

zdravotními službami. Tato péče zahrnuje nejen léčbu symptomů a ošetrovatelskou péči, ale také psychologickou, sociální a duchovní podporu. A to nejen nemocnému, ale také jeho blízkým.

- **Jsou v terminálním stadiu své nemoci,** je nepravděpodobné, že by se jejich stav výrazně zlepšil, a spíše se očekává, že onemocnění povede ke smrti v blízké době (metodický pokyn hovoří o době 6 měsíců).
- **Preferují být ošetřováni doma nebo v prostředí, které znají,** tedy mimo lůžkové zdravotnické zařízení, pokud je to možné a bezpečné.

Je to péče jen pro onkologické pacienty

Ač onkologičtí pacienti, vzhledem k poměrně dobře predikovatelné prognóze, tvoří nejvýznamnější část pacientů mobilních hospiců, starají se tito poskytovatelé i o pacienty s kardiovaskulárními chorobami, např. pokročilým srdečním selháním; neurologickými onemocněními, jako je například roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, Parkinsonova nemoc v pokročilém stadiu nebo demence; respiračními onemocněními, jako je chronická obstrukční plicní nemoc ve velmi pokročilém stadiu, a dalšími pokročilými onemocněními.

MSPP může být poskytována jen 30 dní

V první Úhradové vyhlášce byla úhrada zdravotní péče v odbornosti 926 omezena na 30 dní. To se podařilo změnit na úhradu podle vzorce, který nyní říká, že zdravotní pojišťovny uhradí poskytovateli maximální částku stanovenou jako součin 30 dní, počtu unikátních pojištěnců ošetřených v kalendářním roce

a ceny agregovaného výkonu. Vzhledem k tomu, že průměrná doba péče poskytovatelů v odbornosti 926 se pohybuje okolo 20 dní. Dalo by se říci, že péče je hrazena tak, jak ji pacienti potřebují. Problém tento vzorec dělá u malého počtu pojištěnců u některé ze svažných pojišťoven, ale zde se většinou daří dojednat výjimky v úhradě.

Není možný souběh péče mobilního hospice a zdravotní sestry v zařízeních sociálních služeb

Pokud je terminálně nemocný zároveň uživatelem pobytové sociální služby, je jeho přirozeným sociálním prostředím právě zařízení sociálních služeb. Tato zařízení většinou mají své zdravotní sestry, které mohou dále poskytovat běžnou ošetrovatelskou péči či podat záchrannou medikaci při průlomové bolesti dle ordinace lékaře MSPP. Vzhledem k tomu, že v agregovaném výkonu má poskytovatel uhrazenou veškerou poskytovanou zdravotní péči, počítá s tím, že mu péče sester poskytovatele sociálních služeb může být dána k úhradě. Někteří poskytovatelé uzavírají také smlouvy s domovy pro seniory a péči jejich sester jim hradí napřímo.

Možný vývoj MSPP

Na začátku roku 2025 máme v České republice okolo padesáti poskytovatelů specializované paliativní péče v odbornosti 926. Vedle nich fungují tzv. domácí hospice – menší organizace bez smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou, také pomáhají lidem v závěru života v domácím prostředí. Často zaměstnávají pouze zdravotní sestry a spolupracují s lékaři specialisty anebo praktiky v regionu. Smlouvu obvykle nemají buď z důvodu nedostatečné

personální kapacity, nebo principiálně nechtějí být součástí systému. Vzhledem k těmto okolnostem je snaha o standardizaci MSPP a nalezení minimálních nepodkročitelných kritérií pro kvalitní službu.

V průběhu posledních sedmi let některé mobilní hospice velmi zefektivnily svůj systém práce, aniž by slevily z kvality služeb. Mnozí poskytovatelé MSPP poskytují také ambulantní paliativní péči, a to jak ve svých ordinacích, tak návštěvní službou. Mohou se tak o pacienty starat dříve, než nastane potřeba komplexní, nepřetržité a velmi intenzivní péče. I pro pacienty v ambulanci jsou za určitých časových podmínek k dispozici také ostatní členové multidisciplinárního týmu. Úhrady výkonů ambulance paliativní medicíny jsou nedostačující a zdaleka nepokrývají skutečné náklady na tento druh péče. Potřebou je tedy dosažení spravedlivějšího ohodnocení práce jak lékařů, tak dalších profesionálů v paliativních ambulancích.

Stále častěji jsou do péče MSPP referováni pacienti s výraznou symptomovou zátěží a vysokou potřebou ošetrovatelské péče, ale těžce predikovatelnou předpokládanou dobou života. Jedná se typicky o pacienty s kardiálním selháváním nebo ALS. Mezi poskytovateli panuje nejistota ohledně překročení průměrné doby péče, a proto častěji přijímají tyto pacienty pouze do ambulantního režimu s podporou sester Domácí zdravotní péče. Nastavit systém úhrady péče o pacienty s delší časovou prognózou by mohlo přinést vyšší kvalitu života i těmto pacientům.

Celému systému zdravotních služeb by mohla pomoci také konziliární služba lékařů paliatrů tam, kde je tento typ péče v lůžkových zdravotnických nebo pobytových sociálních zařízeních místně nedostupný.

LITERATURA

1. <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=poslednich-30-dni-zivota--pilotni-projekt-mobilni-specializovane-paliativni-pece>.
2. Věstník MZ ČR 13/2017, str. 23, dostupný na <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>.

S NÁMI SE NEZTRATÍTE

Časopis je indexován v databázích EBSCO a Scopus

Využíváme systém **CrossRef**. S články můžete snadno pracovat díky jednoznačnému identifikátoru **DOI**.

