

# PALIATIVNÍ PÉČE V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAHA

ANALÝZA



# PALIATIVNÍ PÉČE V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAHA

---

## ANALÝZA

Analýza vznikla na základě smlouvy o dílo č. DIL/04/01/007298/2018.

Objednatel: Hlavní město Praha  
Zhotovitel: Centrum paliativní péče, z.ú.  
v roce 2018

# OBSAH

Zpracovatel	3
Shrnutí a hlavní závěry	5
Metodika	8
<b>1 TERMINOLOGIE A STANDARDY</b>	
1.1 Terminologie v kontextu české právní úpravy	11
1.2 Terminologie a standardy v kontextu mezinárodním	17
<b>2 PRÁVNÍ ÚPRAVA A MODELY FINANCOVÁNÍ</b>	18
<b>3 KDE A JAK SE UMÍRÁ V PRAZE</b>	30
<b>4 PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE 2018</b>	
4.1 Poskytovatelé specializované paliativní péče v hl. m. Praha	37
4.2 Poskytovatelé obecné paliativní péče v hl. m. Praha	49
<b>5 PRAKTIČTÍ LÉKAŘI A PALIATIVNÍ PÉČE</b>	56
<b>6 DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE</b>	62
<b>7 METODICKÝ POKYN MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR K POSKYTOVÁNÍ MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE</b>	70

# ZPRACOVATEL

Centrum paliativní péče je nezisková organizace, která se věnuje rozvoji paliativní péče v České republice skrze výzkumné, vzdělávací a osvětové aktivity. Spolupracuje s odbornými společnostmi, státní správou i soukromými subjekty na projektech majících potenciál podpořit systémovou změnu v péči o pacienty v závěru života. Centrum také organizuje řadu vzdělávacích programů a spolupracuje s univerzitami v ČR i v zahraničí na výuce a výzkumu v paliativní péči.

<https://paliativnicentrum.cz>

## Autoři

### **PhDr. Martin Loučka, PhD.**

Ředitel Centra paliativní péče, odborný asistent na oddělení lékařské psychologie 3. lékařské fakulty UK. Vystudoval psychologii na Masarykově univerzitě a PhD. v oboru Health Research získal na lékařské fakultě Lancaster University v Anglii. Absolvoval Fulbrightovo stipendium na oddělení paliativní péče nemocnice Mount Sinai v New Yorku a šestiměsíční stáž na VU Medische Centrum v Amsterdamu. Aktivně přednáší a publikuje komentáře a výzkumné články na téma paliativní péče u nás i v zahraničí.

### **Mgr. Kristýna Poláková**

Výzkumný pracovník v Centru paliativní péče a zdravotní sestra s praxí. Vystudovala obor Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích na FHS UK a nyní studuje doktorské studium paliativní péče na Lancaster University v Anglii. V roce 2017 získala stipendium Nadačního fondu Avast pro lídry v paliativní péči.

Při zpracování analýzy jsme spolupracovali s řadou expertů na paliativní péči, s odborníky v dalších oblastech a zástupci poskytovatelů paliativní péče i jiných zdravotních a sociálních služeb na území hlavního města Praha. Několik dobrovolníků asistovalo s přepisy rozhovorů pro účely kvalitativní analýzy. Všem těmto lidem děkujeme za jejich pomoc a přínos pro výslednou publikaci.

# SHRNUTÍ A HLAVNÍ ZÁVĚRY

V Praze každý rok umírá zhruba 12 tisíc lidí. U zhruba 60 procent se jedná o úmrtí způsobené nějakou chronickou nemocí, se kterou daný člověk zápasí poslední měsíce a někdy i roky života. Paliativní péče těmto pacientům poskytuje podporu v tišení příznaků, ať už fyzických nebo psychických, věnuje se rodině a blízkým nemocného, pomáhá řešit praktické obtíže i existenciální a spirituální tíseň.

Na obecné úrovni má být paliativní péči schopný poskytnout každý zdravotník, který pracuje s těžce nemocnými lidmi, ať už v domovech pro seniory, v rámci domácí péče nebo v nemocnici. Komplikovanější situace pak pomáhají řešit poskytovatelé specializované paliativní péče, jako například hospice nebo ambulantní specialisté v oboru paliativní medicína.

Cílem předložené analýzy je zmapovat současnou situaci v zajištění paliativní péče pro občany hlavního města Praha a definovat možné kroky pro zlepšení její dostupnosti a kvality. Za účelem naplnění tohoto cíle bylo využito několika metodologických nástrojů – plošných dotazníkových šetření mezi praktickými lékaři a dalšími relevantními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, polostrukturovaných rozhovorů se zástupci poskytovatelů obecné i specializované péče, analýzy demografických a epidemiologických dat z veřejných registrů Českého statistického úřadu a Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku.

## Hlavní zjištění:

- do péče hospiců, poskytujících specializovanou paliativní péči v terminálním stádiu onemocnění, se v Praze dostává ročně kolem **8 procent umírajících** pacientů. Odhadovaná potřeba specializované paliativní péče u pacientů v závěru života je zhruba 20–40 % v závislosti na diagnóze a dalších faktorech konkrétního nemocného
- v Praze funguje několik organizací poskytujících specializovanou paliativní péči na vysoké úrovni. Jejich kapacita je v případě lůžkových zařízení využívána

s rezervou svědčící zejména o neinformovanosti široké i obecné veřejnosti a nedostatečné spolupráci mezi poskytovateli péče. V případě mobilní paliativní péče, tzv. domácích hospiců, je naopak kapacita poskytovatelů nedostatečná, s počty nepřijatých pacientů v desítkách procent ročně

- poskytovatelé obecné paliativní péče – praktičtí lékaři, agentury domácí péče nebo domovy pro seniory si uvědomují svou významnou úlohu při zajištění paliativní péče pro své klienty, často jim ale chybí možnost užší spolupráce mezi organizacemi, podpora specializovaných týmů, vzdělání a dovednosti pro tuto oblast péče a vlastní kapacity pro zajištění multidisciplinárního přístupu
- organizace se potýkají s komplikovaným financováním paliativní péče, která byla dlouhodobě mimo systém úhrady z veřejného pojištění a je závislá na vícezdrojovém financování. Jednání o úhradě přitom naráží na problematiku zdravotně-sociálního pomezí, do něž multidisciplinární paliativní péče svou povahou nutně zapadá
- většina dotazovaných organizací a expertů považuje za významnou bariéru v dostupnosti a rozvoji paliativní péče nedostatečnou informovanost veřejnosti
- jednotlivé městské části v Praze přistupují k podpoře paliativní péče s různou intenzitou, objevují se inovativní přístupy například v úpravě dotační politiky nebo podpoře síťování organizací. Tento trend lze vidět i v několika krajích ČR, které v současnosti připravují koncepci rozvoje paliativní péče (Vysočina, Jihočeský, Olomoucký a Zlínský kraj)

## **Doporučení pro rozvoj paliativní péče v hlavním městě Praha**

(detailní rozpis doporučení je v závěrečné kapitole zprávy)

- 1 Pro efektivní podporu a rozvoj služeb paliativní péče je nutné využívat **konkrétní definici paliativní a hospicové péče, včetně standardů**, které budou definovat očekávání a nároky na organizace, žádající například o dotační podporu. V momentech, kdy je současná zákonná úprava nedostatečně specifická, doporučujeme využívat standardy paliativní péče publikované Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP a Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče.
- 2 Vzhledem k poptávce a očekávanému demografickému vývoji je nutné **zvýšit kapacitu poskytovatelů specializované paliativní péče**, buď vznikem nových služeb nebo podporou stávajících organizací tak, aby mohly svou kapacitu dále rozšířit.

- 3 Klíčové je také **prohlubovat kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče**. Praktičtí lékaři, agentury domácí péče a domovy pro seniory pečují o násobně větší počty klientů v závěru života než hospice. Potřebují však více vzdělání a prohloubení spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče, aby klienty a pacienty v závěru života neposílali na akutní lůžka nebo do péče specialistů, pokud to jejich zdravotní stav nebude vyžadovat. Dostupné zkušenosti ukazují na význam vzdělávacích akcí, mezioborových seminářů a sdílení dobré praxe. Významnou roli hraje zdravotnická záchranná služba, která by jako zdroj první pomoci mohla u velkého počtu pacientů pomoci se stabilizací stavu a ponechání pacienta v domácím prostředí, pokud by byl vytvořen efektivní způsob spolupráce s mobilními hospici.
- 4 Je nutné **zvýšit informovanost veřejnosti o paliativní péči**. Možné nástroje jsou osvětové kampaně, zřízení kontaktního centra a také podpora poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří mají často k dispozici pouze limitované informace a při komunikaci s klienty a rodinami by mohli využít letáky a jiné informační materiály.
- 5 Je nutné zvýšit **podporu pečujících, kteří se zejména v domácím prostředí starají o své blízké v závěru života**. Tito lidé jsou vystaveni zvýšeným finančním nárokům, emočně i fyzicky náročné péči a často také nedostatku informací a podpory ze strany zdravotních a sociálních služeb. Doporučujeme realizaci kurzů pro pečující, zvážit možnosti v oblasti finanční podpory (například po vzoru Prahy 10) a také podpořit činnost poradenských služeb pro pečující (například poradna Cesta domů).
- 6 Je nutné **koordinovat podporu paliativní péče s ohledem na zdravotně-sociální pomezí**. Nástroje pro rozvoj paliativní péče budou často zasahovat do oblasti zdravotní i sociální péče. Na komunální úrovni by měla veřejná správa využít dostupných nástrojů pro efektivní koordinaci obou segmentů tak, aby byla zajištěna vyrovnaná možnost rozvoje těchto služeb.
- 7 Pro systémový rozvoj paliativní péče **je nutné vypracovat ucelenou koncepci**, která bude reagovat na potřeby občanů i poskytovatelů služeb a zároveň bude reflektovat možnosti a priority veřejné správy.



# METODIKA

Cílem analýzy je zmapovat současnou situaci v poskytování paliativní péče na území hlavního města Praha a navrhnout konkrétní doporučení pro zvýšení dostupnosti a kvality paliativní péče v Praze. K dosažení tohoto cíle byla využita kvalitativní i kvantitativní data z několika zdrojů, zejména rozhovorů, dotazníkových šetření a analýzy dokumentů.

Epidemiologicko-demografická analýza týkající se místa a příčin úmrtí občanů Prahy byla vypracována na základě dat získaných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), konkrétně z databáze List o prohlídce zemřelého (LPZ) a Národního registru hospitalizací (NRHOSP). Pro potřebu analýzy byly využity také demografické informace a analýzy z ročenek Českého statistického úřadu, věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších dokumentů.

První dotazníkové šetření bylo zaměřeno široce na poskytovatele obecné i specializované paliativní péče se zaregistrovanými zdravotními nebo sociálními službami na území hlavního města. Konkrétně se jednalo o následující organizace: léčebny dlouhodobě nemocných, pečovatelské služby a domy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, Arcidiecézní charitu Praha, agentury domácí péče, hospice a ambulance paliativní medicíny, včetně poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, které jsou přímo zřizovány hlavním městem Praha. Kontakty na poskytovatele služeb byly získány pomocí Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb, portálu Magistrátu hlavního města Praha, webových stránek jednotlivých městských částí a veřejného registru sociálních služeb. Dotazníky byly rozeslány elektronicky vedoucím pracovníkům jednotlivých zařízení. Pro dosažení co nejvyššího počtu odpovědí byly dotazníky odeslány ve třech vlnách. Dotazník byl odeslán 179 respondentům a odpovědělo 75 z nich (návratnost 41,9 %).

Druhé dotazníkové šetření bylo zaměřeno na praktické lékaře. Dotazníky byly opět rozeslány elektronickou formou. Kontakty na praktické lékaře byly získány z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb. Pro docílení co nejvyšší návratnosti dotazníků byl dotazník odeslán ve třech vlnách a respondenti byli motivováni výhrou dárkového poukazu. Dotazník byl odeslán na 468 e-mailových adres praktických lékařů a odpovědělo jich 129 (návratnost 27 %).

S vedoucími pracovníky organizací, které poskytují specializovanou paliativní péči na území hlavního města, byly provedeny polostrukturované rozhovory za účelem získání podrobnějších informací o jejich pohledu na současné limity v zajištění paliativní péče v Praze. Konkrétně se jednalo o lůžkové hospice (hospic Malovická, hospic Štrasburk, hospic Dobrého Pastýře) a poskytovatele mobilní specializované paliativní péče (Cesta domů, Most k domovu). Pro ucelený přehled byly rozhovory provedeny také se zástupci specializované paliativní péče v nemocničním prostředí (paliativní tým FN Královské Vinohrady) a s vybranými poskytovateli obecné paliativní péče napříč sektory – Domovem Sue Ryder, Pečovatelskou službou MČ Praha 7, Farní charitou Praha 4 – Chodov, agenturou domácí péče ProCare Medical, Léčebnou dlouhodobě nemocných Vršovice. Kromě rozhovorů byla relevantní data získána také z analýz výročních zpráv těchto organizací.

# 1

# TERMINOLOGIE A STANDARDY

## 1.1

Terminologie v kontextu české právní úpravy

## 1.2

Terminologie a standardy v kontextu mezinárodním

## 1.1

# Terminologie v kontextu české právní úpravy

Zákonná úprava v ČR definuje pojmy **paliativní péče a hospic** – obě tyto definice jsou ale pro praxi spíše nevyhovující a nenabízí příliš srozumitelné vodítko pro orgány státní správy a samosprávy k uchopení této problematiky. Dalším terminologicky významným vodítkem je Metodologický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče.<sup>1</sup>

**Paliativní péče** je zákonem č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) definována jako taková péče, „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevy léčitelnou nemocí“.<sup>2</sup> Paliativní péče je zde tedy definována jako druh zdravotní péče podle účelu jejího poskytování, bez dalšího vymezení nebo upřesnění. Paragraf 10 téhož zákona dále udává paliativní péči jako jednu z možných podob péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.<sup>3</sup> Tato legislativní úprava přinesla ve své době pokrok v tom, že rozeznala a pojmenovala paliativní péči jako jeden z druhů zdravotních služeb (a nikoliv například sociální službu) a jednoznačně ji tím zařadila do systému zdravotní péče. Tím otevřela paliativní péči dalšímu vymezení v kontextu zdravotních služeb s možnými důsledky pro personální obsazení, vzdělávání, určení optimální sítě poskytovatelů – k tomu však již nedošlo. Tím, že žádná následující úprava dále podrobněji nevymezila obsah pojmu paliativní péče, zůstává paliativní péče v českém kontextu stále vymezena pouze svým účelem, tedy mírněním utrpení a zachováním kvality života. V praxi je tedy každá zdravotní péče, poskytovaná s tímto cílem, péčí paliativní. Je zřejmé, že i díky bouřlivému rozvoji paliativní péče v posledních letech je tato úprava z roku 2011 příliš široká, má spíše deklaratorní charakter a pro systematické uvažování o rozvoji paliativní péče na úrovni samosprávného celku nenabízí příliš vodítek.

<sup>1</sup> Věstník MZ 13/2017

<sup>2</sup> § 5, odst. 2 písm. h) Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

<sup>3</sup> § 10, odst. 1 písm. b) Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Hospic je naopak zákonnou úpravou uchopen zcela nově – ale způsobem, který je pro praxi zdravotní politiky v přenesené působnosti také relativně málo využitelný. S účinností od 1. 1. 2018 byl novelizačním zákonem č. 290/2017 Sb. do zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění zakotven § 44a v následujícím znění:


- 1 Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.
- 2 Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.

První definiční znak hospice je vymezen *typem* poskytované péče spočívajícím z hlediska účelu v péči o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu. Druhý definiční znak je pak vymezen *formou* poskytované zdravotní péče, tj. poskytováním zdravotní péče formou péče lůžkové nebo péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Zákonná definice nestanovuje, jaký druh péče ve smyslu § 5 zákona o zdravotních službách má hospic poskytovat.

Jak vysvětluje právní výklad této úpravy, zadaný odborem zdravotnictví Jihočeského kraje při tvorbě krajské Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji, je tato úprava z hlediska krajské zdravotní politiky problematická:

„Na definici pojmu hospic, resp. hospicová péče, neexistuje ani v rámci evropské odborné veřejnosti názorová shoda. V České republice zakotvil zákonodárce definici pojmu hospic patrně bez hlubší odborné diskuse. Hospicem je dle nyní platné zákonné definice každý poskytovatel, který pečuje o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu, a to buď v zařízení lůžkového typu, nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Označení hospic nic nevypovídá o obsahu poskytované péče, tj. zda se jedná o komplexní péči lékařskou a ošetrovatelskou, pouze ošetrovatelskou nebo multidisciplinární. Neříká rovněž nic o tom, zda je v daném zařízení poskytována pouze obecná paliativní péče nebo i specializovaná paliativní péče. Při takto nastavené definici bude třeba v praxi vždy zkoumat, jakou konkrétní péči je konkrétní poskytovatel používající označení hospic

Účelem **paliativní péče** je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí



oprávněn poskytovat. Lze konstatovat, že z určitého úhlu pohledu došlo zakotvením definice pojmu hospic do zákona o zdravotních službách k jeho vyprázdnění, jelikož při takto nastavené definici si můžeme být u poskytovatele používajícího označeného hospic jisti pouze tím, že pečuje o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu.

S ohledem na shora uvedené lze dovodit, že regionální či národní koncepce paliativní péče nemohou o poskytovatelích zdravotních služeb s označením hospic uvažovat jako o samostatném segmentu paliativní péče, jelikož takoví poskytovatelé mohou splňovat nejnáročnější podmínky pro poskytování komplexní paliativní péče, včetně specializované paliativní péče, ale také se může jednat o agentury domácí péče poskytující nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ošetrovatelskou péči indikovanou registrujícím poskytovatelem.

V kontextu tvorby regionální koncepce poskytování paliativní péče se jako důležité jeví navržení struktury dle druhu a formy péče tak, aby péče o nevléčitelně nemocného pacienta v terminálním stavu byla zajištěna v dostatečném rozsahu a odpovídající kvalitě ve všech segmentech systému zdravotnictví. Vhodným východiskem v tomto ohledu může být stratifikace poskytování paliativní péče, jak ji vymezuje Evropská asociace paliativní péče a Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, příp. Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Tyto dokumenty pojmenovávají dvě úrovně poskytování paliativní péče – obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. Uvádí, že obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti, zatímco specializovaná paliativní péče je poskytována zdravotnickými pracovníky s příslušnou specializací pacientům, u nichž požadována péče přesahuje možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.“<sup>4</sup>

Vzhledem k výše uvedenému právnímu rozboru je tedy možno odvodit, že i praktický lékař, který vykoná domácí návštěvu u umírajícího pacienta za účelem podání analgetik, je v tuto chvíli hospicem, což ukazuje na nedostatečnost zákonné úpravy. Vhodnější terminologická vodítka pro kontext zpracování zdravotně-politických plánů nabízí Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (v příloze). Ten identifikuje a definuje následující pojmy:

<sup>4</sup> Záleská, D: Stanovisko k § 44a zákona o zdravotních službách v kontextu tvorby koncepce paliativní péče. Květen 2018. K dispozici na sekretariátu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.

## Paliativní péče obecná

Souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

## 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 a 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.

## Terminální stav

Konečné období nemoci, které obvykle trvá dny, týdny až měsíce. Jedná se zpravidla 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, které směřuje k úmrtí nemocného.

## Mobilní specializovaná paliativní péče


Je poskytována pod odborností 926 – multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dnů v týdnu.

Dalšími pojmy, které vyplývají z legislativních předpisů a mají využití při tvorbě krajských zdravotních plánů, je vlastní sociální prostředí pacienta a paliativní medicína.<sup>5</sup> Termínem **vlastní sociální prostředí** se v zákoně 372/2011 Sb., § 4 odst. 3, rozumí domácí prostředí nebo pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb. Oborem **paliativní medicína** se rozumí i obor „paliativní medicína a léčba bolesti“, který byl podle přílohy č. 3 vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, převeden na obor „paliativní medicína“.

<sup>5</sup> § 4 odst 4 Zákona Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů



Současné právní  
vymezení pojmu  
hospicová péče je  
vágní a **pro praxi  
nedostatečné.**



## 1.2

## Terminologie a standardy v kontextu mezinárodním

Dokumenty popisující praxi *lege artis* v oblasti paliativní péče existují jak na mezinárodní úrovni, tak na úrovni národní. Z mezinárodních dokumentů je jistě nejautoritativnějším zdrojem **Světová zdravotnická organizace**, která v roce 2014 přijala samostatnou a obsáhlou rezoluci<sup>6</sup> k tématu rozvoje paliativní péče, která byla přijata i hlasem ministra zdravotnictví ČR. Tato rezoluce poskytuje metodickou podporu pro tvorbu státních politik v oblasti paliativní péče a vyzývá státy, aby tyto politiky zpracovaly a realizovaly.

Další institucí, která vydala zdravotněpolitický dokument v oblasti paliativní péče, je **Rada Evropy**, která v roce 2003 vydala dokument *O organizaci paliativní péče*<sup>7</sup>. **Evropská asociace paliativní péče** (EAPC) vydává odborná doporučení nejen v oblasti kvality péče (například pro paliativní sedaci nebo pediatriickou a geriatrickou paliativní péči), ale také doporučení s dosahem pro tvorbu zdravotních politik. Nejvýznamnějším z nich je *EAPC white paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*<sup>8</sup>.

Na národní úrovni přijala Standardy paliativní péče<sup>9</sup> **Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně** (ČSPM) v roce 2013. Standardy hospicové paliativní péče<sup>10</sup> vydala pro poskytování paliativní péče v hospicovém prostředí **Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče** v roce 2016. V současnosti však nejsou žádné z těchto standardů pro poskytovatele paliativní péče právně závazné.

6 Rezoluce č.WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. K dispozici online: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)

7 Doporučení rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. V českém překladu k dispozici online: <http://docplayer.cz/2187685-O-organizaci-paliativni-pece-doporuceni-rec-2003-24-vyboru-ministru-rady-evropy-clenskym-statum.html>

8 Dokument publikován v European Journal of Palliative Care 2009; 16(6) a 17(1). V českém překladu k dispozici online: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

9 Sláma et al: Standardy paliativní péče. Česká společnost paliativní medicíny, 2013. Dostupné online: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/>.

10 Standardy hospicové paliativní péče [autor neuveden] Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče 2016. Dostupné online: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>.

2

# PRÁVNÍ ÚPRAVA A MODELY FINANCOVÁNÍ

Právní rámec upravující poskytování paliativní péče v České republice, kromě výše zmíněného **Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, ve znění pozdějších předpisů, zahrnuje také **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**, ve znění pozdějších předpisů, respektive z něj vyplývající úhradové mechanismy obsažené ve **Vyhláše o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení**, každoročně upravované a vydávané Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Kvalifikaci a kompetence jednotlivých profesí vstupujících do oblasti zdravotní péče, stanoví 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 a **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** (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je určen rámec pro nezdravotnické služby pro nevyлéčitelně nemocné a jejich blízké, stanoven postup pro opatrovnictví a kodifikován systém peněžité podpory a některých dalších aspektů formální i neformální péče.

Zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů, je upraveno zastoupení osoby nezpůsobilé právně jednat a institut *dříve vyslovených přání*.

Odborná diskuse nad možnými směry rozvoje paliativní péče v kterémkoliv územně správním celku v ČR je možná pouze s vědomím faktu, že síť poskytovatelů musí být – stejně jako u kteréhokoliv jiného medicínského oboru – víceúrovňová, diferencovaná podle klinických potřeb populace. Odborná doporučení mezinárodní i národní, popsaná výše, zdůrazňují poznatek, že klinické potřeby lidí žijících s život ohrožujícím nebo život omezujícím onemocněním, se liší. Stejně jako netvoří homogenní skupinu pacientů

s hypertenzí nebo diabetem (pro některé je přiměřená péče praktického lékaře, pro jiné ambulantní specializovaná péče, pro jiné lůžková), nejsou uniformní ani potřeby nevléčitelně nemocných. Síť zdravotních i sociálních služeb v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající je funkční tehdy, pokud je těmto pacientům dostupná v podobách, které odpovídají jejich potřebám, a zároveň je nákladově efektivní z hlediska celku.

Všechny tyto služby mají v systému péče o nevléčitelně nemocné své nezastupitelné místo a vhodně zvolená rozvojová strategie na úrovni samosprávného celku může jejich prostřednictvím zajistit dostupnost všech úrovní paliativní péče za zachování ekonomické udržitelnosti systému.

Z důvodu výše popsaného definičního rozpětí pojmů *paliativní péče* a *hospic* je pro systematické uvažování o vhodnosti sítě poskytovatelů zdravotních služeb poskytujících paliativní péči vhodná deskripce prostřednictvím ustálených a dobře legislativně vymezených pojmů forma<sup>11</sup> zdravotní péče a odbornost<sup>12</sup>. Metodické vodítko pro rozlišení obecné a specializované paliativní péče poskytuje Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (viz tabulka).

Snahy o rozvoj paliativní  
péče musí směřovat  
do oblasti **obecné**  
i **specializované** péče.

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE (§ 7–10 zák. 372/2011 Sb.)	VYMEZENÍ POSKYTOVATELŮ PALIATIVNÍ PÉČE	
	OBECNÁ – NEKOMPLIKOVANÍ NEMOCNÍ (80–90 %)	SPECIALIZOVANÁ – KLINICKY KOMPLIKOVANÍ NEMOCNÍ (10–20 %)
<b>Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)</b>	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	/
<b>Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b)</b>	ošetřující ambulantní specialista	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby
<b>Lůžková péče (§ 9)</b>	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
<b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)</b>	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

- 11 § 7-10 Zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů
- 12 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 (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

S každým takto vymezeným typem zdravotních služeb v této matici koresponduje úhradový mechanismus, byť často nedokonalý. Nejvýraznější diskrepance mezi existujícím modelem financování a praxí jsou shrnuty v následující tabulce.

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE (§ 7–10 zák. 372/2011 Sb.)	TYP PALIATIVNÍ PÉČE – NEDOSTATKY EXISTUJÍCÍHO ÚHRADOVÉHO SYSTÉMU	
	OBCENÁ	SPECIALIZOVANÁ
<b>Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)</b>	Praktičtí lékaři jsou kapitální platbou zavázáni k poskytování obecné paliativní péče i návštěvní službě; ve skutečnosti pro ně není úhradový systém motivační a povinnost není kontrolována.	
<b>Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b)</b>	Úhradové mechanismy nejsou pro ambulantní specialisty motivující pro časově náročnou komunikaci o cílech a limitech péče u nevyléčitelně nemocných; změna není v dohledné době plánována.	Zdravotní pojišťovny se v praxi zdráhají uzavírat nové smlouvy na ambulance paliativní medicíny, odbornost 720, a to ani s poskytovateli, kteří úspěšně absolvovali výběrové řízení a péči již poskytují. To má za následek malý počet smluvních poskytovatelů této formy péče (optimum 1/100 000 obyvatel).
<b>Lůžková péče (§ 9)</b>	Úhradové hladiny v lůžkové péči nejsou motivující pro časově náročnou paliativní péči poskytovanou personálem v rámci vlastní odbornosti; změna není v dohledné době plánována.	Úhrada za ošetřovací den 00030 (péče v lůžkovém zařízení hospicového typu) pokrývá jen cca 50 % nákladů na poskytování služby.  Model úhrady pro paliativní péči v nemocnicích neexistuje, bude zřejmě předmětem pilotního ověřování.
<b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)</b>	Nerealisticky podhodnocená úhrada za návštěvní službu praktického lékaře má za následek velmi nízkou motivaci praktických lékařů návštěvní službu vykonávat. Změna není v dohledné době plánována.  Neexistuje veřejně dostupný seznam poskytovatelů odbornosti 925 všeobecná sestra – domácí péče s nasmlouvanou nepřetržitou dostupností služeb a signálním kódem 06349 – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu. Poskytovatelé tedy existují, ale pacienti ani ošetřující lékaři si je nemohou vyhledat.	Úhradový model v odbornosti 926 – mobilní specializovaná paliativní péče byl nově introdukovan po ukončení pilotního programu od roku 2018. Zdravotní pojišťovny deklarují neochotu uzavírat smlouvy s více než jedním poskytovatelem v kraji (optimum 1/100 000 obyvatel).

Na tomto místě je potřeba zdůraznit skutečnost zmiňovanou řadou oslovených expertů, že sebelépe nastavené úhradové mechanismy nemohou zvýšit dostupnost paliativní péče tam, kde chybí komunikace ze strany ošetřujícího lékaře. Jednoduše řečeno – aby mohla paliativní péče vstoupit do života pacienta s nevléčitelnou nemocí, musí se pacient nejdříve dozvědět, že kurativní péče dosáhla u jeho onemocnění svých limitů. Velká část pacientů přijímaných do specializované paliativní péče na území hl.m. Praha neví, že u nich již kurativní péče neprobíhá. Nikoli úhradové nedostatky ale tento problém je dnes považován za hlavní překážku v dostupnosti paliativní péče.

**Výše úhrady za lůžkovou hospicovou péči ze zdravotního pojištění** se liší v závislosti na kategorii pacienta. Úhrada se počítá na jeden ošetřovací den. Výši úhrady ukazuje následující tabulka.

### Úhrada lůžkové hospicové péče:<sup>13</sup>

OŠETŘOVACÍ DEN 00030	PRO KATEGORII PACIENTA				
	1 podle seznamu výkonů	2 podle seznamu výkonů	3 podle seznamu výkonů	4 podle seznamu výkonů	5 podle seznamu výkonů
Minimální paušální sazba za jeden den hospitalizace ve výši (Kč):	1 405,33	1 487,25	1 569,18	1 651,10	1 733,01
Maximální paušální sazba za jeden den hospitalizace ve výši (Kč):	1 424,09	1 496,86	1 576,69	1 660,33	1 742,89

<sup>13</sup> Vyhláška č. 353/2017 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018



### Kategorie pacientů jsou následující:<sup>14</sup>

- 1 pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení,
- 2 pacient částečně soběstačný, nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku,
- 3 pacient vyžadující zvýšený dohled, nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakol. sedace,
- 4 pacient imobilní nesoběstačný, nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech,
- 5 pacient v bezvědomí.

Podle informací od poskytovatelů hospicové péče, jsou v lůžkové hospicové péči nejčastěji pacienti zařazení do kategorie 4. Vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu v posledních dnech života, se část pacientů dostane na poslední dny před smrtí do kategorie 5. Pacienti v kategorii 3 jsou v lůžkových hospicích spíše výjimečně.

**Výše úhrady za mobilní specializovanou paliativní péči ze zdravotního pojištění** se liší v závislosti na závažnosti celkového zdravotního stavu pacienta. Pacienti v terminálním stádiu nemoci jsou rozděleni do dvou kategorií na základě Palliative Performance Scale (PPS). PPS hodnotí klíčové parametry jako je pohyblivost, aktivita, přítomnost nemoci, soběstačnost, příjem potravy, a úroveň vědomí. Škála je vyjádřena v procentech, kdy 100 % se rovná plnému zdraví a 0 % smrti pacienta. V rámci odbornosti 926 mohou být do péče zařazení pacienti jejichž PPS je rovno nebo menší 40 %. Dle výše PPS jsou zařazení buď do kategorie Nestabilní pacient (pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu, PPS ≤ 40) nebo Nestabilní

<sup>14</sup> Kategorizace pacientů dle Všeobecné zdravotní pojišťovny, dostupné online: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/kategorie-pacienta>

pacient se závažnými symptomy (pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu, PPS  $\leq$  40). Úhrada péče je formou agregovaných výkonů na 1 rodné číslo a 1 den. Jedná se výkony 80900 – (VZP) Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta a 80901 – (VZP) Agregovaný výkon pro klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy.<sup>15</sup>

**Nestabilní pacient** = pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS  $\leq$  40), který je léčen nejvýše pro dva symptomy (dle Edmonton Systém Assessment Scale (ESAS) nebo Mini Suffering State Examination (MSSE) vyžadujícími pravidelnou farmakoterapii.

**Nestabilní pacient se závažnými symptomy** = pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS  $\leq$  40), který je léčen pro 3 a více závažných symptomů vyžadující pravidelnou farmakoterapii a vzhledem ke kolísavé intenzitě symptomů časté (více než 1x denně) záchranné dávky medikace.

## Úhrada mobilní specializované paliativní péče

# 1 152 Kč

Ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta (80900)

# 1 463 Kč

Ošetrovací den klinicky nestabilního pacienta se závažnými symptomy (80901)



V agregovaných výkonech 80900 a 80901 je zahrnuta platba za veškerou poskytnutou zdravotní péči (výkony lékaře i sestry, event. psychologa nebo jiných specialistů přizvaných ke konziliu, doprava lékaře i sestry za pacientem bez ohledu na vzdálenost, léčba souvisejících komplikací, léčivé přípravky, spotřebovaný materiál, amortizace a náklady na údržbu přístrojů apod.). Případná úhrada jiné péče vykázané na pacienta, na kterého byl zároveň vykázan výkon 80900 nebo 80901, je odečtena z úhrady poskytovateli paliativní

<sup>15</sup> Metodika pro poskytovatele poskytování specializované paliativní péče v domácím prostředí (odb. 926) v r. 2018 dostupné online na: [http://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2018/07/MSPP\\_\\_\\_-\\_\\_metodicky%CC%81\\_pokyn\\_MZ%C4%8CR.pdf](http://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2018/07/MSPP___-__metodicky%CC%81_pokyn_MZ%C4%8CR.pdf)

péče, který má ve své péči daného pojištěnce. Ve výjimečných případech je pojišťovna ochotna jednat o možném zohlednění výjimečných situací v rámci celkového finančního vypořádání.<sup>16</sup>

Délka poskytované péče v plné výši úhrady u dospělých pacientů je 30 dní. Péče může být poskytována až 60 dní, ale výše úhrady se snižuje po třicátém dni na 50 %. U dětských pacientů je délka péče stanovena na 90 dní s maximální délkou péče 180 dní.

Zařazení mobilní specializované paliativní péče do systému úhrad je považováno za zásadní změnu v úhradě paliativní péče a předcházelo jí 15 let práce přední odborné veřejnosti a pilotní program Mobilní specializované paliativní péče (který běžel od roku 2015 do roku 2017)<sup>17</sup>.

Nicméně v systému úhrad jsou prostory ke zlepšení. Výše úhrad za výkony 80900 a 80901 je nižší než je reálná cena péče, která je cca 1900 na pacienta a den. Rozdíl pak musí dorovnat zařízení poskytující mobilní specializovanou paliativní péči z jiných zdrojů.

Další problematickou oblastí se jeví vykazování veškeré péče na poskytovatele MSPP. Toto nařízení neumožňuje poskytování péče od vícero poskytovatelů současně ačkoliv by to pro pacienta i poskytovatele mohlo být přínosné a efektivní.

V neposlední řadě je nutné zmínit také omezení délky poskytování péče v systému úhrad, která je limitována na 30 respektive 60 dní. Obzvláště u pacientů s jinou než onkologickou diagnózou, kteří mohou vyžadovat specializovanou paliativní péči v delší časové dotaci, se toto omezení jeví jako problematické.

Jak je uvedeno v kapitole 4, poskytovatelé paliativní péče čerpají dlouhodobě dotační podporu z různých zdrojů, včetně dotací od HMP. V tabulce níže jsou uvedeny výše dotací jednotlivým poskytovatelům v roce 2017.

<sup>16</sup> Metodika poskytování a úhrady hrazených služeb domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (odb. 926) v r. 2018. V platném znění, dostupné na portálu VZP.

<sup>17</sup> Společná tisková zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců, 28. 11. 2017. Dostupné na: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/2017\\_tiskova\\_zprava.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/2017_tiskova_zprava.pdf)

Předkládající organizace 2017	Název projektu 2017	Program	Evidenční číslo	Výše neinvest. grantu 2017
„soft palm“ o. s.	Hospic Malovická	IV / 1	ZOS132/001	<b>4 980 000 Kč</b>
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o. p. s.	Péče o pacienty z Prahy v hospici SJNN	IV / 1	ZOP018/001	<b>200 000 Kč</b>
Hospic sv. Štěpána, z. s.	Hospic sv. Štěpána 2017	IV / 1	ZOS066/001	<b>300 000 Kč</b>
Hospic Štrasburk, o. p. s.	Terminální onkologický hospic	IV / 1	ZOP016/001	<b>5 720 000 Kč</b>
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze	Oddělení paliativní péče v NMSKB	IV / 1	ZCI007/003	<b>300 000 Kč</b>
TŘI, o. p. s.	Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech	IV / 1	ZOP017/001	<b>2 100 000 Kč</b>
Cesta domů, z. ú.	Domácí hospic Cesta domů	IV / 2	ZUS002/001	<b>1 900 000 Kč</b>
Home Care Bendová s. r. o.	Domácí paliativní péče	IV / 2	ZSR013/001	<b>vyřazen</b>
Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.	Mobilní specializovaná paliativní péče – Domácí hospic Most k domovu	IV / 2	ZUS001/001	<b>1 400 000 Kč</b>

IV/1 ... lůžková paliativní péče/hospic

IV/2 ... domácí paliativní péče/mobilní hospic

## Finanční podpora pečujících

Osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb, mohou zažádat o **příspěvek na péči**. Z poskytnutého příspěvku si pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Přidělení příspěvku na péči se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Výše příspěvku na péči se liší podle stupně závislosti, který se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, jež tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat.

Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat následující základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). Zahájit řízení o přiznání příspěvku na péči je možné i během hospitalizace.

**Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc je následující:<sup>18</sup>**

**880 Kč**

stupeň I – lehká závislost

**4 400 Kč**

stupeň II – středně těžká závislost

**8 800 Kč**

stupeň III – těžká závislost

**13 200 Kč**

stupeň IV – úplná závislost



Osoby, které dlouhodobě pečují o svého blízkého, mohou žádat o **dlouhodobé ošetřovné**<sup>19</sup>. Jedná se o finanční příspěvek určený pro pomoc rodinám, které potřebují překlenout nepříznivou životní situaci spojenou s nenadálou potřebou celodenně pečovat o osobu blízkou. Dlouhodobé ošetřovné vstoupilo v platnost 1. 6. 2018 a je poskytováno z nemocenského pojištění.

Základní podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné je účast na nemocenském pojištění (min. 90 dní v předchozích 4 měsících u zaměstnanců a 3 měsíce u OSVČ). O potřebě dlouhodobé péče musí dále rozhodnout ošetřující lékař. Tato dávka je dále podmíněna předchozí alespoň sedmidenní

<sup>18</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, Příspěvek na péči, dostupné na:

<https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Podle novely zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách schválené v lednu 2019 dojde k navýšení příspěvku na péči následujícím způsobem:

III. stupeň – 12 800 Kč, u dětí do 18 let 13 900 Kč, vyplácen od 1. 7. 2019

IV. stupeň – 19 200 Kč, vyplácen od 1. 4. 2019

zdroj: <http://www.nrzp.cz>

<sup>19</sup> Česká správa sociálního zabezpečení, Dlouhodobé ošetřovné. Dostupné na:

<https://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/dlouhodobé-osetřovné.htm>

hospitalizací, což způsobuje, že někteří pečující o umírajícího blízkého o dávku nemohou požádat. Podpůrčí doba (doba poskytování dávky) je maximálně 90 kalendářních dnů a opakování je možné až za dalších 12 kalendářních měsíců. Výše dlouhodobého ošetřovného činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu.

**Osoba, která o dlouhodobé ošetřovné žádá, musí být :**

- a) manželem (manželkou) ošetřované osoby nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetřované osoby,
- b) příbuzným v linii přímé s ošetřovanou osobou nebo je její sourozenec, tchyně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta nebo strýc,
- c) manželem (manželkou), registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) nebo druhem (družkou) fyzické osoby uvedené v písmenu b), nebo
- d) druhem (družkou) ošetřované osoby nebo jinou fyzickou osobou žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti.

3

# KDE A JAK SE UMÍRÁ V PRAZE

Podle Českého statistického úřadu<sup>20</sup> žilo v roce 2017 v Praze 1 294 513 obyvatel, 49 % mužů a 51 % žen, 243 237 bylo starších 65 let. V roce 2017 **zemřelo 12 199 obyvatel** Prahy (z toho 5 845 mužů a 6 354 žen). Podle nejaktuálnější statistiky zemřelých, kterou vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky pro rok 2017<sup>21</sup>, byly v Praze nejčastější příčinou úmrtí nemoci oběhové soustavy (5 245 úmrtí), onkologická onemocnění (3 241 úmrtí) a nemoci dýchací soustavy (828 úmrtí).

#### Počty zemřelých v Praze (2017)



Praha patří mezi regiony s tradičně velmi nízkou úmrtností, od roku 2000 se navzdory vyššímu počtu obyvatel počet zemřelých dokonce snížil (viz tabulka).

VÝVOJ POČTU ZEMŘELÝCH V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAHA (statistiky ÚZIS, ČSÚ <sup>22</sup> )						
rok	2000	2003	2005	2010	2015	2017
počet obyvatel	1 183 900	1 161 851	1 176 116	1 251 726	1 267 449	1 294 513
počet zemřelých	13 425	13 488	12 673	12 266	12 420	12 199

<sup>20</sup> ČSÚ (2018). Demografický vývoj – Praha. Dostupné 11. 11. 2018 z <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jspx?page=home>

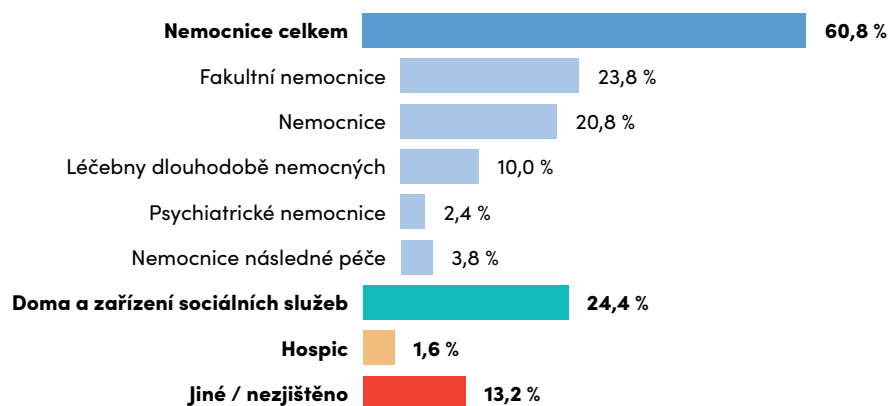
<sup>21</sup> ÚZIS (2018). Zemřelí 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISSN: 1210-9967

<sup>22</sup> <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>



Podrobnější informace o místě úmrtí a tedy částečně i o typu péče, kterou v závěrečné fázi života obyvatelé čerpali, nám poskytují data Národní datové základny paliativní péče, kterou spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky.<sup>23</sup> Tato databáze slučuje data z různých zdravotních registrů a podle agregovaného souboru dat zemřelých obyvatel z let 2011–2016 je patrné rozložení úmrtí podle místa, kde k nim došlo – většina obyvatel Prahy zemřela v nemocnicích (60 %).

### Místa úmrtí obyvatel Prahy v letech 2011–2016



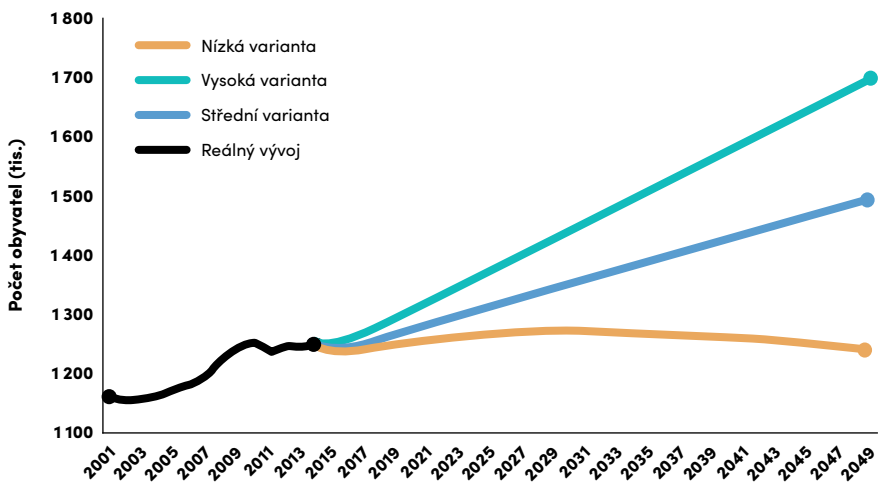
Z těchto popisných dat nám vychází, že obyvatelé Prahy umírali v letech 2011–2016 v lůžkových hospicích méně často ve srovnání se zbytkem ČR – 1,6 % úmrtí v Praze oproti 2,4 % úmrtí v hospicích v ČR. A to navzdory dvěma lůžkovým hospicům, které jsou přímo v Praze, lůžkovému paliativnímu oddělení v nemocnici sv. Karla Boromejského a dalšímu velkému hospici v Čerčanech, který je v dostupné vzdálenosti a pro pražské pacienty je častou volbou. Úmrtí v domácím prostředí pak bylo také méně časté než je celostátní průměr – 24,4 % v Praze oproti 27,1 % v celé republice. V poslední době se však situace výrazně zlepšuje, v roce 2017 zemřelo podle informací od poskytovatelů lůžkové a domácí hospicové péče v hospicích zhruba 950 obyvatel Prahy, tedy téměř 8 procent zemřelých. Nově zavedená úhrada mobilní hospicové péče také v budoucnu umožní přesnější výpočet úmrtí v hospicích, ve starších datech nebyla úmrtí v domácí hospicové péči samostatně registrována.

<sup>23</sup> <https://www.paliativnidata.cz>

Výzkumný tým dr. Burcina z Přírodovědecké fakulty UK publikoval demografickou prognózu pro hlavní město Praha, ze které vyplývá odhadovaný počet obyvatel Prahy v roce 2050 na 1,49 milionu.<sup>24</sup> Ačkoli se očekává přetrvávání trendu, kdy starší generace Prahu opouští a je nahrazována migrací mladších, ekonomicky aktivních lidí, v celkovém kontextu stárnutí obyvatelstva (viz graf) je třeba počítat s vyššími nároky na zdravotní a sociální služby i v Praze. Pro oblast paliativní péče z toho vyplývá otázka, zda poskytovatelé zdravotní péče, kteří dnes u mnohých pacientů poskytují péči v závěru života na akutních lůžkách, budou mít pro tuto činnost kapacitu i v budoucnu. Vzhledem k rostoucímu tlaku na uvolňování lůžek akutní péče hrozí, že možnost umírat v nemocnicích důstojně bude ještě více omezena. Toto omezení může být jak kapacitního, tak kvalitativního charakteru, tedy že zanikne možnost poskytnout pacientům komplexní péči zaměřenou na kvalitu života a poskytována bude pouze bazální péče, kterou provozní kapacita nemocnic umožní. Z tohoto důvodu se jako klíčové jeví posílení kapacit hospicových zařízení, ať už lůžkových nebo mobilních, a také zvýšení informovanosti odborné i široké veřejnosti o tomto typu péče.

### Graf: Prognóza demografického vývoje Prahy do roku 2050

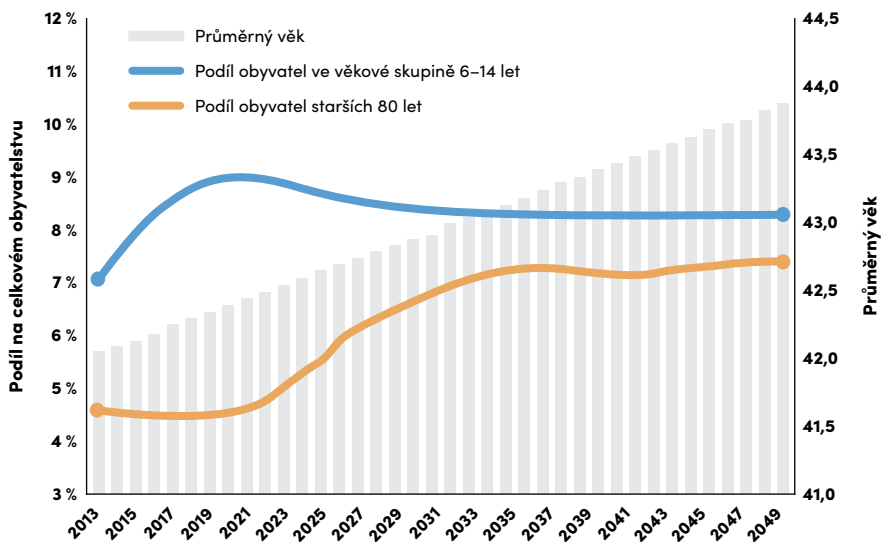
(Burcin a kol. 2014 podle Brabec, 2015)



<sup>24</sup> podle Brabec, T. (2015). Demografie, bydlení a veřejná vybavenost: Demografie. Analýza a prognóza demografického vývoje Prahy. Praha: Institut plánování a rozvoje hlavního města Prahy. ISBN: 978-80-87931-37-0, dostupný z [www.iprpraha.cz](http://www.iprpraha.cz).

## Graf: Podíl věkových kategorií v demografické prognóze Prahy do roku 2050

(Burcin a kol. 2014 podle Brabec, 2015)



V Praze  
se k paliativní  
péči dostane  
ročně **méně**  
**než 10 procent**  
**pacientů.**

---

# 4

# PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE 2018

## 4.1

Poskytovatelé specializované paliativní péče v hl. m. Praha

## 4.2

Poskytovatelé obecné paliativní péče na území hl. m. Prahy

## 4.1

# Poskytovatelé specializované paliativní péče v hl. m. Praha

Evropská asociace paliativní péče (EAPC) definuje síť paliativní péče z hlediska dostupnosti jednotlivých služeb v populaci.<sup>25</sup>

**LŮŽKOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE**  
**80–100 lůžek**  
na 1 milion obyvatel

**PALIATIVNÍ STACIONÁŘ**  
**1 stacionář**  
na 150 000 obyvatel

**NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ TÝMY**  
**1 tým**  
na 250 pacientů

**MOBILNÍ SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE**  
**1 tým**  
na 100 000 obyvatel

V této kapitole jsou popsány organizace nabízející specializovanou paliativní péči na území hl. m. Praha. Z dat od těchto organizací vychází, že Praha v řadě ohledů doporučenou kapacitu sítě nenaplnuje.

## Lůžkové hospice

Hospicová péče pro občany hlavního města Praha je poskytována převážně ve třech zařízeních. Jedná se o Hospic Štrasburk, Hospic Malovická a Hospic Dobrého pastýře. Kromě hospicových lůžek poskytuje lůžkovou formu specializované paliativní péče také oddělení paliativní péče v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Činnost oddělení je popsána v samostatné části této kapitoly.

<sup>25</sup> Dokument publikován v European Journal of Palliative Care 2009; 16(6) a 17(1). V českém překladu k dispozici online: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

## Hospic Štrasburk

Hospic Štrasburk sídlí v Praze 8 v Bohnicích. Poskytuje hospicovou péči pouze pacientům s onkologickou diagnózou a má k dispozici 25 lůžek. V roce 2017 pečoval o 211 pacientů, přičemž v hospici zemřelo 199 pacientů. Průměrná délka hospitalizace je 31 dní, ale výjimkou nejsou situace, kdy jsou pacienti v péči hospice pouze několik dní. Jako ideální dobu strávenou v hospici přítom vedení hospice uvádí 3 týdny až měsíc, aby bylo možné pacientům poskytnout adekvátní paliativní péči. Za důležitou proto vedení hospice považuje osvětu odborné veřejnosti vedoucí k včasné indikaci paliativní péče.

Provoz hospice je financován z grantů, dotací, ze zdravotního pojištění a ze soukromých darů. Pacienti se spolupodílí paušální částkou 450 Kč/den. Hospic kladně hodnotí dotační politiku MČ Prahy 6 a Prahy 10, které se podílí na financování péče pro své občany. Administrativní zátěž spojená s dotacemi je ale vnímána jako příliš vysoká a problematické je i načasování vyplácení dotací, které probíhá se značným zpožděním.

## Hospic Malovická

Hospic Malovická sídlí v Praze 4 na Spořilově a má kapacitu 30 lůžek. Péči poskytuje všem pacientům s nevyčísitelným onemocněním bez ohledu na diagnózu, nicméně většina pacientů trpí onkologickým onemocněním. V roce 2017 pečovali o 316 pacientů, z toho 257 pacientů mělo onkologickou diagnózu a v hospici zemřelo 301 pacientů. Průměrná délka hospitalizace byla 19,4 dne. O navyšování kapacity lůžek vedení hospice neuvažuje. Stávající kapacita je dostačující a ve většině případů jsou pacienti přijímáni do péče bez delších čekacích lhůt. V některých případech se ale stává, že jsou pacienti do péče hospice odesláni ze stran nemocnic příliš pozdě a umírají během dne příjmu nebo do několika dnů od přijetí (v roce 2017 zemřelo do 5. dne od příjmu 81 pacientů).

Většina pacientů přichází do hospice z nemocnic, nejčastěji se jedná o Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Thomayerovu nemocnici, případně Ústřední vojenskou nemocnici. Hospic spolupracuje také s poskytovateli MSPP a to hlavně s organizací Most k domovu, od které přebírá pacienty, jejichž péče již není zvládnutelná v domácím prostředí. Nejvíce pacientů pochází z Prahy 4 (125 pacientů) a z Prahy 10 (51 pacientů).

Budovu hospice vlastní MČ Praha 4, která provoz hospice ročně dotuje částkou ve výši 750 000 Kč. Hospic ale zároveň platí MČ roční nájem

v souhrnné výši 1,2 milionu Kč. Hospic je financován vícezdrojově. Největší část příjmu tvoří příjem od zdravotních pojišťoven, dále se na chodu hospice finančně podílí hlavní město Praha. Pacienti za pobyt v hospici platí paušální poplatek 500 Kč za den.

### Hospic Dobrého Pastýře

Ačkoliv Hospic Dobrého Pastýře sídlí v Čerčanech, poskytuje své služby také občanům hlavního města Praha, kteří představují 50 % všech pacientů. V roce 2017 bylo v hospici hospitalizováno celkem 201 pacientů a zemřelo 176 pacientů. Hospic má kapacitu 30 lůžek, z čehož je 25 lůžek paliativních a 5 respitních. Přestože do péče přijímá pacienty s onkologickou i neonkologickou diagnózou v terminální fázi nemoci, většina pacientů přijatých do péče v roce 2017 trpěla onkologickým onemocněním (88 %). Průměrná délka hospitalizace byla 38 dní, nicméně medián hospitalizace byl 15 dní a podobně jako v ostatních hospicích ani zde není výjimkou, že pacienti umírají během několika dnů po přijetí do péče či v den příjmu. V roce 2017 zemřelo během prvních 7 dnů hospitalizace celkem 75 pacientů. Pro poskytnutí kvalitní hospicové péče, ze které pacienti mohou dostatečně benefitovat, je ale ideální délka hospitalizace dva až čtyři týdny.

*„...pacient by neměl umřít v den příjmu.... protože my to naše poslání vůbec nemůžeme naplnit. Pro pacienta je optimální, když je tady 2 týdny, měsíc. Podle stavu, jak on už akceptuje svou smrtelnost a to, že se to blíží, jak je připraven.“*

Paliativní péče je v Hospici Dobrého Pastýře poskytována multidisciplinárním týmem, který poskytuje také psychosociální, psychoterapeutickou a duchovní podporu. V týmu dále pracují dobrovolníci, kteří jsou na svoji činnost v hospici odborně vyškoleni. Dobrovolnický program je akreditovaný u Ministerstva vnitra České republiky.

Kromě lůžkové paliativní péče poskytuje hospic také mobilní specializovanou paliativní péči, která ale není poskytována na území hlavního města Praha. Mezi další poskytované služby se řadí pobytová odlehčovací služba, která nabízí seniorům a chronicky nemocným až 90denní respitní pobyt a umožňuje tak pečujícím potřebný odpočinek. Hospic Dobrého Pastýře funguje také jako komunitní centrum, provozuje kavárnu a kapli přímo v budově hospice a Centrum denních služeb, které je otevřené nejen pacientům hospice, ale také lidem z blízkého okolí se sníženou soběstačností. Cílem služby je aktivizace klientů a zabránění jejich sociálnímu vyloučení.



Vedení hospice klade velký důraz na vzdělávání laické i odborné veřejnosti. Uvědomuje si také potřebu navázání efektivní spolupráce s praktickými lékaři a snaží se proto posílit jejich informovanost o paliativní péči a o službách, které v hospici poskytují. Hospic si také zakládá na vysoké úrovni kvality poskytované péče, a proto každoročně žádá o značku kvality a externí audit.

Provoz hospice je financován vícezdrojově (zdravotní pojišťovny, granty, dotace, dárci). Vedení hospice kladně hodnotí systém financování, který zavedla městská část Praha 10. Pacienti se podílejí na úhradě nadstandardního ubytování a poskytovaných služeb. Výše spoluúčasti je závislá na příjmech pacienta. Maximální výše úhrady je 500 Kč/den.

### **Příklad dobré praxe: Podpora paliativní péče na Praze 10**

*Městská část Praha 10 zavedla v roce 2017 nový systém dotační podpory pro poskytování paliativní péče pro své občany. Systém financování paliativní péče je zaměřený na dvě oblasti. První oblast podpory je zaměřena na podporu činnosti paliativního týmu, který působí ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Druhou oblastí je program na podporu poskytovatelů paliativní péče hospicového typu (mobilní i lůžkové).*

### **Program podpory pro lůžkovou a domácí hospicovou péči**

- 1 MČ Praha 10 může poskytnout na 1 občana dotaci ve výši
  - 200 Kč na 1 ošetrovací den – o tuto částku bude snížena finanční spoluúčast občana vůči organizaci, která mu poskytuje paliativní péči
  - 200 Kč na 1 ošetrovací den jako dotace na úhradu dalších nákladů spojených s poskytováním paliativní péče přímo občanovi MČ Praha 10
  - Maximální výše finanční podpory na 1 ošetrovací den je 400 Kč
- 2 Dotace na jednoho občana může být poskytnuta v maximální délce 60 ošetrovacích dnů.

**Funkční síť** paliativní péče stojí na specializovaných týmech, ale i na praktických lékařích a agenturách domácí péče.

---

## Mobilní specializovaná paliativní péče

Jak bylo uvedeno v kapitole „Terminologie a standardy“, mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) je multidisciplinární a specializovaná péče, která je poskytována pacientům s nevyléčitelným onemocněním v závěru života. Poskytování péče zajišťuje mobilní multidisciplinární tým, který poskytuje lékařskou péči, ošetrovatelskou péči a sociální, psychologickou a duchovní podporu. Péče je poskytována nejen nemocnému, ale i jeho blízkým. MSPP je dostupná nepřetržitě 24 hodin, 7 dnů v týdnu a je poskytována v domácím prostředí pacienta. Služba je též nazývaná mobilní nebo domácí hospic. Na území hl. m. Praha fungují dva poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče. Jedná se o organizace Cesta domů, z. ú. (dále jen Cesta domů) a Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú. (dále jen Most k domovu), které jsou podrobněji představeny v této části kapitoly. V roce 2017 poskytli péči celkem 430 pacientům. Objem poskytnuté mobilní specializované paliativní péče v hl. m. Praze může ilustrovat i údaj, že každé osmé<sup>26</sup> ohledání koronarem v Praze se týká pacienta dochovaného doma za podpory MSPP, přičemž tento poměr nadále meziročně roste.

Příjem pacientů do péče poskytovatelů MSPP je iniciován ve většině případech ošetřujícím lékařem v nemocnici, ve které je pacient hospitalizován. V nemocnicích s fungujícím paliativním týmem je spolupráce více efektivní a lépe nastavená než v ostatních nemocnicích. Stále ale dochází k situacím, kdy jsou pacienti odesíláni do péče mobilních hospiců příliš pozdě a nemohou tak dostatečně benefitovat z komplexní péče, kterou poskytovatelé MSPP nabízejí. Příjem do péče pro své blízké zajišťují také rodinní příslušníci, kteří ale musí být dostatečně informováni o stavu pacienta a možnostech péče. O přijetí do péče může zažádat také praktický lékař pacienta. K tomu ale dochází jen ve výjimečných případech.

Při poskytování specializované paliativní péče poskytovatelé narážejí na systém úhrad nastavený zdravotní pojišťovnou (odbornost 926), který limituje poskytování mobilní specializované péče na 30 dnů od zahájení péče. Poskytování MSPP je možné prodloužit až na 60 dní, přičemž ale úhrada od zdravotních pojišťoven klesá na 50 %. Při poskytování péče v odbornosti 926 není také možné kombinovat MSPP s péčí poskytovanou jinými poskytovateli zdravotní péče (nemocnice, agentury zdravotní péče). Při souběžném poskytování péče jsou veškeré náklady vázány na poskytovatele MSPP. Při poskytování MSPP může

26 Statistika Zdravotnického operačního střediska ZZSHMP, 2017

být ale vhodné spolupracovat s agenturami domácí péče, obzvláště v případech, kdy se jedná o klienty, kteří služeb agentur domácí péče již využívají a kdy stav pacienta není natolik závažný aby nezbytně vyžadoval MSPP.

Poskytovatelé MSPP také narážejí na nedostatečnou spolupráci s praktickými lékaři svých klientů. Na základě rozhovorů s poskytovateli MSPP je zřejmé, že zlepšení vzájemné spolupráce je nezbytným předpokladem pro zvýšení dostupnosti paliativní péče pro obyvatele hlavního města Praha.

### **Cesta domů, z. ú.**

Cesta domů poskytuje mobilní specializovanou paliativní péči dospělým i dětským pacientům. V roce 2017 bylo v péči Cesty domů 260 pacientů a v rámci poskytování dětské paliativní péče jejich služeb využily 4 dětské pacienty a jejich rodiny. Okamžitá kapacita paliativního týmu je 25 pacientů. I přes soustavné zvyšování počtu pacientů přijatých do péče nemůže přijmout do péče všechny pacienty, kteří o péči žádají (v roce 2017 se jednalo celkem o 486 žádostí). Při navyšování kapacity organizace naráží hlavně na nedostatek kvalifikovaných zdravotních sester. Kromě přijetí do péče nabízí Cesta domů také konziliární návštěvy v domácnostech pacientů. Ve spolupráci s vybranými domovy pro seniory (např. Domov Sue Ryder) poskytuje paliativní péči klientům přímo v domově tak, aby nemuseli být v závěru života překládáni do nemocnic.

Mezi další služby, které Cesta domů poskytuje, patří poradna (osobní i telefonická) a informační webový portál ([umirani.cz](http://umirani.cz)), které poskytují informace těm, kteří pečují o umírající v domácím prostředí. "Sycení" informačních potřeb pro pečující a nemocné dobře ilustruje fakt, že web [umirani.cz](http://umirani.cz) má ročně čtvrt milionu unikátních návštěv, a každý dotaz v online poradně má v průměru 400 přečtení. Cesta domů provozuje také podpůrný tým, který poskytuje podporu rodinám během péče a pro pozůstalé, odlehčovací služby umožňující odpočinek pečujícím a půjčovnu pomůcek.

Cesta domů se významně podílí na osvětě a vzdělávání veřejnosti a umožňuje odborné stáže pro lékařské a nelékařské pracovníky. Od r. 2004 provozuje vlastní obsáhlou knihovnu zaměřenou na paliativní a hospicovou péči a má vlastní nakladatelství, ve kterém bylo vydáno již 30 titulů, které se věnují tématu umírání, smrti a péči o umírající. Publikace jsou určeny jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost. Nakladatelství vydává knížky určené i pro dětské čtenáře.

### **Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.**

Organizace Most k domovu poskytuje kromě mobilní specializované paliativní péče také domácí zdravotní péči (odbornost 925). Most k domovu pečuje

o pacienty nejen z Prahy, ale působí také v okrese Praha-západ. V roce 2017 bylo přijato do péče celkem 170 pacientů, přičemž okamžitá kapacita týmu je zhruba 15 pacientů. Do péče jsou přijímáni pacienti nejen s onkologickou diagnózou, kteří nicméně tvoří většinu pacientů, ale také pacienti s neurologickým či interním onemocněním. Většina pacientů je odeslána do péče přímo z nemocnic, případně Most k domovu kontaktuje sama rodina. V některých případech přecházejí pacienti do péče paliativního týmu z domácí zdravotní péče, kterou organizace sama poskytuje. O navýšení kapacity v tuto chvíli organizaci neuvažuje. Nezbytným předpokladem pro navýšení kapacity týmu by bylo navýšení úvazku zdravotních sester, které se jeví jako problematické vzhledem k nedostatku sester na trhu práce. Most k domovu provozuje také ambulanci paliativní medicíny, která sídlí v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha (dále jen Ústřední vojenská nemocnice). Tato ambulance nabízí ambulantní péči pacientům této nemocnice a také umožňuje plynulejší předání pacientů do péče domácího hospice. Mezi další služby, které Most k domovu zajišťuje, patří půjčovna pomůcek a pečovatelská služba.

## Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny je definována jako specializovaná ambulance odbornosti 720 – paliativní medicína, vedená lékařem specialistou v nástavbovém oboru Paliativní medicína, popř. Paliativní medicína a léčba bolesti.<sup>27</sup>

### **Ambulance paliativní medicíny vykonávají následující činnosti (převzato z České společnosti paliativní medicíny):**

- ambulantní péči o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob
- konziliární činnost v oboru paliativní medicína. Obsahem konzilia paliativní medicíny může být management bolesti a dalších tělesných a psychických symptomů, facilitace rozhodování o ukončení kurativní léčby a spolupráce na tvorbě plánu paliativní péče
- vyšetření a ošetření pacientů v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob v domácím prostředí

<sup>27</sup> Kabelka, Sláma, Loučka: Paliativní péče v České republice 2016 – Situační analýza. Česká společnost paliativní medicíny, 2016. Dostupné online na: <https://www.paliativnimedcina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situačni-analyza-paliativní-pece.pdf>

Poskytovatelé ambulancí spolupracují s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče, s praktickými lékaři a poskytovateli domácí ošetrovatelské péče. Dále spolupracují se sociálním pracovníkem, psychoterapeutem, pastoračním asistentem nebo duchovním a dalšími zdravotnickými pracovníky (např. nutriční specialista, rehabilitační pracovník, specialista na léčbu chronických ran).

Ačkoliv ambulance paliativní medicíny jsou nezbytným předpokladem pro rozvoj paliativní péče, je počet ambulaní paliativní medicíny v současné době na území hlavního města Praha minimální. Ambulance paliativní medicíny nyní funguje ve Vojenské ústřední nemocnici ve spolupráci s Mostem k domovu, ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (jako součást Centra paliativní a podpůrné péče) a v Ústavu hematologie a krevní transfuze. Cesta domů provozuje mobilní ambulanci paliativní a podpůrné péče, která své služby poskytuje formou domácích návštěv a je určena nejen dospělým, ale také dětským pacientům. Kromě výše uvedených ambulaní existují v Praze také samostatné ambulance zaměřené na léčbu bolesti a paliativní péči.

Pro další rozvoj ambulaní paliativní medicíny je potřeba lepší spolupráce se zdravotními pojišťovnami při nasmlouvání úhrad ze zdravotního pojištění. Vzhledem k počtu obyvatel hlavního města Praha a doporučením týkajícím se optimálního počtu ambulaní na 100 000 obyvatel<sup>28</sup> by v rámci Prahy mělo fungovat 13 ambulaní paliativní medicíny.

## Lůžková oddělení paliativní péče

V Praze v tuto chvíli existuje pouze jedno oddělení zaměřené specificky na poskytování specializované paliativní péče. Jedná se o Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, která sídlí na Malé Straně. Fungování oddělení je podřízeno § 85 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a jedná se tedy o speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Oddělení má proto nárok pobírat příspěvek na péči, pokud ho má pacient přiznán nebo o něj může zažádat. Zdravotní péče je hrazena ze zdravotního

<sup>28</sup> Kabelka, Sláma: Stanovisko ČSPM ČLS JEP k otázce ambulancí a mobilní specializované paliativní péče v systému zdravotních služeb v ČR. Sekretariát ČSPM ČLS JEP, 2016. Dostupné online na: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/09/Ambulantn%C3%AD-a-MS-paliativn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De\\_%C4%8CSPM\\_2016.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/09/Ambulantn%C3%AD-a-MS-paliativn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De_%C4%8CSPM_2016.pdf)

pojištění a na finančním provozu paliativního oddělení se významně podílí zřizovatel nemocnice, kterým je Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Činnost oddělení byla také finančně podpořena Nadačním fondem Avast.

Oddělení disponuje 13 lůžky a umožňuje ubytování pro doprovod pacienta. Ubytování na jednolůžkovém pokoji je zpoplatněno dle aktuálního ceníku nemocnice (v době analýzy se jednalo o 100 Kč/den).

Poskytování péče zajišťuje multidisciplinární tým, který kromě odborné lékařské a ošetrovatelské péče poskytuje péči psychosociální a duchovní podporu. Oddělení paliativní péče se také podílí na dalším vzdělávání zdravotníků z jiných zařízení a funguje jako školicí pracoviště.

## Nemocniční paliativní týmy

Nemocniční paliativní týmy, někdy též nazývané nemocniční podpůrné týmy paliativní péče, poskytují specializovanou paliativní péči, poradenství a podporu odbornému zdravotnickému personálu, pacientům a jejich rodinám v nemocničním prostředí.<sup>29</sup> Nemocniční paliativní týmy mohou působit v rámci celé nemocnice, jedná se o mobilní konziliární službu. Cílem nemocničních paliativních týmů je zmírňování symptomů pacientů formou poskytování odborných konzultací ošetřujícímu personálu, který nemá odbornou kvalifikaci v paliativní péči, a podpory pacientům a jejich blízkým. Nemocniční paliativní týmy se také věnují vzdělávání a osvětě odborné i laické veřejnosti a aktivně se podílejí na výzkumu v paliativní péči. Dle doporučení EAPC má být nemocniční paliativní tým dostupný v každé nemocnici. V České republice v současné době vznikají nemocniční paliativní týmy v rámci programu Spolu až do konce, který podporuje Nadační fond Avast. Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo v roce 2017 projekt na podporu rozvoje nemocniční paliativní péče ("Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče"), který si klade za cíl systémové nastavení poskytování paliativní péče v nemocnicích. Většina fungujících nemocničních paliativních týmů provozuje nyní svoji činnost v rámci své primární odbornosti a často nad rámec svých běžných pracovních povinností.

<sup>29</sup> Dokument publikován v European Journal of Palliative Care 2009; 16(6) a 17(1). V českém překladu dostupné online na: <https://www.paliativnimedcina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

Pro dobré fungování týmů je ale nezbytným předpokladem, aby personál, který v paliativním týmu pracuje, měl svoji práci v týmu jako hlavní pracovní náplň.

Na území hl. m. Praha působí několik nemocničních paliativních týmů. Jedná se o paliativní tým ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, paliativní tým v Ústřední vojenské nemocnici, Centrum paliativní a podpůrné péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, tým podpůrné a paliativní péče při Ústavu hematologie a krevní transfuze, paliativní tým na Interním oddělení Strahov Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Ve Fakultní nemocnici v Motole působí tým poskytující dětskou paliativní péči v rámci dětské kliniky.

### **Doporučení poskytovatelů specializované paliativní péče pro zvýšení dostupnosti paliativní péče v Praze**

*Na základě rozhovorů s poskytovateli specializované paliativní péče byla identifikována následující opatření a doporučení, která mohou vést ke zvýšení dostupnosti kvalitní paliativní péče pro občany hl. m. Praha.*

- *Edukace zdravotníků (lékařů i nelékařů) a sociálních pracovníků v paliativní péči.*
- *Vzdělávání praktických lékařů v poskytování paliativní péče.*
- *Vzájemná mezioborová spolupráce organizací a zařízení, které poskytují péči občanům v závěru života.*
- *Efektivní propojení zdravotních a sociálních služeb, které jsou do péče o pacienty v závěru života zapojeny.*
- *Zohlednit provázanost zdravotních a sociálních služeb v paliativní péči při grantových a dotačních řízeních.*
- *Rozvoj spolupráce agentur domácí péče a praktických lékařů při poskytování obecné paliativní péče.*
- *Umožnit souběžné poskytování mobilní specializované paliativní péče a péče poskytované agenturami domácí péče v systému úhrad zdravotního pojištění.*
- *Zvýšení kapacity poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče.*
- *Včasné odesílání pacientů hospitalizovaných v nemocnicích do lůžkových hospiců.*
- *Finanční podpora osob, které pečují o své blízké v domácím prostředí.*



**Obecná  
paliativní péče** je  
charakterizována  
jako dobrá  
zdravotní  
a sociální péče  
o pacienty  
s pokročilým  
onemocněním.

---

## 4.2

# Poskytovatelé obecné paliativní péče na území hl. m. Praha

Obecná paliativní péče je charakterizována jako dobrá zdravotní a sociální péče o pacienty s pokročilým onemocněním.<sup>30</sup> Je poskytována primárním zdravotnickým personálem a sociálními pracovníky, kteří přicházejí do kontaktu s pacienty s nevléčitelným nebo život ohrožujícím onemocněním. Součástí obecné paliativní péče je léčba symptomů, komunikace s pacientem a jeho rodinou a organizační zajištění adekvátní péče.<sup>31</sup>

Mezi poskytovatele obecné paliativní péče se řadí praktičtí lékaři, nemocnice akutní a následné péče, domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, agentury domácí péče a poskytovatelé pečovatelských služeb.

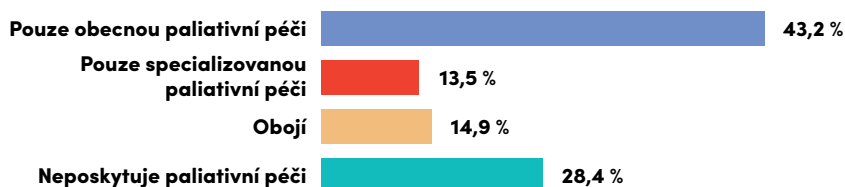
V rámci dotazníkového šetření mezi výše uvedenými poskytovateli zdravotní a sociální péče bylo osloveno 126 organizací nebo individuálních provozovatelů zdravotních a sociálních služeb, které svoji činnost provozují na území hl. m. Praha a přicházejí do kontaktu s pacienty s pokročilým onemocněním nebo v závěru života. Dotazník byl odeslán celkem na 179 e-mailových adres vedoucích pracovníků těchto organizací. Celkem odpovědělo 75 respondentů. Návratnost dotazníků byla 41,9 %.

Většina respondentů působila v zařízeních poskytujících pečovatelskou službu (25,3 %) a v domovech pro seniory (24 %). Agentury domácí péče a léčebny dlouhodobě nemocných byly zastoupeny shodně po 10,7 % respondentů. Více než polovina respondentů (58,1 %) uvedla, že poskytuje obecnou paliativní péči, 28,4 % naopak uvedlo, že neposkytuje paliativní péči vůbec. Obecnou paliativní péči poskytují domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, agentury domácí péče a výjimečně i pečovatelské služby.

<sup>30</sup> Sláma: Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativna medicína a liečba bolesti, 2012 5(1):10-12

<sup>31</sup> Sláma: Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativna medicína a liečba bolesti, 2012 5(1):10-12

### Obrázek: Typ paliativní péče, kterou organizace poskytují



Specializovanou paliativní péči poskytuje 28,4 % organizací, které se výzkumného šetření zúčastnily. Jedná se o lůžkové hospice, poskytovatele MSPP a nemocnice.

Většina organizací (77,3 %) spolupracuje při péči o své klienty s některým z poskytovatelů specializované paliativní péče. S poskytovateli mobilní specializované paliativní péče spolupracuje 37,3 % respondentů. Nejčastěji se jedná o agentury domácí péče, domovy pro seniory a pečovatelskou službu. S lůžkovými hospici spolupracují nejvíce nemocnice a léčebny dlouhodobě nemocných.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že při poskytování paliativní péče organizace nejvíce narážejí na **nedostatek personálu, který by měl odpovídající kvalifikaci a vzdělání pro poskytování paliativní péče.**

Další problematickou oblastí je **finanční zajištění poskytování paliativní péče.** Nedostatek financí se týká potřeby navýšení mezd a platů personálu, nedostatečné výše úhrad za péči v rámci systému zdravotního pojištění, problematika sociálně zdravotního lůžka a jeho vykazování a finanční podpory na rozvoj paliativní péče v rámci organizace. Nedostatečnou finanční podporu uváděli organizace také u rodin, které pečují o svého blízkého v domácím prostředí.

Některé organizace narážejí na vlastní limity, jako je nedostatečné vybavení nebo zázemí pro poskytování paliativní péče v jejich zařízení.

Pro rozvoj paliativní péče je dle organizací nezbytná **podpora vzdělávání personálu v paliativní péči, zlepšení informovanosti lékařů o paliativní péči a edukace rodin.** Organizace by také uvítaly možnost dostupného paliativního lékaře pro potřebné konzultace, ideálně 24 hodin denně. Jako vhodná forma podpory se jeví **zajištění telefonické paliativní poradny, která by byla**

**dostupná lékařům, pacientům a rodinám.** Při poskytování paliativní péče je nezbytná spolupráce mezi různými poskytovateli. Klíčová je **spolupráce s praktickým lékařem, s nemocnicemi a hospici.** Vzhledem k charakteru paliativní péče, je také potřeba lépe **propojit poskytování zdravotních a sociálních služeb** a zajistit lepší **finanční podporu pečujícím rodinám.**

Specifika jednotlivých typů poskytovatelů obecné paliativní péče jsou představena v následující části textu.

## Agentury domácí péče

Domácí péče je odborná zdravotnická péče, která je poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péči může indikovat praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Péče má být dostupná nepřetržitě. Délku a frekvenci návštěv stanovuje indikující lékař dle stavu pacienta. Vzhledem k charakteru poskytované péče má domácí péče významné místo i při poskytování obecné paliativní péče. **Pro poskytování paliativní péče je ale nezbytná spolupráce s praktickým lékařem pacienta, která je v tuto chvíli nedostatečná** a agentury narážejí na neochotu praktických lékařů se do péče o pacienty aktivně zapojovat. Pokud spolupráce s praktickým lékařem funguje dostatečně, jsou zdravotní sestry z agentur domácí péče schopny zajistit vhodnou péči i o pacienty v závěru života a omezit tak překlady do nemocnic při zhoršení jejich zdravotního stavu.

Agentury domácí péče často spolupracují s mobilními hospici. Jak bylo uvedeno v předchozí části textu, agentury domácí péče nemohou poskytovat péči současně s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče, ačkoliv by pacient mohl využívat obě služby ke svému prospěchu.

Závažným limitujícím faktorem je nastavení preskripčního systému této služby na konkrétní frekvenci a délku návštěv, která neumožňuje pružně zareagovat na akutně zhoršený zdravotní stav pacienta. Tuto zřetelnou nevýhodu částečně koriguje **signální kód** (výkon 06349 „Signální kód – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“), který nemá časovou ani bodovou hodnotu. Tento kód signalizuje péči o pacienta v terminálním stavu a ruší omezení frekvence provedených výkonů sester domácí zdravotní péče. Signální kód indikuje praktický nebo ošetřující lékař v rozsahu 30 dnů. Pokud je požadováno

prodloužení je nutné požádat o schválení revizního lékaře. Signální kód je určený pro pacienty u kterých není reálné očekávat jejich uzdravení a je pravděpodobné, že zemřou v relativně krátké době a kurativní péče je již ukončena.

## Zařízení následné péče

Následná lůžková péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče<sup>32</sup>. Poskytovaná péče zahrnuje péči léčebnou včetně obecné paliativní péče, léčebně rehabilitační a ošetrovatelskou péči. V období 2011–2016 zemřelo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 7 341 pacientů (tj. 10 % všech úmrtí v hl. m. Praha ve sledovaném období).<sup>33</sup>

V této publikaci používáme také starší označení léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) z důvodu zachování tohoto termínu v názvech některých dotazovaných organizací a také proto, že je tato kategorie používána v citovaných statistikách ÚZIS a NRPZS, například o místu úmrtí.

Léčebny dlouhodobě nemocných přijímají do své péče pacienty v pokročilé fázi nevléčitelného onemocnění a služby paliativní péče jsou proto nezbytným předpokladem pro poskytování komplexní péče pacientům v závěru života. V dotazníkovém šetření většina respondentů z LDN (87,5 %) uvedla, že poskytují obecnou případně specializovanou paliativní péči a polovina respondentů uvedla, že nespolupracují s žádným poskytovatelem paliativní péče.

## Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou formou sociální služby, která poskytuje dlouhodobé bytové služby osobám se sníženou soběstačností způsobenou převážně

<sup>32</sup> MZČR, 2018. Dostupné online na: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece\\_2627\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html)

<sup>33</sup> Zdroj: <https://www.paliativnidata.cz>

<sup>34</sup> MPSV, 2018. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/cs/18661#sspd>

věkem jež vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby.<sup>34</sup> Služba zahrnuje širokou škálu činností od poskytnutí ubytování, stravy, pomoci v péči o vlastní osobu a ošetrovatelskou péči až po sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. Služby jsou poskytovány v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů<sup>35</sup> a jsou poskytovány za úhradu.

Dle registru sociálních služeb na území hl.m. Praha funguje 32 domovů pro seniory (z toho je jeden určen pro řeholní sestry a jeden pro válečné veterány). Z celkového počtu domovů pro seniory je hl. m. Praha zřizovatelem 9 z nich (další 4 domovy, které MHMP zřizuje, leží mimo katastr hl. m. Praha). Celková lůžková kapacita domovů pro seniory v Praze v roce 2016 byla 2530 lůžek.<sup>36</sup> V domovech pro seniory v hl. m. Praha zemřelo v roce 2017 celkem 700 seniorů, v roce 2016 se jednalo o 628 úmrtí.<sup>37</sup>

Většina domovů pro seniory účastnících se dotazníkového šetření uvedla, že poskytují obecnou nebo specializovanou paliativní péči. Více než polovina z nich (53 %) pravidelně spolupracuje s některým z poskytovatelů specializované paliativní péče. Nejčastěji se jedná o spolupráci s mobilním hospicem. Tato spolupráce umožňuje poskytování specializované paliativní péče v prostředí domova pro seniory, tedy v místě, kde senior žije a které je pro něj přirozeným prostředím, na něž je zvyklý a cítí se v něm dobře a bezpečně. **Cílem spolupráce s MSPP je umožnit klientům dožít v domově v maximálním možném komfortu a bez bolesti.** Spolupráce může mít různé podoby, jedná se např. o využití konziliární služby poskytované MSPP (Cesta domů). V tomto případě je ale potřeba spolupráce praktického lékaře, který působí v domově. Další možností je souběžné poskytování specializované paliativní péče a péče poskytované v domově pro seniory, kdy se senior stává pacientem poskytovatele MSPP a zůstává přitom klientem domova pro seniory. Nezbytné je ale nastavení vykazování úhrad za zdravotnické výkony, které si nemohou oba poskytovatelé vykazovat souběžně. Při poskytování obecné paliativní péče v prostředí domova pro seniory je potřeba posilovat znalosti a dovednosti praktických lékařů, kteří v domovech působí, a podporovat paliativní přístup celého týmu, který o klienty pečuje.

<sup>35</sup> účinnost od 1. 10. 2017

<sup>36</sup> Zdroj: ČSÚ, dostupné online na: <https://www.czso.cz/csu/czso/22-socialni-zabezpeceni-571i0w5syd>

<sup>37</sup> Zdroj: MPSV, oddělení statistiky, osobní sdělení, Ing. Král, leden, 2019

### **Příklad dobré praxe: Model spolupráce Domova pro seniory Sue Ryder s poskytovatelem MSPP Cesta domů**

Projekt "Proces integrace paliativní péče" je zaměřený na rozvoj paliativní péče v organizaci a na sdílení zkušeností s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb. Součástí projektu je intenzivní vzdělávání personálu (kurzy ELNEC, Paliativní péče v domovech pro seniory), účast na odborných seminářích i stáže v zahraničí. Pomocí těchto aktivit dochází k otevření tématu paliativní péče a posílení paliativního přístupu v organizaci. Díky projektu a na základě reflexe praxe dochází také k rozvoji kompetencí týmu odborníků v oblasti geriatrické paliativní péče a k navyšování kompetencí praktického i „domovského“ lékaře, kteří v Domově Sue Ryder působí. Klienti mají k dispozici kaplana a psychologa, kteří mají svou nezastupitelnou úlohu v poskytování paliativní péče. Projekt zaměřený na integraci paliativní péče běží v Domově Sue Ryder již čtvrtým rokem a díky němu se zvyšuje počet klientů, kterým je umožněno zemřít důstojně v prostředí Domova. V roce 2017 zemřelo 11 klientů, přičemž 8 z nich zemřelo v Domově za přítomnosti svých nejbližších.

Pro poskytování paliativní péče byla navázána spolupráce s Cestou domů. Vzájemná spolupráce pomáhá personálu domova Sue Ryder nastavit potřebou péči, léčbu i medikaci tak, aby klient mohl dožít v domově místo toho, aby musel být převezen do nemocnice při zhoršení stavu v závěru života.

Vzájemná spolupráce umožňuje poskytování paliativní péče ve formě konziliární návštěvy paliativního lékaře nebo jako model sdílené péče.

Model sdílené péče se využívá v péči o klienty s komplexními a špatně zvladatelnými projevy nemoci. Klientovi je umožněno setrvat v domově pro seniory a přitom se stává pacientem Cesty domů, která zajišťuje stálou dostupnost lékařské péče, stejně jako podporu kvalifikovanými sestrami pro pečující multidisciplinární tým domova.

**„...naše zkušenost byla, že pro řadu kolegů bylo obtížné vést hovor na téma závěru života a péče v závěru života. To ani nebylo tak, že by to klienty nezajímalo, ale tou bariérou jsme vlastně byli i my do jisté míry. Jako odborná veřejnost jsme nebyli připraveni vést s lidmi hovor v duchu toho, že existuje péče v závěru života a jaké jsou možnosti.“**

## Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je sociální službou a její poskytování se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o terénní nebo ambulanci službu určenou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v domácnostech klientů nebo v zařízeních sociálních služeb.

Služba není vykonávána zdravotníky, nýbrž pracovníky v sociálních službách (pečovateli a pečovatelky). Pro poskytování zdravotní péče je potřeba spolupráce s agenturou domácí péče.

S ohledem na paliativní péči je potřeba posílit informovanost pečovatelek o paliativní péči tak, aby mohly fungovat jako zdroj informací v případě potřeby. Klienti, kteří pečovatelské služby využívají, jsou velmi často v pokročilém věku a dostupnost paliativní péče může zabránit nechtěné hospitalizaci při zhoršení jejich zdravotního stavu. Pro poskytování paliativní péče jsou klíčoví praktičtí lékaři, které mohou pečovatelky kontaktovat a informovat je o zhoršení stavu jejich pacienta. Pečovatelské služby spolupracují s poskytovateli specializované paliativní péče spíše příležitostně (třetina z dotazovaných respondentů) a pokud ano, spolupracují s mobilní paliativní péčí. 68 % respondentů uvedlo, že paliativní péči neposkytují vůbec.

*„Pro naše křehké geriatrické pacienty by bylo důležité zvýšení kapacity praktiků směrem do terénu. Ti lidé by stejně užili často jen základní, obecnou paliativní péči, nepotřebovali by specializovanou paliativu, ale jen třeba nějakou konziliární návštěvu.“*



5

**PRAKTIČTÍ  
LÉKAŘI  
A PALIATIVNÍ  
PÉČE**

Role praktických lékařů ve zdravotnickém systému České republiky je klíčová. Představují ve většině případů první kontakt pacienta se systémem zdravotnictví, a proto se také řadí do kategorie primární péče. Úkolem praktických lékařů je poskytovat preventivní a obecnou lékařskou péči a zároveň delegovat pacienty vyžadující specializovanou lékařskou péči k adekvátním poskytovatelům (ambulantní či nemocniční péče). V rámci paliativní péče je to obdobné, tedy měli by být schopni poskytovat obecnou paliativní péči a zároveň nasměrovat pacienta v případě potřeby k specializované paliativní péči.

Abychom zjistili, jak vnímají samotní praktičtí lékaři současnou situaci a jaký mají vztah k paliativní péči, provedli jsme dotazníkové šetření mezi praktickými lékaři kteří poskytují své služby na území Prahy. Osloveno bylo celkem 468 praktických lékařů, z čehož bylo zpět obdrženo 129 vyplněných dotazníků.

Respondenti pocházeli ze 13 městských částí. Většina respondentů byly ženy (82,9 %). Necelá polovina respondentů byla věkově mezi 31–56 let a více než třetina respondentů byla ve věku 56–65 let. Co se týče počtu let praxe, téměř polovina respondentů uvedla praxi delší než 20 let. Podrobná demografie respondentů je představena v následující tabulce.

**Praktický lékař by měl být schopen poskytovat obecnou paliativní péči, pacienty vyžadující specializovanou paliativní péči by měl delegovat k adekvátním poskytovatelům.**

## Obrázek: Demografie respondentů

Charakteristika	četnost respondentů a jejich poměr ve výběrovém souboru
<b>Pohlaví</b>	
ženy	107 (82,9 %)
muži	22 (17,1 %)
<b>Věk</b>	
21–35 let	5 (3,9 %)
36–50 let	57 (44,2 %)
51–65 let	47 (36,4 %)
starší 65 let	20 (15,5 %)
<b>Počet let praxe</b>	
0–5	11 (8,5 %)
6–10	21 (16,3 %)
11–15	22 (17,1 %)
16–20	11 (8,5 %)
více než 20	64 (49,6 %)

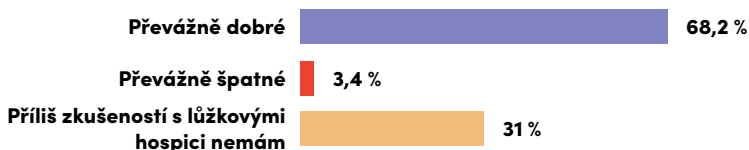
Na otázku, jak by praktičtí lékaři sami hodnotili své znalosti v paliativní péči na škále od 1 do 10, kdy hodnota 1 znamená minimální znalosti v paliativní péči a hodnota 10 znamená že se praktický lékař považuje za experta v paliativní péči, ohodnotilo nejvíce respondentů své znalosti číslem 5. Podle odpovědí byli respondenti sloučeni do tří kategorií úrovně znalostí v oblasti paliativní péče (základní úroveň znalostí, dobré znalosti, vynikající znalosti).

## Obrázek: Sebehodnocení znalostí v oblasti paliativní péče

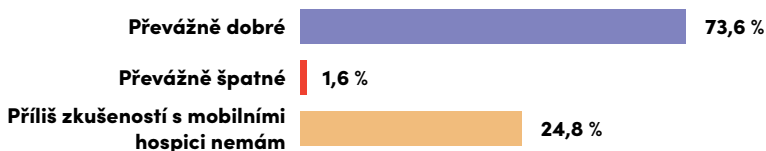
KATEGORIE	PROCENTA	ČETNOST RESPONDENTŮ
Základní úroveň znalostí	28,7	37
Dobré znalosti paliativní péče	60,5	78
Vynikající znalosti paliativní péče	10,9	14

Zhruba dvě třetiny dotázaných praktických lékařů uvedly, že má dobrou zkušenost s lůžkovými i mobilními hospici. Zbytek respondentů nemá s hospici příliš zkušeností.

## Zkušenosti s lůžkovými hospici

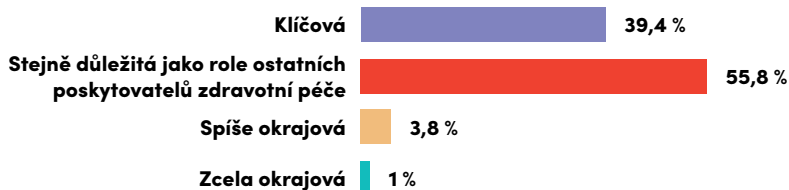


## Zkušenosti s domácími / mobilními hospici

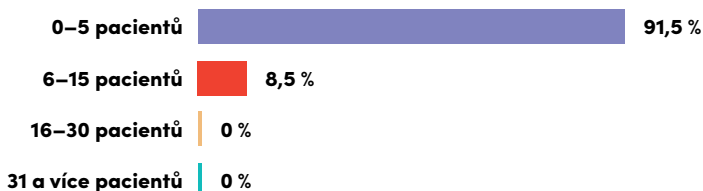


Nadpoloviční většina považuje roli praktického lékaře v péči o pacienty v závěru života za stejně důležitou jako roli ostatních poskytovatelů zdravotní péče a téměř 40 % vnímá roli praktického lékaře jako klíčovou. Nicméně během posledního roku iniciovalo přijetí do hospicové péče u více než 6 pacientů pouze 8,5 % lékařů. Téměř všichni lékaři (83,7 %), kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, se domnívají, že jejich pacienti nejsou dostatečně informováni o významu a možnostech paliativní péče.

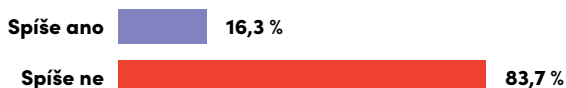
## Role praktického lékaře v péči o pacienta v závěru života



## Kolik pacientů odeslal praktický lékař do hospicové péče v posledním roce



## Informovanost pacientů o významu a možnostech paliativní péče



Jako největší překážky v dostupnosti paliativní péče uvedli praktičtí lékaři omezenou kapacitu poskytovatelů specializované paliativní péče. U lůžkových hospiců uváděli, že je nedostatečný počet lůžek a u mobilních hospiců zmiňovali dlouhé čekací lhůty a nedostatečnou kapacitu. Jako prioritní pro zlepšení dostupnosti paliativní péče vnímají navýšení kapacit mobilních a lůžkových hospiců, případně zřízení paliativních oddělení či ambulancí v nemocnicích.

Praktičtí lékaři si dále uvědomují finanční náročnost péče spojenou s nutností úhrady služeb lůžkových i mobilních hospiců, která může být pro některé jejich pacienty příliš zatěžující. V případech, že o své blízké pečuje rodina v domácím prostředí, se praktičtí lékaři domnívají, že by rodiny měli dostat adekvátní finanční podporu.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že praktičtí lékaři vnímají jako nedostatečnou informovanost svých pacientů a jejich rodin o možnostech paliativní péče. Neznalost paliativní péče úzce souvisí s obavami a nedůvěrou pacientů a rodin, pokud jim paliativní péči nabízejí. Nedostatečná informovanost se týká nejen pacientů, ale také odborné veřejnosti.

Polovina respondentů dále uvedla, že ke zlepšení dostupnosti a kvality poskytované paliativní péče v Praze by pomohlo navýšení plateb za domácí návštěvu praktického lékaře a zvýšení úhrad zdravotní pojišťovny za výkony v paliativní péči.

***“...malé kompetence praktických lékařů (paliativní péče neodmyslitelně patří ke všeobecnému praktickému lékařství). Paliativní péči poskytují jako praktický lékař prakticky zdarma, ve svém osobním volnu a náklady nese ordinace.”***

Více než polovina respondentů uvedla, že ke zvýšení dostupnosti paliativní péče by bylo vhodné zajistit telefonickou poradnu pro pacienty, rodiny i lékaře, ideálně s 24 hodinovou help linkou. V tuto chvíli je v Praze dostupná telefonická poradna, kterou provozuje Cesta domů, případně poradna v Hospici Dobrého pastýře. Obě poradny ale fungují pouze v běžné pracovní době.

### **Hlavní překážky v poskytování paliativní péče z pohledu praktických lékařů**

- *Nedostatečná kapacita lůžkových hospiců.*
- *Nedostatečná kapacita mobilních hospiců.*
- *Dlouhé čekací lhůty pro příjem pacientů do péče poskytovatelů specializované paliativní péče.*
- *Finanční zátěž pro pacienta a rodinu spojená s úhradou hospicové péče.*
- *Nedostatečná informovanost pacientů a rodin o paliativní péči.*
- *Problematická spolupráce s rodinou pacienta.*
- *Nedostatečná spolupráce mezi různými poskytovateli služeb.*
- *Nízké ohodnocení návštěvní služby praktického lékaře a systém úhrad zdravotních pojišťoven při vykazování úkonů spojených s paliativní péčí.*

6

**DOPORUČENÍ  
PRO DALŠÍ  
ROZVOJ  
PALIATIVNÍ PÉČE**

V této závěrečné kapitole nabízíme několik doporučení pro další rozvoj paliativní péče v hl. m. Praha, která vychází z dat obsažených v této analýze. Ze zjištěných informací vyplývá řada možných nástrojů a cest ke zlepšení dostupnosti a kvality paliativní péče v Praze, níže uvedená doporučení jsou však formulována s ohledem na roli a možnosti magistrátu.

## Doporučení č. 1

### Využívat konkrétní definice a standardy pro poskytovatele paliativní péče

#### Proč je to důležité?

Nejednoznačná definice paliativní péče a vágní právní vymezení slova hospic jsou jedním z důvodů, proč je těžké přesně vymezit a v praxi poznat, která organizace poskytuje opravdu komplexní paliativní péči na specializované úrovni (multidisciplinární tým včetně vlastního lékaře, dostupnost 24/7, adekvátní vzdělání personálu), které organizace poskytují obecnou paliativní péči (adekvátní vzdělání a kompetence, využívání plánu paliativní péče u svých klientů, spolupráce s poskytovateli specializované paliativní péče) a které organizace pouze tvrdí, že poskytují hospicovou nebo paliativní péči, přitom však toto zakládají pouze na faktu, že v jejich péči jsou i klienti v závěru života. Nejednoznačnost vymezení může být pro veřejnou správu komplikací například v momentu rozhodování o přidělení dotační podpory, pro občany je zároveň zdrojem nepřehlednosti služeb.

#### Co dělat?

Doporučujeme při tvorbě veřejné politiky využít některý z dostupných definičních rámců pro paliativní péči – konkrétně můžeme doporučit Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví k poskytování mobilní specializované paliativní péče (v příloze) a Standardy paliativní péče, publikované Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP,<sup>38</sup> které přehledně definují rozsah péče paliativních týmů. Naplnění těchto standardů se dá využít pro měření kvality péče v daných organizacích.

<sup>38</sup> Dostupné online na [https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)



## Doporučení č. 2

### Zvýšit kapacitu poskytovatelů specializované paliativní péče

#### Proč je to důležité?

V hlavním městě umírá v hospicích méně obyvatel, než jaká je odhadovaná potřeba této péče, a vzhledem k demografickému vývoji se dá očekávat, že tlak na kapacity poskytovatelů bude dále narůstat. Praha by měla naplnit doporučené kapacity paliativní sítě, definované doporučením Evropské asociace paliativní péče (viz kapitola 3). Zejména v oblasti mobilní specializované paliativní péče je nedostatek kapacity často zmiňován organizacemi i experty jako jedna z hlavních překážek v zajištění paliativní péče.

#### Co dělat?

Zvýšení kapacity paliativních týmů je možné několika způsoby.

- Podpořit vznik nových domácích hospiců – zejména v této oblasti jsou v Praze velké limity (doporučení Evropské asociace paliativní péče je 1 tým na 100 000 obyvatel, v Praze jsou v současnosti dvě organizace). Vzhledem k existujícímu úhradovému mechanismu pro mobilní specializovanou paliativní péči a velké poptávce není překážkou v této oblasti finanční stránka věci, ale spíše se dají čekat komplikace v personální oblasti, narážející na celkový nedostatek zdravotních sester. Nabízí se možnost podpořit již existující lůžkové hospice v rozšíření služeb o mobilní péči.
- Zvýšit kapacitu lůžkové paliativní péče – kapacita lůžkových hospiců v Praze není dostatečná (doporučení 80–100 lůžek na 1 milion obyvatel) a zároveň jeden ze dvou pražských hospiců přijímá pouze pacienty s onkologickou diagnózou, což významně komplikuje dostupnost péče pro pacienty s jinými onemocněními. Z provozního hlediska by bylo otevření nového lůžkového hospice udržitelné finančně i s ohledem na poptávku, vyžadovalo by však významnou počáteční investici. Alternativu mohou do budoucna nabídnout nemocniční oddělení paliativní péče.
- Podpořit rozvoj specializované paliativní péče ve zdravotnických zařízeních a v ambulancích paliativní medicíny. Lůžková zařízení akutní péče jsou klíčovou institucí v trajektorii péče o osoby s pokročilým závažným onemocněním a v otázkách rozhodování o typu další péče včetně paliativní péče jsou odbornou autoritou, na které je závislé rozhodování o případném dalším poskytování paliativní péče zařízeními mimo nemocniční paliativní péče. Ve vztahu k četnosti úmrtí jsou zařízení akutní péče dominantním

poskytovatelem péče o osoby v závěru života. Ambulance paliativní medicíny může zajistit bezprostřední návaznost na specializované medicínské výkony v akutní péči a zásadním způsobem přispět k efektivní podpoře pacientů s pokročilým závažným onemocněním včetně poskytnutí návštěvní péče v domácím prostředí. V rámci formulované koncepce je možné definovat možnosti ovlivnění a podpory nemocničních paliativních týmů a ambulancí paliativní medicíny (např. podpora specializované edukace, bonifikace péče o rezidenty, dotační aktivity k personálnímu zajištění funkčních týmů, spolufinancování služeb nehrazených nebo nedostatečně hrazených z prostředků zdravotního pojištění a další)

- ke zvýšení kapacity by mohlo přispět i stabilnější financování poskytovatelů paliativní péče ve smyslu úpravy dotačních programů, které by obsahovaly menší faktor nejistoty – například formou paušální úhrady za pacienta nebo bonifikací za splnění standardů kvality.
- poskytovatelé specializované paliativní péče, podobně jako jiná zdravotnická zařízení, narážejí na nedostatek personálu. Bylo by vítané, pokud by magistrát mohl podpořit organizace v nábore nových zaměstnanců hospiců, zejména zdravotních sester, nějakou formou benefitu (náborový příspěvek, ubytování a podobně).

## Doporučení č. 3

### Zvýšit kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče

#### Proč je to důležité?

Podle stanovisek odborných společností potřebuje specializovanou paliativní péči v závěru života zhruba 20–30 % pacientů. Ostatní by mohli získat adekvátní podporu od **neformálních pečujících za podpory** poskytovatelů obecné paliativní péče – praktických lékařů, domovů pro seniory, agentur domácí zdravotní péče. V současné situaci však kompetence těchto organizací často nestačí a klienty odesílají na akutní lůžka nebo do specializovaných pracovišť (hospiců), které často plní funkci stabilizační a pacienty doprovodí do konce ne kvůli nezbytnosti specializované péče, ale kvůli neschopnosti ostatních složek systému poskytnout adekvátní péči v rámci svých kompetencí.

#### Co dělat?

Doporučujeme podpořit modely sdílené péče – například domovů pro seniory a mobilních hospiců. Tato spolupráce je v hlavním městě již otestována

a ukazuje se jako funkční. Mnoho organizací však s tímto modelem nemá zkušenosti a nemá ani informace o tom, že je to možné. Podpořit sdílení dobré praxe, například vzdělávacími semináři nebo konkrétní finanční dotací může posílit tyto funkce systému, které mohou ve výsledku zajistit potřebnou péči velkému množství klientů. Ti budou ponecháni ve vlastním sociálním prostředí a zároveň dostanou péči, kterou potřebují. Magistrát také může cíleně podpořit vlastní zřizované organizace ve vzdělání a prohloubení kompetencí v oblasti paliativní péče. S ohledem na nedostatečnou kapacitu mobilních hospiců se jako významná jeví práce se zdravotnickou záchrannou službou, která pro občany představuje zdroj pomoci v akutní situaci. Zvýšení kompetencí ZZS ve smyslu zajištění pacienta v domácím prostředí a propojení rodiny s týmem mobilní paliativní péče by významné části pacientů umožnilo dožít doma podle svého přání.

Jako potřebné se také jeví pracovat s praktickými lékaři a motivovat je, prohlubovat jejich spolupráci a kontakt s poskytovateli specializované paliativní péče a také zvyšovat jejich kompetence v oblasti obecné paliativní péče (využívání agentur domácí péče se signálním kódem, práce s opiáty, formulace plánu paliativní péče). Opět se zde jako vhodný nástroj nabízí vzdělávací akce a semináře, umožňující prohloubení spolupráce mezi organizacemi a praktickými lékaři. Za předpokladu pregnantního vymezení definičních znaků a nároků na organizace, uvádějících poskytování paliativní péče jako jednu ze svých služeb, se nabízí možnost účelové finanční podpory pro poskytovatele obecné paliativní péče, kteří splní požadované standardy (například agentury domácí péče).

## **Doporučení č. 4**

### **Zvýšit informovanost veřejnosti o paliativní péči**

#### **Proč je to důležité?**

Nedostatečná informovanost veřejnosti byla jednou z nejčastěji zmiňovaných překážek v zajištění paliativní péče podle oslovených expertů a organizací. Informovanost o paliativní péči má význam faktický a také psychologický – povědomí o možnostech paliativní péče pomáhá nemocným i jejich rodinám s rozhodováním v závěru života, efektivnějšímu plánování péče a celkovým vyrovnáním s jejich situací. Toto zpětně pomáhá poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb s úpravou plánu péče nebo včasným překladem do hospiců.

## Co dělat?

V oblasti zvýšení informovanosti doporučujeme čtyři kroky:

- realizaci osvětové kampaně o paliativní péči, zaměřené na širokou veřejnost
- zřízení poradenské linky zaměřené na pomoc lidem, kteří čelí vážnému onemocnění nebo pečují o těžce nemocného člověka, případně podpora existujících služeb (například poradny hospice Cesta domů, která nabízí své služby zdarma) s cílem zvýšení jejího dosahu a kapacity – oslovené organizace i experti mluvili o potřebě takové služby, fungující ideálně v nepřetržitém provozu a nabízející poradenství pečujícím, ale i pacientům a profesionálům
- podpora komunikačních dovedností pracovníků ve zdravotních a sociálních službách, které umožní efektivnější komunikaci o paliativní péči s jejich klienty

## Doporučení č. 5

### Zvýšit podporu neformálních pečujících

Většina lidí si přeje umírat doma. Pokud se blízcí pacienta rozhodnou toto přání nemocnému splnit, budou potřebovat podporu. Nově ustanovený institut dlouhodobého ošetrového významně snížil finanční zátěž, přesto na tuto podporu řada občanů nedosáhne (například kvůli podmínce předchozí hospitalizace). Péče o umírajícího člověka obnáší řadu těžkých momentů a situací, na které většina lidí není předem připravena. Bez péče mobilních hospiců na to mnohdy zůstávají lidé sami a v určitém momentu péči ukončí kvůli obavám, zda vše zvládnou. Péče v domácím prostředí přitom nejvíce odpovídá přáním lidí a ze systémového hlediska se jedná o ekonomicky nejúspěšnější variantu.

## Co dělat?

Doporučujeme podpořit vznik vzdělávacích seminářů pro pečující. Podobné semináře již v několika regionech probíhají, mohou je připravit přímo poskytovatelé péče (například mobilní hospice), Charita, zdravotnické školy a další instituce. Pečující by také ocenili již zmíněnou možnost konzultace například v poradně a samozřejmě oporu v praktickém lékaři, případně dalších službách, které využívají (agentury domácí péče). U některých skupin obyvatel se jako efektivní forma podpory ukazují také svépomocné skupiny (například rodiče těžce nemocných dětí, pozůstalí). Z hlediska již dostupných nástrojů

je vhodné pracovat na vyšší informovanosti o příspěvku na péči a zrychlení procesu jeho vyřízení a hledání dalších možností finanční podpory rodin, které pečují o své blízké v závěru života. Příkladem může být podpora MČ Praha 10, která pečujícím o terminálně nemocné vyplácí příspěvek ve výši 200 Kč za den, který pomáhá pokrýt náklady na péči a výpadek příjmů během období péče.

## Doporučení č. 6

### **Koordinovat podporu paliativní péče s ohledem na zdravotní i sociální rozměr péče**

Paliativní péče je ze své povahy multidisciplinární a působí na pomezí sociální a zdravotní oblasti. Tato oblast se dlouhodobě potýká s neefektivním přístupem státní správy, která v řadě případů neřeší zdravotně-sociální problematiku komplexně, ale odděleně pod gesci dvou ministerstev. Na komunální úrovni má veřejná správa možnost využít efektivnějšího přístupu, který reflektuje legislativní rámec i možnosti podpory v obou oblastech tak, aby tvorba nástrojů pro rozvoj paliativní péče souběžně a logicky řešila obě témata. Poskytovatelé péče hodnotili roli magistrátu jakožto koordinátora pro tento úkol jako velmi důležitou.


## Doporučení č. 7

### **Vytvořit koncepční dokument pro rozvoj paliativní péče v Praze**

Všechna výše zmíněná opatření je nutné vyhodnotit v kontextu rozvoje zdravotních a sociálních služeb města, rozpočtových možností a politických priorit. Nezbytným krokem je vytvoření koncepčního dokumentu, který by stanovil priority pro oblast rozvoje paliativní péče, včetně harmonogramu a konkrétních cílů, kterých chce hlavní město dosáhnout.

# **Paliativní péče**

je ze své povahy  
multidisciplinární  
a působí na pomezí  
sociální a zdravotní  
oblasti.



7

# METODICKÝ POKYN

**Ministerstva zdravotnictví  
ČR k poskytování mobilní  
specializované paliativní  
péče**

# 1. Kontext metodické úpravy

## 1.1 Účel úpravy

Účelem metodického pokynu k poskytování mobilní specializované paliativní péče (dále jen „MSPP“) je specifikovat kritéria pro nasmlouvání zdravotních výkonů odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. Tento metodický pokyn má za cíl popsat pacienty, kteří jsou indikováni k tomuto typu péče, popsat nástroje používané ke kategorizaci pacientů a popsat poskytovatele této specifické zdravotní péče určené pro nemocné ve vlastním sociálním prostředí pacienta<sup>1</sup>.

## 1.2 Vymezení pojmů pro účely tohoto Metodického pokynu

- **Paliativní péče** – je podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon č. 372/2011 Sb.“) 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, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.
- **Paliativní péče specializovaná** – je poskytována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína<sup>2</sup> 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

<sup>1</sup> Termínem „vlastní sociální prostředí“ se v zákoně 372/2011 Sb. rozumí domácí prostředí nebo pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb.

<sup>2</sup> Oborem „paliativní medicína“ se rozumí i obor „paliativní medicína a léčba bolesti“, který byl podle přílohy č. 3 vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, převeden na obor „paliativní medicína“



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

- **Terminální stav** – konečné období nemoci, které obvykle trvá dny, týdny až měsíce. Jedná se zpravidla 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, které směřuje k úmrtí nemocného.
- **Mobilní specializovaná paliativní péče** poskytovaná pod odborností 926 – je multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu poskytovaná v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dnů v týdnu.

## 2. Síť poskytovatelů paliativní péče

Forma zdravotní péče (§ 7–10 zák. 372/2011 Sb.)	TYP PALIATIVNÍ PÉČE	
	OBEČNÁ: (80–90 %)	SPECIALIZOVANÁ: (10–20 %)
<b>Primární ambulanti péče (§ 7 odst. 2 a)</b>	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	
<b>Specializovaná ambulanti péče (§ 7 odst. 2 b)</b>	ošetřující ambulanti specialista	ambulanti specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby
<b>Lůžková péče (§ 9)</b>	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
<b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)</b>	lékař ambulanti 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 ambulanti 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

Standardy kvality MSPP vydává a podle nejnovějších poznatků vědy aktualizuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Každý poskytovatel MSPP sleduje kvalitu péče a vybraná statistická data v rozsahu platných předpisů a dále podle doporučených postupů platných pro obor paliativní medicína.

### 3. Kritéria pro přijetí pacienta do mobilní specializované paliativní péče

MSPP je indikována u pacientů, kteří si přejí prožít závěr života ve vlastním sociálním prostředí a zároveň míra jejich symptomové zátěže, klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče neumožňují registrujícímu lékaři s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí 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. MSPP indikuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína.

Nemocný nebo jeho blízcí se mohou s žádostí o přijetí do MSPP obrátit přímo na poskytovatele MSPP. Pokud nemocný splní níže uvedená klinická indikační kritéria a bude přijat do MSPP, poskytovatel MSPP jeho přijetí registrujícímu lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie i relevantním ambulantním specialistům oznámí.

Z klinického hlediska je MSPP určena nemocným, jejichž zdravotní stav již nedovoluje ambulantní kontroly a jejichž symptomová zátěž je natolik komplexní či natolik obtížně řešitelná, že vyžaduje nepřetržitou dostupnost návštěvních služeb lékaře – specialisty a zpravidla i akutní skokové navýšování ošetřovatelské péče bez ohledu na denní dobu.

Podmínkou pro zařazení pacienta do MSPP je informovaný souhlas pacienta a jeho rodiny s poskytováním, podmínkami a cíli MSPP. Doporučuje se písemná forma tohoto informovaného souhlasu.

#### **Indikace pacienta pro MSPP je doporučena zejména na základě:**

- PPS (Palliative Performance Scale) – umožňuje klasifikovat pacienty podle míry funkčního omezení, způsobeného nemocí. Zařazení do MSPP je vhodné pro pacienty s PPS 40 a méně. Jde o pacienty, kteří již nejsou schopni docházet na ambulantní kontroly.
- U pediatrických pacientů se analogicky využije Paediatric Palliative Screening Scale.

- ESAS (Edmonton System Assessment Scale) – spolehlivý a mezinárodně používaný nástroj k hodnocení 9 symptomů, které nejčastěji postihují nevyléčitelně nemocné a umírající pacienty.
- MSSE (Mini Suffering State Examination) – nástroj k hodnocení utrpení u pacientů, kteří nejsou schopni verbalizovat své obtíže.
- Nestabilní pacient – pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS  $\leq$  40 %), který je léčen nejvýše pro 2 symptomy (dle ESAS nebo MSSE) vyžadujícími pravidelnou farmakoterapii.
- Nestabilní pacient se závažnými symptomy – pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu (PPS  $\leq$  40 %), který je léčen pro 3 a více závažných symptomů (dle ESAS nebo MSSE) vyžadující pravidelnou farmakoterapii a vzhledem ke kolísavé intenzitě symptomů časté (více než 1x denně) také záchranné dávky medikace.
- Pro dětské pacienty lze využít například Paediatric Palliative Scoring Scale (PaPaSScale)
- Doplnkovými nástroji pro klinickou rozvahu o zařazení do péče a její plánování jsou zejména:
  - PaP (Palliative Prognostic Score)
  - D – PaP (Dementia Palliative Prognostic Score)
  - PPI (Prognostic Palliative Index)

U specifických diagnóz mohou být využita další kritéria podle doporučených postupů v daném oboru. Hodnocení probíhá 1x denně a musí být součástí zdravotnické dokumentace.

## 4. Požadavky na poskytovatele MSPP

### 4.1. Poskytovatelem mobilní specializované paliativní péče může být fyzická nebo právnická osoba, která<sup>3</sup>:

- a. splňuje požadavky na věcné a technické vybavení v souladu s vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění vyhlášky č. 284/2017 Sb. – zdravotní péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí, požadavkem je tedy kontaktní pracoviště paliativní péče (nikoliv ambulance),
- b. je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti podle zákona č. 372/2011 Sb.,
- c. je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta podle zákona č. 372/2011 Sb. v oboru všeobecná sestra a
- d. pracuje v režimu nepřetržitě dostupné péče 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu,
- e. splňuje minimální personální požadavky podle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, a personální požadavky podle této metodiky.

### 4.2. Požadavky na personální zabezpečení MSPP<sup>4</sup>

- a. lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína 0,2 úvazku
- b. lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nastavbový obor paliativní medicína 1,0 úvazek
- c. všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu 5,0 úvazků (z toho musí být zajištěna alespoň jedna dětská sestra, pokud bude poskytována domácí péče dětem do 3 let)

<sup>3</sup> Uvedené podmínky musí být splněny kumulativně.

<sup>4</sup> Uvedené podmínky musí být splněny kumulativně.

## 5. Výběrové řízení

Výběrové řízení podle části deváté zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“):

### 5.1. Poskytovatelé zdravotních služeb pro nasmlouvání zdravotních výkonů odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu musí doložit kladné stanovisko

- a. z výběrového řízení na poskytování paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra nebo
- b. ze dvou výběrových řízení, jedno na poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru všeobecná sestra a druhé na poskytování ambulantní péče v oboru paliativní medicína.

### 5.2. Při konání výběrového řízení na rozsah hrazených služeb „paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra“ je podle § 48 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. členem komise zástupce České lékařské komory.

### 5.3. Při konání výběrového řízení na rozsah hrazených služeb „paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra“ podle § 48 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb. je členem komise zástupce České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.

## 6. Úhrada MSPP z veřejného zdravotního pojištění

MSPP je podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vykazována prostřednictvím dvou výkonů:

- Výkon č. 80090 – Agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient
- výkon č. 80091 – Agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy

Způsob a výši úhrady MSPP sjednává smluvní poskytovatel MSPP a zdravotní pojišťovna v dodatku ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb. V případě nedohody o způsobu a výši úhrady mezi smluvním poskytovatelem MSPP a zdravotní pojišťovnou se úhrada MSPP řídí právním předpisem stanovujícím hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení na příslušný kalendářní rok<sup>5</sup>.

*Ministr zdravotnictví:  
JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA*

<sup>5</sup> § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

## **Paliativní péče v hlavním městě Praha / Analýza**

Analýza vznikla na základě smlouvy o dílo č. DIL/04/01/007298/2018.

**Objednatel: Hlavní město Praha**

**Zhotovitel: Centrum paliativní péče, z.ú.v roce 2018.**

Autoři: Martin Loučka, Kristýna Poláková

Grafická úprava: Hedvika Člupná

[paliativnicentrum.cz](http://paliativnicentrum.cz)



CENTRUM  
PALIATIVNÍ  
PÉČE





Centrum paliativní péče, z. ú.  
2018  
**paliativnicentrum.cz**

