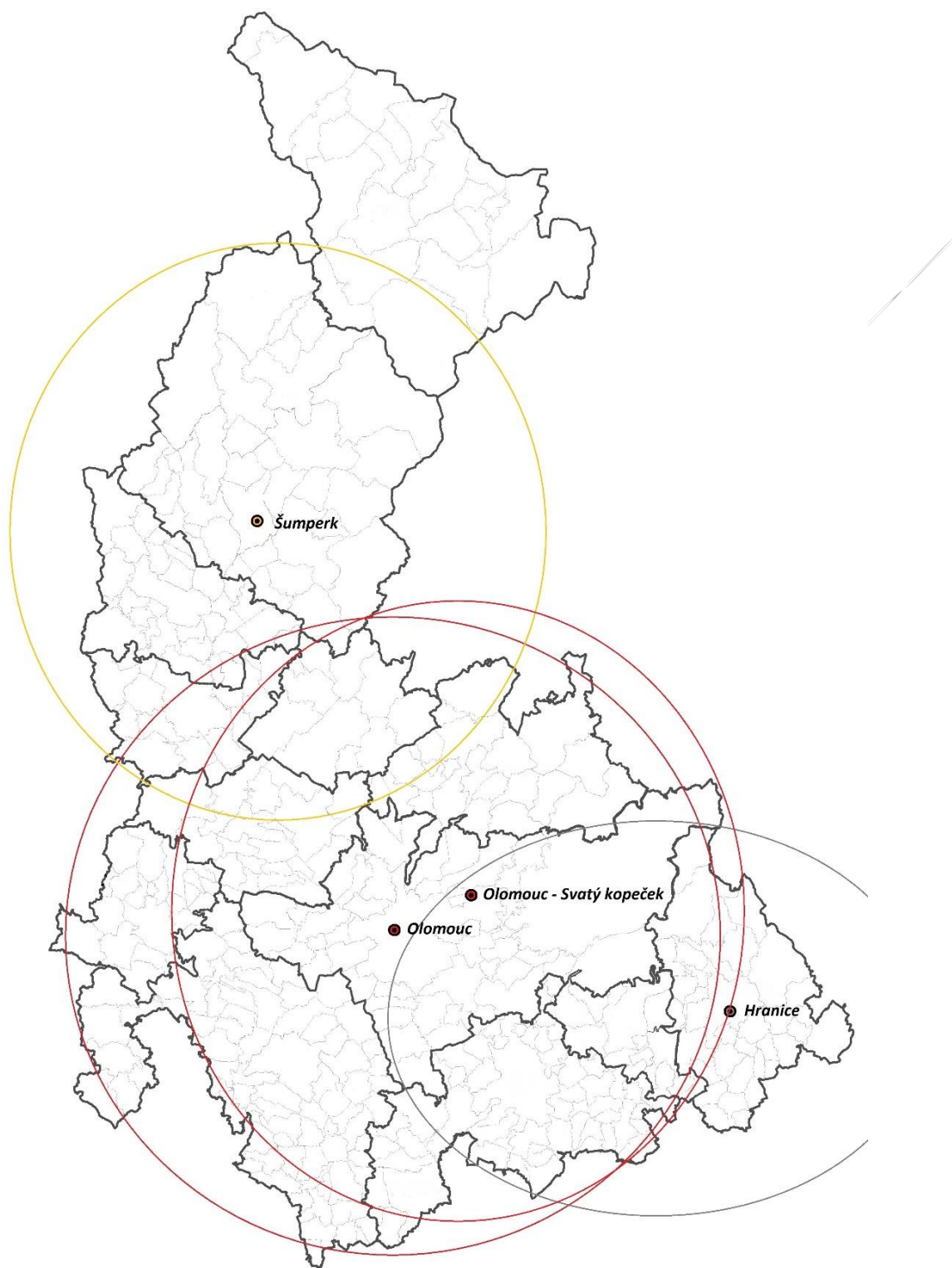
Paliativní ambulance jsou zásadním a propojujícím prostředníkem mezi jednotlivými poskytovateli specializované paliativní péče. Prozatím je jejich fungování na samém počátku, začínají vznikat, bohužel prozatím není dostatečně vyřešeno financování ze strany zdravotních pojišťoven.

Přínosy paliativních ambulancí jsou následující:

- nemocným se dostane podstatně dříve odpovídající (paliativní) péče než je tomu doposud;
- prodlužuje se doba v paliativní péči na úkor zbytečné kurativní léčby;
- ulehčuje se přechod pacientů z akutní do domácí paliativní nebo lůžkové paliativní péče;
- zjednodušuje se komunikace o zdravotním stavu klienta;
- ambulance řeší problém s předpisem opiátů a dalších léků potřebných v paliativní péči, nastavuje, konzultuje a vede plán paliativní péče;
- zvýšení počtu školeného lékařského i nelékařského personálu.

V Olomouckém kraji je oprávněno poskytovat ambulantní péči v oboru paliativní medicína 6 poskytovatelů - 4 poskytovatelé v Olomouci, 1 poskytovatel v Šumperku a 1 poskytovatel v Hranicích. Žádný z těchto poskytovatelů nemá uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami pro odbornost 720 – paliativní medicína (stav k 31. 7. 2018).

Mapa č. 2: Ambulantní specializovaná paliativní péče



3.3 Lůžková specializovaná paliativní péče

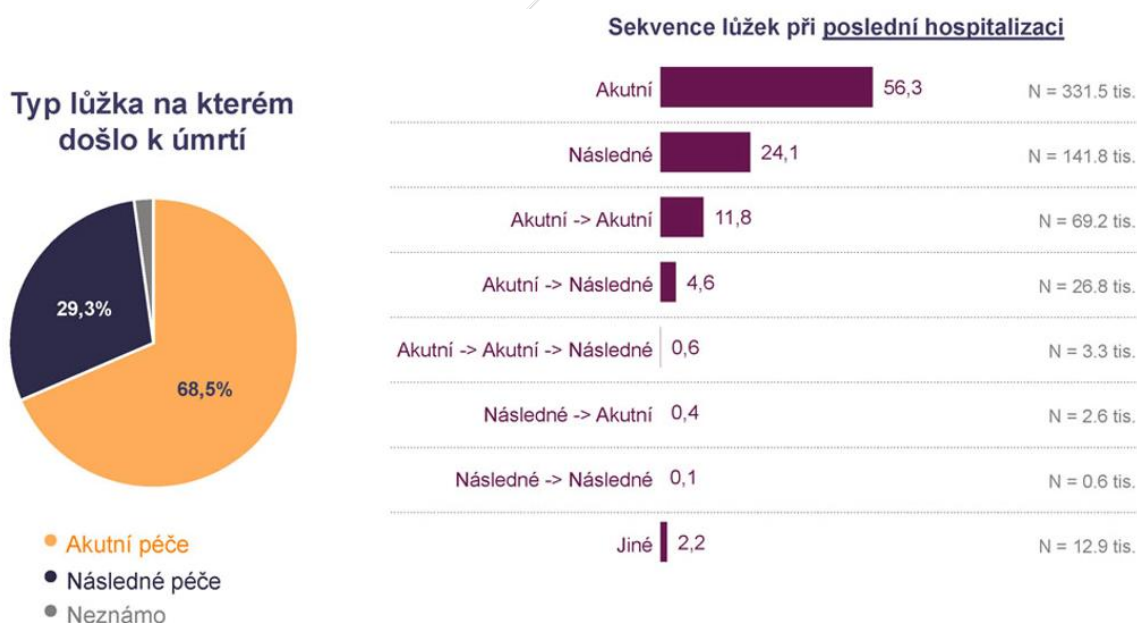
V současné době je v nemocnici někdy hospitalizován pacient, který by profitoval z paliativního přístupu, není však včasné identifikován. Jeho stav je někdy ne zcela dokonale zhodnocen, je někdy ne zcela adekvátně léčen, často ne zcela dostatečně analgetizován, na jeho další potíže, fyzické, psychosociální i spirituální, které mohou pacienta a jeho blízké trápit, není brán dostatečný zřetel. Pokud je v rámci týmu stav pacienta vyhodnocen jako terminální, chybí v dokumentaci jasný zápis o statutu DNR (neresuscitovat), či další plán paliativní péče.

Aktivní spolupráce s rodinami pacientů často není dostatečná. Na komunikaci s klienty a jejich rodinami v rámci pracovní doby lékaře není dostatek času, často nejsou k dispozici prostory, kde by bylo vhodné o citlivých otázkách týkajících se blížícího se konce života hovořit. Mluvit o tak citlivém tématu v pokoji s dvěma dalšími pacienty, na chodbě, či v malém prostoru za sesternou s kolegou za zády je nevyhovující a nedůstojné.

Většina chronicky nemocných pacientů umírá na lůžkách akutní nebo následné péče. Významná část těchto hospitalizací probíhá kvůli komplikacím a očekávané progresi chronických onemocnění. Plánováním a dobrou organizací péče díky fungování paliativního týmu by bylo možné velké části těchto hospitalizací předejít.

K více než dvěma třetinám úmrtí ve zdravotnickém zařízení dochází na lůžku akutní péče. Pacient většinou umírá na tom typu lůžka, na které byl přijat.

Graf č. 16: Typ lůžek, na kterých dochází k úmrtí pacienta



Zdroj: ÚZIS, LPZ 2008-2015, NRHOSP – zemřelí ve zdravotnickém zařízení, N = 588 629

Je nezbytné zapracovat na zvýšení úrovně paliativní péče poskytované pacientům v nemocnici a umožnit jim vědomé, důstojné a pokojné umírání v co možná nejvyšší životní kvalitě. Cílem je lidem s nevyléčitelnou chorobou ve spolupráci s paliativním týmem vytvářet plány péče na míru a aktivně podle nich postupovat v praxi. Aktivně

vyhledávat možná úskalí a krizové body a spolu s klientem a jeho rodinou diskutovat a nalézat možná řešení.

K 31. 7. 2018 je v celém Olomouckém kraji lůžková specializovaná paliativní péče reprezentována pouze jedním zástupcem. Arcidiecézní Charitou Olomouc je provozován lůžkový Hospic na Svatém Kopečku s kapacitou 30 lůžek, kde jsou klientům poskytovány jak zdravotní tak i sociální služby (konkrétně odlehčovací služby) a jsou zde uspokojovány i spirituální potřeby klientů. Další paliativní lůžka přibudou v nejbližší době v Nemocnici Prostějov. Obecnou lůžkovou paliativní péči poskytuje na 10 lůžkách Nemocnice Hranice a.s. a na 1 lůžku Jesenická nemocnice a.s.

Mapa č. 3: Lůžková specializovaná paliativní péče



3.4 Mobilní specializovaná paliativní péče

Od jara roku 2015 běžel pilotní program, který měl za cíl ověřit, jestli je mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP, tzv. Mobilní hospic) bezpečnou formou zdravotní péče, která má klinický přínos pro pacienta a není významně dražší než současné způsoby péče o umírající. Vyhodnocení pilotního programu, které provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), na tyto otázky odpovědi dává a otevírá prostor pro jednání, jak systematicky zlepšit péči o umírající v ČR. Sběr dat, který mobilní hospice v průběhu pilotního projektu prováděly, byl podpořen grantem Nadačního fondu AVAST v rámci programu „Spolu až do konce“. Do pilotního programu byl zapojen 1 poskytovatel zdravotních služeb z Olomouckého kraje.

K 31. 7. 2018 byli v Olomouckém kraji držiteli oprávnění k poskytování paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a v oboru všeobecná sestra, která jsou nutné i pro poskytování mobilní specializované paliativní péče, čtyři poskytovatelé. Tři z nich se ucházejí o získání smluv se zdravotními pojišťovnami v nové odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (mobilní specializovaná paliativní péče, tzv. mobilní hospic), a jeden z nich má smlouvu s VZP ČR.

Ve vlastním sociálním prostředí pacienta je odborností 925 - sestra domácí zdravotní péče poskytována ošetrovatelská péče, někteří z poskytovatelů poskytují i paliativní péči, kterou můžeme označit jako tzv. mobilní obecnou paliativní péči. V okrese Olomouc působí 12 poskytovatelů zdravotních služeb v oboru všeobecná sestra, kteří poskytují ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta, 6 z nich poskytuje rovněž paliativní péči (mobilní obecná paliativní péče). Kontaktní pracoviště poskytovatelů poskytujících i paliativní péči jsou v Olomouci, Šternberku, Litovli a Uničově.

Na území okresu Přerov působí 8 poskytovatelů ošetrovatelské domácí péče, i paliativní péči poskytují 3 z těchto poskytovatelů, kteří mají kontaktní pracoviště v Přerově, Hranicích a v Lipníku nad Bečvou.

V okrese Prostějov jsou 4 poskytovatelé ošetrovatelské domácí péče, paliativní péči poskytují 3 z těchto poskytovatelů s kontaktními pracovišti v Prostějově a Konici.

V okrese Šumperk jsou 3 poskytovatelé, kteří poskytují jak ošetrovatelskou, tak i paliativní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru všeobecná sestra. Kontaktní pracoviště jsou v Šumperku, Zábřehu, Štítech, Postřelmově a Mohelnici.

Okres Jeseník má 1 poskytovatele zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru všeobecná sestra, který poskytuje jak ošetrovatelskou, tak i paliativní péči. Kontaktní pracoviště má v Jeseníku, Žulové a Javorníku.

V současné době někteří z výše uvedených poskytovatelů rozšiřují tyto své služby nebo vznikají poskytovatelé noví, teprve žádající o oprávnění k poskytování této služby.

Mapa č. 4: Mobilní specializovaná paliativní péče



Mapa č. 5: Mobilní obecná paliativní péče



Mapa č. 6: Poskytovatelé ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta



Cílovou skupinou pro domácí paliativní péči jsou pacienti ve fázi terminálního stavu v pokročilém stadiu nádorového nebo nenádorového onemocnění. Přáním pacienta je, aby péče probíhala v jeho přirozeném sociálním prostředí, přičemž si je vědom skutečnosti, že možnosti kauzální léčby byly vyčerpány a další péče je zaměřena na mírnění bolesti a potíží, které základní onemocnění působí.

Lékař indikuje paliativní péči u pacienta, který dále zůstává ve vlastním sociálním prostředí. Rozhodnutí, že se jedná o pacienta v terminálním stavu, což vyžaduje změnu frekvence ošetrovatelské péče prostřednictvím domácí zdravotní péče (odbornost 925), náleží registrujícímu praktickému lékaři, registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost, ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci a ošetřujícímu lékaři poskytujícímu ambulantní specializovanou zdravotní péči. Indikací paliativní péče a oslovení příslušného poskytovatele zdravotních služeb je zahájena domácí paliativní péče. V případě ambulantních specialistů a praktických lékařů jsou návštěvy v domácnosti pacientů hrazeny včetně dopravy za pacientem. Mobilní specializovanou paliativní péči (odbornost 926) indikuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína u pacientů, u kterých klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče neumožňují registrujícímu lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo v oboru pediatrie ani ve spolupráci s agenturou domácí péče převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí pacienta. Úhrady se odvíjí od smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou.

V odbornosti **nelékařských zdravotnických pracovníků** poskytují péči zdravotní sestry s různou specializací. Většina paliativních týmů je složena ze všeobecných sester oprávněných k výkonu povolání bez odborného dohledu s absolvovaným vzděláním v paliativní ošetrovatelské péči a s celoživotním vzděláváním v tomto oboru. Návštěvy zdravotních sester (případně dalších nelékařských zdravotnických pracovníků) jsou poskytovány dle indikace lékaře a stavu pacienta.

3.5 Dětská specializovaná paliativní péče

Dětská paliativní péče je prostřednictvím Světové zdravotnické organizace definována jako aktivní celostní péče o tělo, ducha a mysl nemocného dítěte, která zahrnuje také péči o rodinu.

Potřebnost dětské paliativní péče je nesporná. Možnosti současné medicíny jsou na vysoké úrovni, dostupnost péče je v ČR výborná. Přesto existuje poměrně významný podíl onemocnění, které léčit nebo vyléčit nelze. Jde o onemocnění, která vedou k předčasnému úmrtí, a to i v dětském věku (život limitující nebo zkracující onemocnění). Všichni dětské pacienti s tímto typem onemocnění profitují z tzv. paliativní péče, která má být samozřejmou součástí péče. Bohužel v současných podmínkách tato péče není dostatečně zajištěna.

Uvádí se, že život limitujícím onemocněním trpí 21-100 z každých 10 tisíc dětí. V celé ČR se tedy počet takových dětí (0-18 let) může pohybovat v řádu tisíců.

Dětská paliativní péče v ČR

Obecná dětská paliativní péče – pro poskytování zdravotních služeb je základem sítí obvodních dětských lékařů se zajištěnými pohotovostními službami v každém regionu, službami RZP a sítí dětských oddělení nemocnic. Chybí vzdělání pracovníků ve zdravotnických zařízeních v problematice dětské paliativní péče.

K dispozici:

- síť obvodních dětských lékařů + pohotovosti + RZP
- lůžka dětských oddělení nemocnic (FN Olomouc, Prostějov, Přerov, Hranice, Šternberk, Šumperk, Jeseník)

Schází:

- osvěta a vzdělání v pediatrické paliativní péči
- návaznost na zařízení specializované paliativní péče
- klíčové místo koordinující zdravotnické a nezdravotnické oblasti služby (např. paliativní dětská ambulance).

Specializovaná dětská paliativní péče – v ČR nejsou specializovaná nemocniční zařízení typu kamenných hospiců pro děti, paliativní péče je určitým způsobem zajišťována (i když značně roztržštěně) jednotlivými centry se specializací (onkologická centra, perinatologická centra atd.). Chybí ambulantní specializovaná paliativní péče pro děti. Mobilní hospicová zařízení pro děti jsou v současné době 4 – v Praze, Ostravě, Brně a Olomouci.

K dispozici:

- Dětská klinika FN Olomouc (hematoonkologické oddělení, JIP) a Novorozenecké oddělení FN Olomouc
- zařízení typu oddělení chronické resuscitační péče (VN Olomouc, Nemocnice Prostějov)
- odlehčovací služba poskytovaná pobytovou formou (Hospic na Svatém Kopečku)
- mobilní hospic Nejste sami – kompletní tým specialistů na dětskou paliativní péči + navazující služby

Schází:

- osvěta a vzdělání v pediatrické paliativní péči
- rozšíření možnosti respitních pobytů v oblasti (možnosti jsou nedostatečné)
- klíčové místo koordinující služby + spojnice mezi specializovanou a obecnou paliativní péčí – např. paliativní dětská ambulance.

Dětská lůžková specializovaná paliativní péče v Olomouckém kraji (ani v ČR) není, paliativní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí dětského pacienta je v Olomouci.

Mapa č. 7: Dětská specializovaná paliativní péče



3.6 Sociální služby

Jak již bylo uvedeno v předcházejícím textu, národní legislativa upravující poskytování sociálních služeb paliativní ani hospicovou péči nedefinuje. Přes uvedenou legislativní neukotvenost se psychosociální podpora při umírání, pastorační a duchovní péče a pomoc osobám blízkým k vyrovnání se s traumatem spojeným s umíráním a úmrtím blízké osoby v různé míře stává přirozenou součástí poskytovaných sociálních služeb.

Zejména v domovech pro seniory se mění struktura uživatelů. Senioři a jejich blízcí preferují možnost zůstat co nejdéle v přirozeném domácím prostředí a snižující se míru soběstačnosti vlivem věku a zdravotních komplikací zvládají s využitím terénních sociálních služeb a s pomocí neformálních pečovatелů. Do pobytové služby sociální péče přicházejí často po různě dlouhé hospitalizaci až ve chvíli, kdy jejich zdravotní stav vyžaduje takový rozsah péče, který v domácím prostředí již nelze zajistit ani s podporou terénních služeb. V zařízení sociálních služeb pak prožívají závěrečnou fázi svého života.

Tento trend klade mnohem větší nároky na rozsah a kvalitu zdravotní i sociální péče a především na pečující tým, a to jak zdravotnický personál, tak sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Mnohem častěji provázejí své uživatele a jejich blízké posledními chvílemi života a smrti. Měli by být na takovou situaci připraveni, přizpůsobit jí plán lékařské a ošetrovatelské péče, umět reagovat na individuální potřeby člověka v terminálním stadiu života, být schopni umožnit kontakt s blízkými a zajistit k tomu odpovídající podmínky, nabídnout úlevu a umožnit důstojný odchod ze života.

Pobytová zařízení sociálních služeb disponují kvalifikovaným ošetrovatelským i pečovatelským personálem, který je vzděláván i v oblasti potřeb člověka v závěrečných fázích života a jeho blízkých. Zařízení jsou schopna zprostředkovat i duchovní a pastorační péči a podporu a v závislosti na prostorových možnostech zajistit i odpovídající individuální podmínky pro umírajícího člověka a jeho blízké. V praxi je míra a kvalita paliativní péče závislá na přístupu celého týmu – od vedení organizace, ošetřujícího praktického lékaře, pečující personál až po personál provozní. V neposlední řadě hrají roli materiálně technické podmínky a při zajištění vhodného, kvalitního a systematického vzdělávání i finanční prostředky a režimové možnosti.

Obdobně je tomu u sociálních služeb poskytovaných terénní formou, tedy v přirozeném domácím prostředí uživatelů, a to zejména u služby odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, pečovatelské služby a osobní asistence, které v oblasti paliativy doplňují zdravotní péči.

Podrobnější informace k síti sociálních služeb na území Olomouckého kraje jsou veřejně přístupné na <https://www.kr-olomoucky.cz/akcni-plany-a-sit-socialnich-sluzeb-olomouckeho-kraje-cl-3113.html>.

K rychlé orientaci laické i odborné veřejnosti v nabídce sociální služeb na území Olomouckého kraje je určen Elektronický katalog poskytovatelů sociálních služeb

veřejně dostupný na <https://www.kr-olomoucky.cz/socialni-sluzby-v-olomouckem-kraji-elektronicky-katalog-poskytovatel-socialnich-sluzeb-v-olomouckem-kraji-a-registr-poskytovatelu-cl-1284.html>. V katalogu lze vyhledávat sociální služby podle druhu, cílové skupiny, sociální situace i územní dostupnosti.

3.7 Současná situace v oblasti paliativní péče nemocnic v Olomouckém kraji

V červnu 2018 proběhlo dotazníkové šetření, kterého se účastnila následující zdravotnická zařízení lůžkové péče:

- Vojenská nemocnice Olomouc
- Fakultní nemocnice Olomouc
- Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.
- Středomoravská nemocniční a.s. (Nemocnice Prostějov, Nemocnice Přerov, Nemocnice Šternberk)
- Jesenická nemocnice a.s.
- Nemocnice Hranice a.s.
- Nemocnice Šumperk a.s.

Dotazníkové šetření se zaměřilo zejména na zjištění počtu již zřízených ambulaní paliativní péče, dále počtu lůžek paliativní péče, počtu atestovaných lékařů specialistů v paliativní medicíně a zajištění mobilní specializované paliativní péče a také na plány výše uvedených zdravotnických zařízení ve zmíněných oblastech. Výsledky lze shrnout následujícím způsobem:

- V současné době v nemocnicích na území Olomouckého kraje fungují 3 ambulance paliativní péče, z toho 1 v Nemocnici Hranice a.s. a 2 v rámci Fakultní nemocnice Olomouc (pracoviště KARIM a ONKO klinika).
- Do budoucna o zřízení ambulance paliativní péče uvažují 3 nemocnice (Nemocnice Prostějov, Nemocnice Přerov a Jesenická nemocnice a.s.).
- V současné době je v nemocnicích na území Olomouckého kraje pro paliativní péči určeno celkem 11 lůžek, z toho 10 lůžek v Nemocnici Hranice a.s. a 1 v Jesenické nemocnici a.s.
- Nemocnice Prostějov plánuje zřídit 5 lůžek s možností rozšíření kapacity až na 24 lůžek. Jesenická nemocnice a.s. do budoucna plánuje celkem 4 lůžka paliativní péče. Po ukončení rekonstrukčních prací uvažuje o vyčlenění zatím blíže nespecifikovaného počtu lůžek paliativní péče také Odborný léčebný ústav paseka p.o. a Nemocnice Šumperk a.s.
- V současné době v nemocnicích na území Olomouckého kraje působí 8 lékařů specialistů v oboru paliativní medicína (z toho 5 ve Fakultní nemocnici Olomouc, 1 ve Středomoravské nemocniční a.s., 1 v Nemocnici Hranice a.s., 1 v Nemocnici Šumperk a.s.) a do odborné přípravy je v současné době zařazeno 5 lékařů (z toho 3 lékaři z Fakultní nemocnice Olomouc a 2 lékaři ze Středomoravské nemocniční a.s.).

- Do budoucna plánují vyškolit či získat lékaře specialisty v paliativní medicíně v Jesenické nemocnici a.s., v Nemocnici Šumperk a.s., v Odborném léčebném ústavu Paseka, p. o., a ve Středomoravské nemocnici a.s.
- V současné době paliatra Nemocnice Hranice a.s. aktivně spolupracuje s mobilním hospicem Nejste sami a další spolupráci se nebrání. V plánu spolupracovat na zajištění mobilní specializované paliativní péče má Nemocnice Přerov, kdy 22. 3. 2018 komise ve výběrovém řízení doporučila uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Fakultní nemocnice Olomouc má spolupráci na zajištění mobilní specializované paliativní péče výhledově v plánu, nyní však vzhledem k nejistým úhradám od zdravotních pojišťoven a současné legislativě není definitivně rozhodnuto.

4 ZAPOJENÍ OLOMOUCKÉHO KRAJE DO PODPORY ROZVOJE POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V KRAJI

4. 1 Shrnutí současného stavu

Podle definice Světové zdravotnické organizace je paliativní péče „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních“. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování důstojnosti pacienta a podpora jeho blízkých.

V nejobecnější podobě jde o poskytování zdravotní péče i psychosociální podpory v závěru života s respektem k individuálním potřebám a přáním osob umírajících i jejich blízkých.

Podle dostupných dat si 78 % obyvatel České republiky přeje zemřít doma. Ve skutečnosti zemře doma pouze 17,1 % obyvatel, v zařízeních sociálních služeb 3,9 % a 74,4 % jich zemře ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Podobná čísla platí aktuálně i pro Olomoucký kraj, kde v domácím prostředí skoná 16,7 %, v zařízeních sociálních služeb 3,3 % a ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče 76,1 %.

Kvalitní paliativní péče by měla být zajištěna jak v lůžkových zařízeních akutní a následné zdravotní péče, tak v pobytových službách sociální péče (např. domovech pro seniory), ale zejména ve vlastním, domácím sociálním prostředí, kde si přeje prožít závěr svého života většina lidí.

Za současné legislativy, kdy jsou rozhodovací kompetence i financování v této oblasti roztrženy mezi centrální orgány státní správy v oblasti zdravotnictví a sociálních věcí, zdravotní pojišťovny, kraje v samostatné působnosti a krajské úřady v přenesené působnosti, a vlastní poskytování zdravotních a sociálních služeb zajišťuje řada

poskytovatelů (právnických i fyzických osob), je poměrně komplikované nalézt vhodná a udržitelná řešení. Situaci neprospívá ani fakt, že téma umírání je přes jistý posun stále do značné míry společensky tabuizované a v tomto kontextu je velmi těžké zjišťovat a kvantifikovat potřebu adekvátních služeb.

S ohledem na absenci komplexní právní úpravy a tomu odpovídajícího finančního zajištění je úroveň péče a podpory při umírání do značné míry závislá na aktivitě samotných poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb a jejich personálních a materiálních podmínkách a možnostech finančního i režimového zajištění vhodného, kvalitního a systematického vzdělávání. To platí zejména pro lůžková zdravotnická zařízení a pobytová zařízení sociálních služeb typu domovy pro seniory, příp. domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením.

V předchozích kapitolách byl popsán současný stav poskytování paliativní péče v Olomouckém kraji z pohledu zdravotních i sociálních služeb.

Lze konstatovat, že v Olomouckém kraji zajišťují péči o osoby nevyлéčitelně nemocné a umírající registrovaní poskytovatelé zdravotních služeb, a to jak v lůžkové, tak ambulantní i terénní formě. K řešení jsou určité disproporce v jejich územní a kapacitní dostupnosti.

Sociální péče v oblasti paliativy poskytovaná v domácím prostředí je zajišťována registrovanými poskytovateli terénních sociálních služeb, zejména odlehčovací služby, pečovatelské služby, služby osobní asistence, příp. odborného sociálního poradenství. V současných legislativních podmínkách je nezbytné spojení sociální a zdravotní péče satureováno poskytovateli, kteří disponují oprávněním k poskytování zdravotních i sociálních služeb nebo jej lze dosáhnout kombinací služeb zvláště od poskytovatele zdravotních služeb a poskytovatele služeb sociálních. Většina poskytovatelů je na přání pacienta nebo rodiny schopna zajistit nebo zprostředkovat také psychologické a duchovní služby nebo služby doplňkové, jako je např. výpůjčka zdravotních a kompenzačních pomůcek. Z pohledu zajištění potřebných služeb pro konkrétního pacienta nebo jeho blízké se jeví jako limitující orientace v celém systému a nabídce služeb.

Prostor pro zlepšení lze spatřovat také v oblasti vzdělávání všech zainteresovaných odborníků (praktičtí lékaři, lékaři a zdravotní sestry v lůžkových zdravotnických zařízeních i domácí péči, zdravotnický personál a sociální pracovníci v pobytových i terénních sociálních), podpoře spolupráce mezi jednotlivými subjekty i objekty paliativní péče (vzájemné propojení a koordinace, vytváření paliativních týmů) a v neposlední řadě informovanosti odborné i laické veřejnosti o možnostech zajištění paliativní péče ve všech formách.

4.2 Vize a priority

Olomoucký kraj se připojuje k vizi Národního programu paliativní péče České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně:

- ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému v ČR je každému nevléčitelně nemocnému pacientovi dostupná kvalitní paliativní péče
- rodinám a blízkým, kteří pečují o nevléčitelně nemocného pacienta, je dostupná adekvátní psychologická a sociální podpora
- každý občan/pacient má reálnou možnost volby prostředí, ve kterém si přeje prožít život s nevléčitelnou chorobou i závěr svého života.

Tabulka č. 13: Doporučená síť poskytovatelů specializované paliativní péče v Olomouckém kraji (optimální cílový stav)

Typ poskytovatele	Doporučená síť poskytovatelů	Olomoucký kraj (635 000 obyvatel)
Ambulance paliativní medicíny	1 ambulance na 100-150 000 obyvatel	5-6 ambulancí
Konziliární tým paliativní péče/medicíny v nemocnici	V každé nemocnici, kde ročně zemře více než 100 pacientů	Minimálně 6 týmů
Mobilní specializovaná paliativní péče	1 poskytovatel na 75-150 000 obyvatel (podle hustoty osídlení). Odpovídá přibližně 1 MSPP na okres	5 poskytovatelů
Lůžkové oddělení paliativní péče/lůžkový hospic	5-10/100 000 obyvatel	30-60 lůžek (optimálně rovnoměrně v lůžkových zařízeních kraje)

Zdroj: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D. - předseda ČSPM ČLS JEP

K naplnění této vize jsou stanoveny následující priority:

- a) podpora zajištění a rozvoje paliativní péče ve všech formách (specializovaná ambulantní paliativní péče, lůžková paliativní péče (specializovaná, obecná), specializovaná paliativní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta)
- b) podpora vzdělávání odborníků v segmentu zdravotních i sociálních služeb
- c) podpora informovanosti odborné i laické veřejnosti
- d) podpora spolupráce a koordinace mezi jednotlivými subjekty poskytujícími paliativní péči v OK

4.3 Cíle a opatření k naplnění priorit

Tabulka č. 14: Cíle a opatření podpory koncepce rozvoje paliativní péče v OK

Priorita 1: Podpora zajištění a rozvoje paliativní péče ve všech formách (specializovaná ambulantní paliativní péče, lůžková paliativní péče (specializovaná, obecná), specializovaná paliativní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta)	
Cíl 1.1 Alespoň jeden poskytovatel každé formy paliativní péče v každém okrese Olomouckého kraje	
Opatření 1.1: Podpora uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami a jednotlivými poskytovateli paliativní péče v OK	
Aktivita 1.1.1	Jednání OK se všemi zdravotními pojišťovnami s cílem zajistit úhradu zdravotních služeb v odpovídající struktuře, tzn. zajištění dostupnosti paliativní péče alespoň jednoho poskytovatele každé formy paliativní péče v každém okrese OK
	Realizace od 2018
	Realizátor Hejtman OK
	Předpokládané roční náklady 0
	Zdroje Rozpočet OK
Opatření 1.2: Podpora poskytovatelů paliativní péče v OK v oblasti zdravotnictví	
Aktivita 1.2.1	Investiční podpora materiálně technického zázemí – vznik 5 - 24 lůžek paliativní péče v Nemocnici Prostějov
	Realizace od 2018
	Realizátor OK
	Předpokládané náklady 14 000 000 Kč
	Zdroje Rozpočet OK
Aktivita 1.2.2	Podpora poskytovatelů paliativní péče v OK Pozn.: 3 500 000 Kč na domácí paliativní péči, maximální výše dotace 350 000 Kč; 2 000 000 Kč na lůžkovou paliativní péči, maximální výše dotace 1 000 000 Kč
	Realizace od 2019
	Realizátor OZ KÚOK
	Předpokládané roční náklady 5 500 000 Kč
	Zdroje Rozpočet OK
Opatření 1.3: Investiční podpora vytváření prostorového a materiálně technického zázemí pro implementaci principů paliativní péče do procesu poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb zřizovaných OK	
Aktivita 1.3.1	Při plánování a realizaci investičních akcí, oprav a udržování akcentovat vytváření prostorových a materiálně technických podmínek respektujících důstojnost umírajícího člověka, umožňujících přítomnost jeho blízkých a poskytování duchovní podpory a pastorační péče
	Realizace od 2018
	Realizátor OK
	Předpokládané roční náklady 0 – 2 000 000 Kč

	Zdroje	rozpočet OK, dotace z národních a evropských zdrojů
Aktivita 1.3.2	Podpora navýšení personálních kapacit vybraných terénních a ambulantních sociálních služeb v návaznosti na zjištěnou potřebnost poskytování paliativní péče v domácím prostředí v souladu s prioritami Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro období 2018 - 2020 (SPRSS) a dle Postupu pro aktualizaci sítě sociálních služeb Olomouckého kraje	
	Realizace od	2019 – prostřednictvím jednoletých prováděcích akčních plánů SPRSS
	Realizátor	OK
	Předpokládané roční náklady	5 460 000 Kč
	Zdroje	účelová státní dotace dle § 101a zákona o sociálních službách, rozpočet OK
Priorita 2: Podpora vzdělávání odborníků v segmentu zdravotních i sociálních služeb		
Cíl 2.1: Zvýšení počtu odborníků vzdělaných v oblasti poskytování paliativní péče		
Opatření 2. 1: Podpora vzdělávání odborníků z oblasti zdravotnictví a sociálních služeb na území OK		
Aktivita 2.1.1	Podpora specializačního vzdělávání (atestace) v oblasti paliativní péče pro zdravotnické pracovníky lékařských oborů působící na území OK	
	Realizace od	2019
	Realizátor	OZ KÚOK
	Předpokládané roční náklady	600 000 Kč
	Zdroje	Rozpočet OK
Aktivita 2.1.2	Podpora vzdělávání (odborné kurzy apod.) v oblasti paliativní péče pro zdravotnické pracovníky lékařských i nelékařských oborů a pro zdravotnické pracovníky zařízení sociálních služeb na území OK	
	Realizace od	2019
	Realizátor	OZ KÚOK
	Předpokládané roční náklady	600 000 Kč
	Zdroje	Rozpočet OK
Aktivita 2.1.3	Podpora vzdělávání (odborné kurzy akreditované MPSV) v oblasti paliativní péče pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v pobytových, terénních i ambulantních sociálních službách na území OK	
	Realizace od	2019
	Realizátor	OSV KÚOK
	Předpokládané roční náklady	300 000 Kč
	Zdroje	Dotace z národních a evropských zdrojů, rozpočet OK

Opatření 2. 2: Podpora realizace konferencí a odborných seminářů na téma paliativní péče pořádaných poskytovateli paliativní péče v rámci sociálních a zdravotních služeb v OK

Aktivita 2.2.1	Podpora organizování kongresů, konferencí a odborných seminářů pořádaných poskytovateli paliativní péče v OK	
	Realizace od	2019
	Realizátor	OZ KÚOK
	Předpokládané roční náklady	400 000 Kč
	Zdroje	Rozpočet OK
Aktivita 2.2.2	Podpora a realizace seminářů, workshopů a konferencí pro odborníky z oblasti sociálních služeb a neformální pečovatele	
	Realizace od	2019
	Realizátor	OSV KÚOK
	Předpokládané roční náklady	400 000 Kč
	Zdroje	Dotace z národních a evropských zdrojů, rozpočet OK
Aktivita 2.2.3	Bezúplatné poskytnutí prostor v KÚOK pro realizace nekomerčních konferencí a odborných seminářů pořádaných poskytovateli paliativní péče v OK	
	Realizace od	Průběžně
	Realizátor	OKŘ KÚOK
	Předpokládané roční náklady	0
	Zdroje	Rozpočet OK

Priorita 3: Podpora informovanosti odborné i laické veřejnosti

Cíl 3.1: Rozšíření povědomí odborné i laické veřejnosti o možnostech a formách zajištění paliativní péče v OK

Opatření 3.1: Zvýšení informovanosti široké veřejnosti v oblasti paliativní péče

Aktivita 3.1.1	Zpracování životní situace spojené s umíráním a odchodem ze života včetně informací o nabídce zdravotních a sociálních služeb v oblasti paliativní péče do Elektronického katalogu Krajského informačního systému o sociálních službách (KISSoS)	
	Realizace od	2019
	Realizátor	OSV KÚOK ve spolupráci s dodavatelem aplikace a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb
	Předpokládané roční náklady	30 000 Kč
	Zdroje	Dotace z národních a evropských zdrojů, rozpočet OK
Aktivita 3.1.2	Podpora PR v oblasti paliativní péče pro informování široké laické veřejnosti (s využitím webu OK, sociálních sítí, měsíčníku OK, televizních smluvních partnerů – magazín „Náš kraj“, kabelové TV apod.)	
	Realizace od	2019
	Realizátor	OKH KÚOK

	Předpokládané roční náklady	0 (v rámci uzavřených smluv na propagaci)
	Zdroje	Rozpočet OK
Priorita 4: Podpora spolupráce a koordinace mezi jednotlivými subjekty poskytujícími paliativní péči v OK		
Cíl 4.1: Funkční systém vzájemného propojení a koordinace poskytování paliativní péče v OK		
Opatření 4. 1: Organizace pravidelného setkávání poskytovatelů paliativní péče v OK		
Aktivita 4.1.1	Pravidelné organizování setkání poskytovatelů paliativní péče v OK	
	Realizace od	Průběžně
	Realizátor	Tajemník hejtmána OK
	Předpokládané roční náklady	0
	Zdroje	Rozpočet OK
Opatření 4. 2: Příprava a zřízení funkce krajských koordinátorů paliativní péče pro dětské a dospělé pacienty		
Aktivita 4.2.1	Podpora role Krajský koordinátor dětské paliativní péče, bude-li ustanovena	
	Realizace od	2018
	Realizátor	OK ve spolupráci s odbornou společností ČSPM ČLS JEP
	Předpokládané roční náklady	0 Kč
	Zdroje	Rozpočet OK
Aktivita 4.2.2	Podpora role Krajský koordinátor dospělé paliativní péče, bude-li ustanovena	
	Realizace od	2018
	Realizátor	OK ve spolupráci s odbornou společností ČSPM ČLS JEP
	Předpokládané roční náklady	0 Kč
	Zdroje	Rozpočet OK

ZÁVĚR

Dne 18. 10. 2017 jmenoval hejtmán Olomouckého kraje pracovní tým pro přípravu Koncepce paliativní a hospicové péče v Olomouckém kraji. Členy tohoto týmu jsou:

- JUDr. Vladimír Lichnovský, tajemník hejtmána Olomouckého kraje,
- MUDr. Lumír Kantor, Ph.D., senátor Parlamentu ČR,
- Mgr. Jitka Richterová, metodik zdravotních a sociálních služeb, Oddělení metodiků sociálních a zdravotních služeb Arcidiecézní charity Olomouc,
- MUDr. Eva Rozmáňková, primářka hemodialyzačního oddělení Středomoravské nemocniční a.s., Nemocnice Prostějov,
- MUDr. Petr Beneš, Ph.D., jednatel společnosti Paliativní medicína, MUDr. Petr Beneš, Ph.D., s.r.o.,
- Mgr. Irena Sonntagová, vedoucí odboru sociálních věcí Krajského úřadu Olomouckého kraje,
- Ing. Bohuslav Kolář, MBA, vedoucí odboru zdravotnictví Krajského úřadu Olomouckého kraje,
- MUDr. Jan Hálek, Ph.D., lékař, Fakultní nemocnice Olomouc, Dětská klinika,
- PhDr. Markéta Čožíková, projektová manažerka pro oblast sociální péče, AGEL a.s.

V průběhu přípravy prošel materiál oponenturou jednoho z předních českých odborníků v této oblasti MUDr. Ondřeje Slámy, Ph.D., předsedy České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z.s., který se osobně zúčastnil jednání pracovního týmu. Jeho podněty a návrhy byly v materiálu zohledněny a zapracovány.

Členové pracovního týmu předkládají v tomto materiálu své závěry k oblasti rozvoje paliativní péče v Olomouckém kraji, které zpracovali v období listopad 2017 až srpen 2018, k diskuzi a dalšímu využívání a rozvoji.

Seznam použitých zkratk

ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
OK	Olomoucký kraj
ROK	Rada Olomouckého kraje
ZOK	Zastupitelstvo Olomouckého kraje
POOK	Příspěvkové organizace Olomouckého kraje
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
KISSoS	Krajský informační systém sociálních služeb
ORP	Obec s rozšířenou působností
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc

Seznam map, grafů a tabulek

Mapa č. 1 – Administrativní členění OK

Mapa č. 2 – Ambulantní specializovaná paliativní péče

Mapa č. 3 – Lůžková specializovaná paliativní péče

Mapa č. 4 – Mobilní specializovaná paliativní péče

Mapa č. 5 – Mobilní obecná paliativní péče

Mapa č. 6 – Poskytovatelé ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Mapa č. 7 – Dětská specializovaná paliativní péče

Graf č. 1: Nejčastější příčiny úmrtí - trend

Graf č. 2: Věk úmrtí obyvatel ČR

Graf č. 3: Místa úmrtí obyvatel ČR

Graf č. 4: Vykázané náklady na poslední 3 měsíce života pacientů

Graf č. 5: Vykázané náklady za poslední 3 měsíce života pacientů – pilotní projekt

Graf č. 6: Věk a vykázané náklady za posledních 30 dní života pacientů

Graf č. 7: Průměry vykázaných nákladů za posledních 30 dnů života

Graf č. 8: Vykázané náklady dle typu výkazu

Graf č. 9: Srovnání struktury nákladů vykázaných za posledních 30 dnů života pacientů

Graf č. 10: Vykázané náklady dle místa úmrtí

Graf č. 11: Věková struktura obyvatel Olomouckého kraje k 31. 12. 2015

Graf č. 12: Věkové skupiny obyvatelstva v Olomouckém kraji v roce 2015

Graf č. 13: Věkové skupiny obyvatelstva v Olomouckém kraji v roce 2050 - prognóza

Graf č. 14: Místo úmrtí obyvatel ČR dle regionu

Graf č. 15: Zemřelí v Olomouckém kraji podle místa úmrtí (ÚZIS 2017)

Graf č. 16: Typ lůžek, na kterých dochází k úmrtí pacienta

Tabulka č. 1: Síť poskytovatelů paliativní péče

Tabulka č. 2: Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro rok 2018

Tabulka č. 3: Analýza domácích hospicové péče ACHO (v rámci odbornosti 925)

Tabulka č. 4: Hodnota kategorií pacienta

Tabulka č. 5: Obsah režie

Tabulka č. 6: Analýza lůžkové hospicové péče (zdravotní část)

Tabulka č. 7: Struktura nákladů vykázaných za posledních 30 dnů života

Tabulka č. 8: Poskytované intervence – Nejste sami – mobilní hospic, dětské pacienti

Tabulka č. 9: Věkové složení obyvatelstva OK podle věkových skupin – prognóza

Tabulka č. 10: Zemřelí v Olomouckém kraji podle příčiny úmrtí

Tabulka č. 11: Odhad počtu pacientů s potřebou paliativní péče v Olomouckém kraji

Tabulka č. 12: Odhad počtu pacientů s potřebou obecné a specializované paliativní péče v Olomouckém kraji

Tabulka č. 13: Doporučená síť poskytovatelů specializované paliativní péče v Olomouckém kraji (optimální cílový stav)

Tabulka č. 14: Cíle a opatření podpory koncepce rozvoje paliativní péče v OK

Přílohy

Příloha č. 1: Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u vybraných druhů sociálních služeb a maximální výše úhrady stanovené prováděcím předpisem



Použitá literatura a prameny

KABELKA, L. Geriatrická paliativní péče. 1. vyd., Praha: Mladá fronta a.s., 2017. ISBN: 978-80-204-4225-3

MARKOVÁ, A. a kol. Hospic do kapsy. *Příručka pro domácí paliativní týmy*. 1. vyd., Praha: Cesta domů, 2009. ISBN: 978-80-254-4552-5

MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN: 978-80-247-3171-1

MURTAGH, Fliss EM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. 2014;28: 49–58.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN: 80-247-1295-4

PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. Principy a praxe paliativní péče. 1. vyd., Brno: Open University Press, 2004. ISBN: 978-80-87029-25-1

SCHOLTEN , N., N. , N.et al. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – an estimation based on death registration data *BMC Palliative Care* (2016) 15;29, 12-19

SLÁMA, O. a kol. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd., Praha: Galén, 2007. ISBN: 978-80-7262-505-5

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. O posledních věcech člověka. *Vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd., Praha: Galén, 2014. ISBN: 978-80-7492-138-4

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018

Vyhláška č. 354/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče, který byl zveřejněn ve Věstníku MZ ČR č. 13/2017.

Standardy paliativní péče 2013. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících – „Charta práv umírajících“ česky na <http://www.umirani.cz/charta-pravumirajicich.html>

Doporučení Rady Evropy 23/2004 členským státům O organizaci paliativní péče. Česky na <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003297.pdf>

<http://www.umirani.cz>

<http://www.paliativnidata.cz>

<http://www.paliativnimedicina.cz>

<http://www.mobilnihospice.cz>

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1534263175169_2