

Záměr komplexní paliativní péče v Kraji Vysočina

Úvod

Paliativní péče patří mezi nejvýznamnější společenské procesy v začátku 21. století. Zásadní společenské změny, rozvoj informačních technologií a prudký rozvoj možností moderní medicíny, společně s prodloužením lidského života o 7 let v posledních 20 letech. To jsou důvody, proč musíme hledat novou formu, jak zjišťovat, popsat, zabezpečit či zmírnit obtíže i potřeby závažně dlouhodobě nevléčitelně nemocných i umírajících pacientů.

Paliativní péče zásadním způsobem podporuje rovnováhu zdravotní a sociální péče i ve vyspělých západních zemích. Jde moderní a celosvětově se velmi rychle rozvíjející typ péče, která přináší účinnou pomoc nevléčitelně nemocným, umírajícím a jejich rodinám. Jedná se o péči poskytovanou nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování důstojnosti pacienta a podpora jeho blízkých.

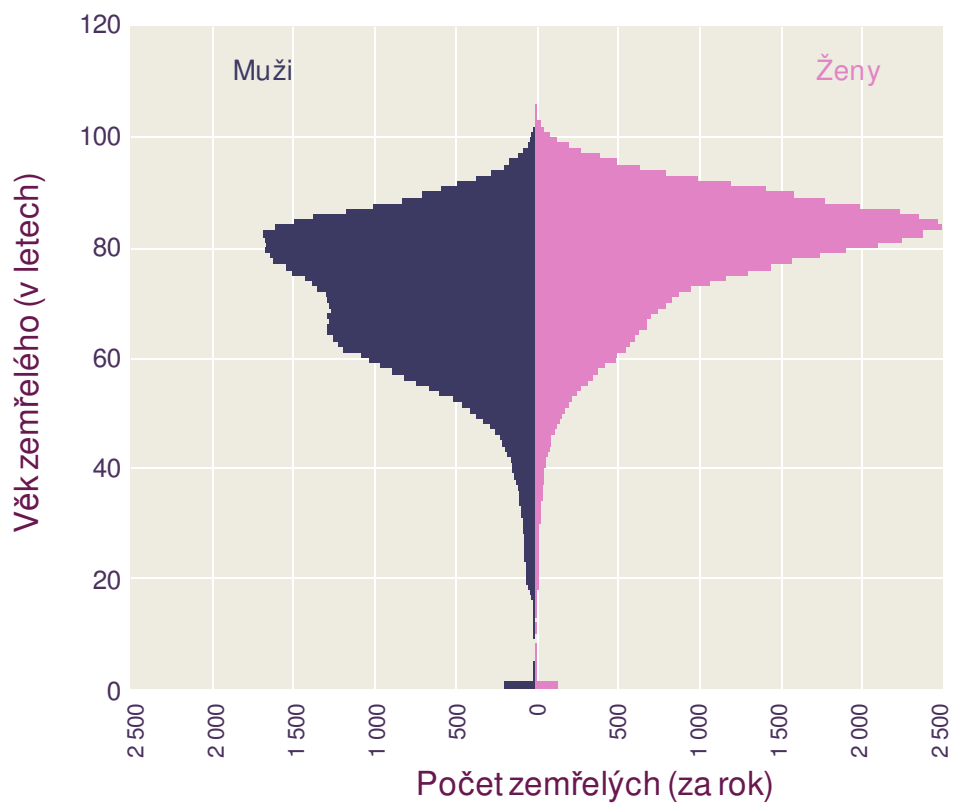
Česká Republika v rozvoji paliativní péče výrazně zaostává i za některými ekonomicky méně vyspělými, nejen evropskými zeměmi.

Z různých průzkumů názorů veřejnosti vyplývá, že by si většina lidí přála prožít závěr svého života doma (ve svém „vlastním sociálním prostředí“). Sociální a klinická realita je ovšem jiná. V domácím prostředí v ČR nastává pouze kolem 20 % všech úmrtí. Většina lidí umírá v lůžkových zařízeních akutní a následné zdravotní péče.

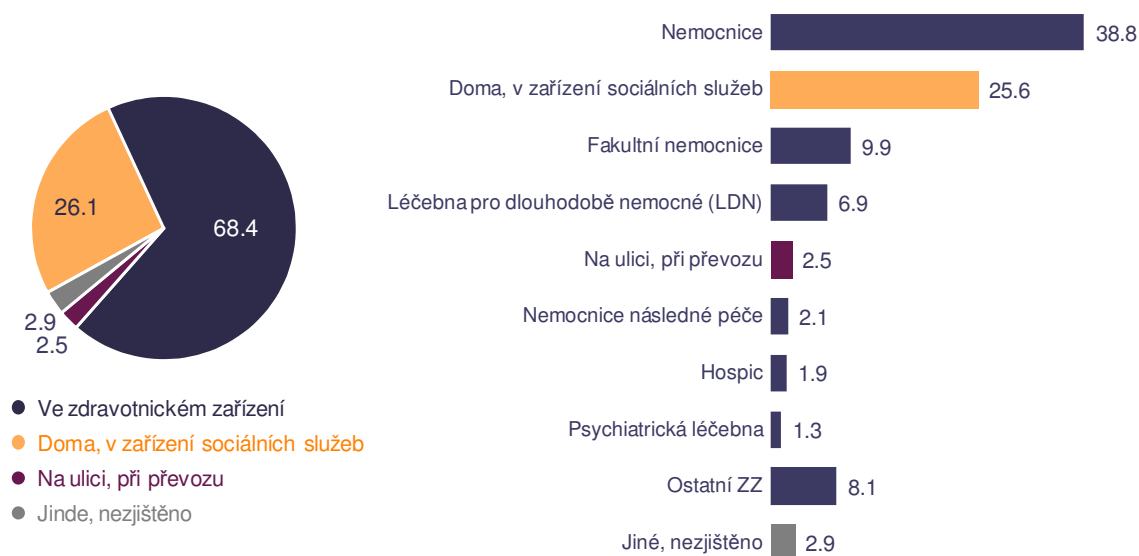
Dle kvalifikovaných odhadů^[1] lze předpokládat, že ve vyspělých zemích **více než 60 % umírajících** vyžaduje nějakou formu paliativní péče. Nejedná se jen o onkologické pacienty, ale také o pacienty s chronickými kardiovaskulárními problémy, pacienty s těžkou CHOPN či diabetem nebo o pacienty stížené neurodegenerativními poruchami. V **České republice ročně** zemře více než **100 tisíc osob** (z toho více než dvě třetiny jsou lidé starší 70 let – viz graf 1).

[1] Murtagh F. et al. (2014): *How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates*, Palliative Medicine Vol 28 2014

Graf 1



Zdroj: ÚZIS, LPZ 2004-2013, N=1.1 mil.



Zdroj: ÚZIS, LPZ 2007-2013; NRHOSP=748 tis.

Péče o klinicky nestabilního pacienta v závěru života vyžaduje dobře koordinovanou, multiprofesní péči, jejíž některé složky jsou pacientovi dostupné nepřetržitě a ostatní mohou být v rozumném časovém intervalu aktivizovány.

Vzhledem k vývoji a změně věkové struktury populace a reálném stavu této péče, je potřeba koncepčního rozvoje paliativní péče.

Dnes již víme, že paliativní péče

- má pozitivní efekt na kvalitu života pacientů i jejich rodin
- má pozitivní efekt na kontrolu symptomů u terminálních pacientů
- u některých diagnostických skupin může i prodloužit délku dožití
- má úsporný efekt na nákladnost péče v závěru života
- umožňuje pacientům dožít svůj život tam, kde chtějí

Zdroj: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Historie

Kraj Vysočina se rozvojem systému paliativní péče zabývá více jak 10 let. Samozřejmě v návaznosti na rozvoj odborných postupů a ukotvení paliativní péče v systému financování a organizace zdravotní a posléze i sociální péče. Prvním projektem se snahou koordinovat zdravotní a sociální péči u nevyléčitelně nemocných v kraji byl koncept rodinného pokoje v Léčebně dlouhodobě nemocných, resp. akutní nemocnici, který koncipovalo Hospicové hnutí Vysočina a skupina odborníků při Subkatedře paliativní medicíny IPVZ Praha (Mgr. Hrouda, MUDr. Kalvach, MUDr. Sláma, MUDr. Kabelka) v roce 2007.

Projekt se nepodařilo dovést do fáze dlouhodobé realizace a hlavním důvodem se ukázala nepřipravenost zdravotníků přijmout komplexní model péče, obtíže ve spolupráci více subjektů v péči a v neposlední řadě nevýhodnost modelu péče, který je v síti samostatný a nemá návaznost na primární, ambulantní či akutní zdravotní péči, stejně jako na jiné typy péče sociální.

Stávající stav

Kraj Vysočina nyní disponuje stanicí paliativní péče v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci. Souběžně v různých částech kraje pracuje samostatně několik jednotek „domácí hospicové péče“, většinou nabízejících sociální podpůrné služby, někdy doplněné modelem agentury sesterské (zdravotní) domácí péče.

Tento stav bohužel nezajišťuje ani 10% specializované paliativní péče v kraji a zároveň nenabízí prostor pro další rozvoj:

- Chybí zajištění komplexní zdravotní péče včetně dostupnosti kvalifikovaného lékaře 24/7
- V kraji chybí podpora pro rozvoj vzdělanosti v dovednostech paliativní péče (symptomová diagnostika a léčba, komunikačně - psychologické dovednosti, podpora rodin a osobní spirituality v nemoci)
- Absencí vzdělanosti ani současná funkční síť zdravotní a sociální péče není schopna nastavit a udržet plán péče o nevléčitelně nemocné.

Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovatel sociálních služeb	Pokrývané území			
Oblastní charita Jihlava	Jihlava	Telč		
Oblastní charita Havlíčkův Brod	Havlíčkův Brod	Chotěboř	Světlá nad Sázavou	Humpolec
Oblastní charita Pelhřimov	Pelhřimov	Pacov		
Oblastní charita Třebíč	Třebíč	Moravské Budějovice	Náměšť nad Oslavou	
Oblastní charita Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	Bystřice nad Pernštejnem	Nové Město na Moravě	Velké Meziříčí
Domácí hospic Vysočina, o.p.s. - středisko Jihlava	Jihlava + do 25 km od Jihlavy	Telč		
Domácí hospic Vysočina, o.p.s. - středisko Nové Město na Moravě	Žďár nad Sázavou	Nové Město na Moravě	Bystřice nad Pernštejnem	Velké Meziříčí
Sdílení Telč, o.p.s.	Telč + do 20 km od Telče			

Domácí hospicová péče zaregistrovaná jako odlehčovací služba je poskytována za symbolickou úhradu, která nepokrývá náklady péče, ale přispívá na jejich krytí a ovlivňuje poptávku. Všichni poskytovatelé, kromě Oblastní charity Pelhřimov, Domácího hospice Vysočina, o. p. s. a sdílení Telč, o. p. s., mají se zdravotními pojišťovnami uzavřenou smlouvu o úhradě domácí ošetrovatelské péče a náklady na ni jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Oblastní charita Pelhřimov zajišťuje zdravotní ošetrovatelské úkony související s hospicovou péčí spoluprací se smluvním partnerem zdravotní pojišťovny. Zdravotničtí pracovníci jsou částí svého fondu pracovní doby zapojeni v kapacitě určené pro poskytování hospicové péče. V současnosti poskytovatelé toto řešení pociťují jako ekonomickou nutnost, ale pociťují to zároveň jako faktor, který snižuje kvalitu péče. Zdravotník, který působí v hospicové péči, je v tomto modelu časově limitován nutností přejít k dalšímu pacientovi domácí ošetrovatelské péče. Proto nemůže své působení v hospicové péči přizpůsobovat cílům a přáním klienta.

Odlehčovací služba v Domácím hospici Vysočina, o. p. s., je v některých případech doplňována odborným poradenstvím, které zahrnuje i půjčování zdravotnických a kompenzačních pomůcek. Poradenská hospicová péče je poskytována bezplatně a úhrada zdravotnických služeb nebyla dosud nasmlouvána se zdravotními pojišťovnami. I v této formě jsou zajištěny zdravotní úkony indikované lékařem, ale nejsou financované z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotnický personál své působení výrazně přizpůsobuje potřebám hospicové péče. Tento systém vede k vyšším nárokům na financování ze státního a krajského rozpočtu.

Sdílení Telč, o. p. s., má zaregistrovanou odlehčovací službu a odborné poradenství. Stejně jako u Domácího hospice Vysočina, o. p. s., úhrada zdravotnických služeb nebyla dosud nasmlouvána s pojišťovnami.

Poskytovatelé zdravotních služeb

Aktuální stav paliativní péče v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina:

Nemocnice	Počet lůžek	Poznámka	Spolupracující poskytovatel sociálních služeb
Jihlava	15 lůžek	Smlouva s pojišťovnou na 10 lůžek	
Havlíčkův Brod	0		
Pelhřimov	1 lůžko	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Oblastní charita Pelhřimov
Třebíč	0		
Nové Město na Moravě	2 lůžka	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Domácí hospic Vysočina, o.p.s.

Nemocnice Jihlava má v současné době 15 paliativních lůžek.

Nemocnice Havlíčkův Brod nedisponuje paliativními lůžky, ODN přebírá pacienty převážně z interního, chirurgického, neurologického a ortopedického oddělení, dále onemocnění onkologická, urologická, plicní, nefrologická, dermatologická, gynekologická, stavy převážně subakutního či chronického charakteru. Přibližně u 5 % pacientů jde o symptomatickou péči o umírajícího nemocného.

Nemocnice Pelhřimov je paliativní péče prováděna podle potřeby ve stávajících prostorách ODN.

Nemocnice Třebíč disponuje 104 lůžky dlouhodobé péče a 5 lůžky dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Paliativní péče je prováděna operativně v rámci výše zmiňovaného počtu lůžek a nemocnice je zapojena do pilotního projektu mobilní specializované paliativní péče.

V Nemocnici Nové Město na Moravě je paliativní péče zajišťována ambulancí bolesti přímo v terénu ve spolupráci s Hospicovým hnutím Vysočina a Oblastní charitou Žďár nad Sázavou. ODN spolupracuje s Hospicovým hnutím Vysočina, dvě lůžka ODN jsou určena pro pacienty nevléčitelně nemocné.

Největší slabinou u poskytované paliativní péče v nemocnicích je absence stálých specializovaných týmů. Výjimku tvoří Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, se specializovaným oddělením paliativní péče.

V roce 2015 vznikl Spolek pro lůžkový hospic Mezi stromy, z. s., který usiluje o vybudování hospice pro Vysočinu. Jeho deklarovaným cílem je připravit podmínky pro zřízení a provozování lůžkového hospice na Vysočině, který by spolupracoval s domácími hospici, které v Kraji Vysočina již působí a s dalšími zdravotnickými zařízeními v kraji. O záměru jsme získali údaje uvedené v příloze č. 3.

Program regionální sítě paliativní péče v Kraji Vysočina

Základním principem je široká dostupnost, kvalita a komplexnost nabízených služeb. Základními nástroji je vzdělávání lékařů v oboru Paliativní medicína, využití aktuální sítě služeb, lůžková paliativní péče a pilotní program „Mobilní specializované paliativní péče v regionu Třebíč“.

Koncepce paliativní péče

Kraj Vysočina chce vytvořit systém dostupné regionální sítě paliativní péče na celém území kraje, a to primárně založené na domácí formě péče, doplněné formou lůžkové péče. Rozsah navrhovaného systému je nutné modelovat s ohledem na poptávku po této službě a v rámci existujících disponibilních finančních možností rozpočtu kraje.

Stávající stav neumožňuje kvalitní nastavení komplexní paliativní péče kdekoliv v systému a stejně tak není možný plynulý přechod mezi jednotlivými prvky systému.

Koncepce má za cíl tento stav proměnit: *„Kliente - paciente: Potřebuješ-li a přijímáš-li péči o své potřeby tváří v tvář nevléčitelné chorobě, pak si rámci kraje můžeš vybrat, kde a jakým způsobem ti péče bude poskytnuta. Kdekoliv ti bude poskytnuta, bude mít stejnou kvalitu.“*

Hlavní cíl koncepce:

Kvalitní nastavení regionální sítě paliativní péče v kraji, která pokryje veškeré potřeby v kraji.

5. 1. 1. Specifické cíle koncepce:

- mobilní specializovaná paliativní péče,
- 15 lůžkové oddělení paliativní péče ve východní části kraje,
- Nemocniční konziliární týmy paliativní péče,
- Jednotná databáze propojující zdravotní a sociální služby (potřeby a nabídku).

Aktiviny koncepce- základní pilíře regionální sítě:

1) Mobilní specializované týmy paliativní péče a ambulance Paliativní medicíny s dostupností k rámci okresu

Mobilní specializované týmy paliativní péče, které budou poskytovat specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv multidisciplinárního týmu ve složení (domácí prostředí je nejvíce přirozené a většinou nejméně stresující):

- lékař specialista (paliativní medicína a léčba bolesti a další specializovaní lékaři, zejména VPL),
 - zdravotní sestra,
 - fyzioterapeut,
 - psycholog,
 - sociální pracovník,
 - kaplan.
- zdravotní péče musí být garantována v rozsahu 24/7

2) Léčebny dlouhodobě nemocných – lůžkové zázemí následné a dlouhodobé péče

Otevření dalšího samostatného paliativního oddělení cca 15 lůžkového (do celkového počtu 2 na Kraj Vysočina), a to v Nemocnici Nové Město na Moravě nebo Třebíč k zajištění východní části kraje v oblasti paliativní péče.

Kraj Vysočina je místně rozsáhlý a některé jeho části jsou hůře dostupné. Historicky se každá část kraje vyvíjela samostatně. Střední část kraje je zajištěna oddělením paliativní péče v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci. Zůstává nezajištěnou oblastí východní část kraje. S ohledem na velmi dobré podmínky v rámci léčebny dlouhodobě nemocných v Třebíči se nabízí varianta vytvoření lůžkového zázemí specializované paliativní péče

v třebíčské nemocnici. Projekt podporuje i rozvíjející se spolupráci Nemocnice Třebíč, příspěvkové organizace, a Mobilního hospice sv. Zdislavy v rámci pilotního ověření Mobilní specializované paliativní péče.

K realizaci je třeba dostatečného počtu kvalifikovaných zdravotnických profesionálů, klíčové je tedy vzdělávání a vytvoření vhodných prostorových podmínek.

3) Nemocniční péče

Konziliární týmy paliativní péče v rámci lůžkového poskytovatele zdravotních služeb

Akutní nemocnice jsou místem, kde probíhá více než 50% veškeré péče s potřebou specializovaných úkonů paliativní péče, včetně konceptu předem vyslovených přání, nastavování plánu péče, klíčových rozhodování. Zajištění kvalifikovaného posuzování nevléčitelně pokročile nemocných v akutní nemocnici má zásadní klinický, etický i ekonomický vliv na celkovou paliativní péči v regionu. Zvláště, je-li nemocnice jediným lůžkovým poskytovatelem zdravotní péče v regionu.

Snahou je vytvoření fungujících mezioborových konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina a nastavení paliativní péče v rámci nemocnice i pro pacienty, kteří z různých důvodů nemohou zůstat v domácím prostředí. Cílem bude hospitalizovaného pacienta indikovat pro paliativní léčbu, ovlivnit kvalitu paliativní péče a přispívat také k edukaci personálu na ostatních odděleních, případně podpořit tým poskytovatele mobilní specializované paliativní péče. Složení konziliárního týmu:

- lékaři se specializací (paliativní medicína a léčba bolesti, geriatric, ARO, vnitřní lékařství, onkologie, atd.),
- klinický psycholog,
- klinický farmaceut,
- ergoterapeut,
- sociální pracovník,
- nemocniční kaplan.

Součástí práce týmu je i získání přehledu o pacientech k propuštění do domácího prostředí, kteří vyžadují paliativní péči – předání do péče mobilnímu specializovanému paliativnímu týmu.

4) Lůžkový hospic

Výstavba lůžkového hospice je krokem k dalšímu rozvoji paliativní péče. K diskusi o nejlepší řešení zajištění péče – lůžkový hospic, stanice paliativní péče v nemocnici nebo mobilní hospic, musí být vzato v úvahu, že všechny tyto prvky mají své místo v systému péče, protože každý má jinou působnost (v jiné fázi choroby, často u jiné cílové skupiny, ať ze sociálního, tak zdravotního hlediska). Lůžkové zajištění paliativní péče lze také dosáhnout v již existujících kapacitách zdravotního systému v případě, že jsou stavebně, personálně, vzdělanostně a v neposlední řadě ekonomicky dostatečně saturovány.

5) Informační podpora – vznik brožury k paliativní péči v kraji určené pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, poskytovatele zdravotních a sociálních služeb. Informace budou dále zveřejňovány prostřednictvím systémů elektronické komunikace. Součástí je i participace praktických lékařů a nemocnic pro zvýšení informovanosti. Odbor zdravotnictví a odbor sociálních věcí uhradí brožuru se základními informacemi o službě.

6) Propojení databází z oblasti zdravotnictví a sociálních věcí či předávání informací o zdravotním stavu pacienta v elektronické podobě mezi poskytovateli zdravotních služeb (např. prostřednictvím eMeDocS), včetně sledování pohybu pacienta v systému.

7) Vzdělávání personálu v sociálních a zdravotních službách a edukace rodiny ve vztahu k paliativnímu přístupu k pacientům:

- vzdělávání v oblasti paliativní péče pro nižší personál (sestry, sanitáři),
- vzdělávání by se mohlo využít i pro pracovníky domácí hospicové péče; finanční podpora vzdělávání bude navržena do rozpočtu na rok 2016, možnost poskytnout i prostory pro vzdělávání ze strany kraje,
- vzdělávání v rámci atestace České společnosti pro paliativní medicínu ČLS JEP v oboru paliativní medicína.

Kroky k naplnění návrhu sítě regionální paliativní péče v Kraji Vysočina

a) role nemocnic a léčeben dlouhodobě nemocných

Nemocnice podpoří regionální mobilní specializované týmy paliativní péče – lékaři a sestry ze svého portfolia. Pilotní projekt spolupráce Nemocnice Třebíč, příspěvkové organizace, a Mobilního hospice sv. Zdislavy – nemocnice umožní svým zaměstnancům zapojit se do poskytování zdravotních služeb Oblastní charity Třebíč v rozsahu až dvou pracovních dnů týdně v době od 7.00 do 15.30 hodin a celkovém úvazku 0,4 na základě společného memoranda po dobu 1 roku, a to z důvodu propojení a stabilizace sítě. Dále nemocnice umožní minimálně 4 lékařům – zaměstnancům absolvovat specializační kurzy v oboru

Paliativní medicína a podpoří vznik multidisciplinárního týmu. Nemocnice kraje vytvoří lůžkový fond k zajištění specializované paliativní péče v případě, že rodina či pacient nebudou schopni přijmout domácí paliativní péči, resp. tuto nebude možno zajistit v domácím prostředí. Nemocnice kraje vytvoří většinou v rámci svých oddělení pro dlouhodobě nemocné základní lůžkový fond v počtu cca 2 – 4 lůžka na pokrytí náhlých situací při selhání multidisciplinárního týmu paliativní péče v rámci péče rodiny, či zařízení sociální péče

b) role všeobecných praktických lékařů

Všeobecní praktičtí lékaři budou poskytovat obecnou paliativní péči ve spolupráci se specialisty v oboru Paliativní medicíny (v plánu 1 ambulance paliativní medicíny na 1 okres v rámci kraje; celkem 5 v Kraji Vysočina). Všeobecní praktičtí lékaři významně ovlivní geriatrickou paliativní péči v rámci domovů pro seniory a v domácím prostředí. V rámci domovů pro seniory bude konziliárně využívána podpora specialisty v oboru Paliativní medicína. V případě zájmu a s doplněním vzdělání je možné zapojení všeobecných praktických lékařů do modelu mobilního specializovaného týmu paliativní péče.

c) role domovů pro seniory

Ve spolupráci se všeobecnými praktickými lékaři budou poskytovat obecnou paliativní péči klientům s demencí, geriatrickou deteriorací či dalšími nevyléčitelnými diagnózami. Budou se vzdělávat v paliativním ošetřovatelství.

d) role Kraje Vysočina

Kraj Vysočina schválí strategii sítě regionální paliativní péče a aktivně se zapojí do její tvorby; podpoří vzdělávání lékařů a sester.

e) role České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

ČSPM nabídne regionálně pořádání kompletní série atestačních seminářů v oboru Paliativní medicína tak, aby nejpozději na jaře 2017 bylo k atestaci v oboru připraveno v Kraji Vysočina minimálně 10 lékařů; nabídne odbornou garanci rozvoje regionální sítě paliativní péče v Kraji Vysočina do poloviny roku 2017.

Pilotní projekt Mobilní specializované paliativní péče

- v Kraji Vysočina zapojena Oblastní charita Třebíč spolu s Nemocnicí Třebíč, příspěvkovou organizací.
-

Cílem pilotního projektu je ověření efektivity, bezpečnosti a ekonomické náročnosti modelu specializované paliativní péče v péči o pacienty v konečných fázích nevyléčitelných chorob v domácím prostředí.

Primární cíl: Podíl pacientů, kteří dožijí doma

Hypotéza: Včasné zařazení do pilotního programu umožní $\geq 80\%$ pacientů dožít v domácím prostředí. Tento podíl bude signifikantně vyšší než u klinicky a prognosticky srovnatelné kontrolní skupiny pacientů, kteří budou v péči registrujícího praktického lékaře a poskytovatele domácí ošetrovatelské péče.

Sekundární cíle: a) Podíl pacientů, kteří budou v závěru života přijati do lůžkového zařízení hospicovního typu nebo LDN

Hypotéza: Méně než 20% pacientů léčených v rámci projektu bude v závěru života přijata do lůžkového hospice nebo LDN.

b) Podíl pacientů, u kterých byla aktivována RLP a/nebo byli hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení akutní nebo intenzivní péče

Hypotéza: Včasné zařazení do pilotního programu vede k signifikantnímu snížení objemu čerpané péče akutní ve srovnání s klinicky a prognosticky srovnatelnou kontrolní skupinou pacientů, kteří budou v péči registrujícího praktického lékaře a zařízení domácí ošetrovatelské péče

c) Podíl pacientů, kteří se rozhodli péči v rámci pilotního projektu ukončit

d) Podíl pacientů, kteří byli vyřazeni z pilotního projektu kvůli zlepšení zdravotního stavu (přestali splňovat kritéria pro péči v rámci pilotního projektu)

Hypotéza: K významnému zlepšení zdravotního stavu v průběhu péče v pilotním programu bude docházet signifikantně častěji u pacientů s neonkologickým základním onemocněním než u pacientů s diagnózou nádoru. Souvisí to s výhradně nižší možností klinicky rozpoznat terminální fázi nemoci u neonkologických diagnóz.

e) Intenzita symptomů u pacientů v průběhu projektu

Hypotéza: U většiny ($\geq 50\%$) pacientů léčených v rámci projektu budou závažné symptomy (bolest, dušnost, nevolnost, zvracení) v závěru života zmírněny na intenzitu mírná – středně silná nebo bude dosaženo významného zmírnění diskomfortu.

f) Objem a struktura péče (trvání péče, počet a typ lékařských a ošetrovatelských intervencí, spotřeba léků a zdravotnického materiálu)

Hypotéza 1: U pacientů léčených v rámci projektu bude objem poskytnuté ošetrovatelské péče stejný nebo nižší než u klinicky a prognosticky srovnatelné skupiny pacientů léčených v závěru života praktickým lékařem a domácí ošetrovatelskou péčí.

Hypotéza 2: U pacientů léčených v rámci projektu budou celkové náklady na zdravotní péči v posledních 30 dnech stejné nebo nižší než u klinicky a prognosticky srovnatelné kontrolní skupiny.

Úhrada zdravotní péče ze strany VZP

Zdravotní péče bude v rámci pilotního projektu poskytovatelům projektu hrazena formou platby za ošetřovací den. V závislosti na celkovém stavu pacienta a symptomové náročnosti jsou definovány 2 výkony ošetřovacích dnů:

80900 – pacient nestabilní (výše úhrady 1161 Kč)

80901 – pacient nestabilní se závažnými symptomy (výše úhrady 1452 Kč)

Léky a zdravotnický materiál jsou zahrnuty do paušální platby za ošetřovací den. Náklady na vyžádanou zdravotní péči u jiných poskytovatelů zdravotních služeb v průběhu péče v rámci pilotního projektu jsou účtovány na vrub poskytovatele projektu. VZP hraď zdravotní péči v rámci pilotního projektu maximálně po dobu 30 po sobě jdoucích dnů.

Minimální personální zabezpečení týmu mobilní specializované paliativní péče

- odborný garant: úvazek 0,2 – specializovaná způsobilost v oboru Paliativní medicína nebo Paliativní medicína a léčba bolesti
- lékař mobilního týmu: souhrnný úvazek 1,0 – specializovaná způsobilost v oboru Paliativní medicína nebo v jiném klinickém oboru nebo lékař se splněným základním kmenem a minimálně 4 roky klinické praxe
- lékař – pohotovost mobilního týmu: úvazek 0,2 – 3 lékaři specializované způsobilosti v oboru Paliativní medicína nebo v jiném klinickém oboru nebo lékař se splněným základním kmenem a minimálně 4 roky klinické praxe
- registrovaná sestra – souhrnný úvazek 5,0

Příloha č. 1 k materiálu: Záměr komplexní paliativní péče v Kraji Vysočina

Počet stran: 4

Ekonomické zhodnocení týmu mobilní specializované paliativní péče

Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč a Diecézní charita Brno - Oblastní charita Třebíč ve spolupráci s Nemocnicí Třebíč, příspěvková organizace počítají pro rok 2016 na pilotní projekt Mobilní specializované paliativní péče se zdroji v celkové výši 6 545 000 Kč. Je přitom třeba oddělovat zdroje vztahující se na sociální a zdravotní služby.

Největší část veškerých zdrojů, téměř 60 %, pokryje Kraj Vysočina, kdy dotace na sociální služby dosahují bezmála 1 mil. Kč (966 300 Kč), na zdravotní služby poskytne dotace v celkové výši 2 868 000 Kč. Na sociální služby budou rovněž přijaty dotace od MPSV v celkové výši 740 000 Kč. Ve financování sociálních služeb hrají důležitou roli rovněž příjmy od klientů ve výši 557 200 Kč. Na zdravotní služby budou poskytnuty kromě dotace od Kraje Vysočina prostředky z veřejného zdravotního pojištění ve výši 1 120 000 Kč. **Z celkových zdrojů ve výši 6 545 000 je tedy poskytnuto necelých 2,5 mil. Kč (2 464 000 Kč) na sociální služby a 4 081 000 Kč na zdravotní služby.**

Nejvyšší nákladovou položkou jsou osobní náklady, které tvoří více jak 87 % z celkových provozních nákladů ve výši 6 545 000 Kč (sociální služby celkově 2 464 000 Kč a zdravotní služby 4 081 000 Kč).

Odhadované náklady na celokrajské řešení 5 x 6, 5 mil. Kč se rovná 32,5 mil. Kč, podíl Kraje Vysočina 60 % tzn. 19, 5 mil. Kč.

Osobní náklady (v Kč)

Druh finančních prostředků	Sociální služby	Zdravotní služby	Celkem
Mzdové náklady	1 522 470	2 680 600	4 203 070
z toho:			
hrubé mzdy	1 309 900	1 679 600	2 989 500
DPČ	212 570	1 001 000	1 213 570
Odvody na soc. a zdrav.	524 040	922 500	1 446 540

pojištění				
z toho:	pojistné ke mzdám	445 370	571 000	1 016 370
	pojistné k DPČ	72 270	340 300	412 570
	ostatní pojistné	6 400	11 200	17 600
Ostatní osobní náklady		22 590	44 300	66 890
Osobní náklady celkem		2 069 100	3 647 400	5 716 500

Dalšími významnými položkami jsou náklady na pohonné hmoty v celkové výši 141 200 Kč, rozpočítané na 56 800 Kč na sociální služby a 84 400 Kč na zdravotní služby, dále nájemné 63 800 Kč (58 100 Kč sociální služby a 5 700 Kč zdravotní služby), opravy a udržování 67 200 Kč (41 800 Kč sociální služby, 25 400 zdravotní služby), dále platby za energie ve výši 53 700 Kč (20 400 Kč sociální služby, 33 300 Kč zdravotní služby) a náklady na zdravotní materiál a léčiva v celkové výši 50 000 Kč, kdy celá částka spadá do zdravotních služeb.

Ekonomické zhodnocení oddělení paliativní péče v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci (se zdravotní pojišťovnou nasmlouváno 10 lůžek)

Součet z Zůstatek					
druh	SU	SU txt	AU txt	Celkem	
náklad	501	Spotřeba materiálu		-750 119 Kč	Lůžkodny 2015: 3352
	502	Spotřeba energie		-110 679 Kč	- 7 893 065
	511	Opravy a udržování		-11 871 Kč	Náklady: Kč
	512	Cestovné		-2 215 Kč	- 2 355
	518	Ostatní služby		-332 775 Kč	Náklady na lůžkoden: Kč
	521	Mzdové náklady		-4 300 094 Kč	6 769 511
	524	Zákonné sociální pojištění		-1 461 664 Kč	Výnosy: Kč
	527	Zákonné sociální náklady		-42 415 Kč	2 020
	528	Jiné sociální náklady		-27 676 Kč	Výnos na lůžkoden: Kč
	549	Ostatní náklady z činnosti		0 Kč	- 1 123 554
	551	Odpisy dlouhodobého majetku		-3 840 Kč	HV: Kč
	558	Náklady z drobného dlouhodobého majetku		-2 624 Kč	- 335
	700	Vnitropodnikové náklady		-847 093 Kč	HV na lůžkoden: Kč
				-7 893 065	z toho: 1 376
náklad Celkem				Kč	Výnos na lůžkoden - od zdrav. pojišťoven: Kč
					Výnos na lůžkoden - příspěvek na bezmocnost: Kč
					212
					Výnos na lůžkoden - pacient: Kč
					335
					Vnitřní zdroje nemocnice/1 lůžkoden: Kč
					Fond lůžkodny 2015: 5475

výnos	602	Výnosy z prodeje služeb	6 619 933
			Kč
	649	Ostatní výnosy z činnosti	149 578 Kč
výnos Celkem			6 769 511
			Kč
Celkový součet			-1 123 554
			Kč

Obložnost: 61%

Pomocný výpočet: 72%

Pomocný výpočet: 10,8

Pomocný výpočet: 7 961 042

Závěr:

Při obložnosti 72 % je rozpočet oddělení vyrovnaný.

Tzn. každé jedenácté obsazené lůžko je ziskové.

Ekonomické zhodnocení kamenného hospice

Název služby Poskytovatel Kraj	ID	Kapacita	Obložnost (%)	Úvazky			Výnosy								Náklady					
				Úvazky celkem	Dobrovolníci	Přímá péče	Výnosy celkem	MPSV	Kraj	Obec	VZP	PnP	Úhrady uživatelů	Ostatní	Náklady celkem	Spotřeba materiálu	Energie	Osobní náklady	Služby	Ostatní
Hospic Anežky České OCH Červený Kostelec Královeský kraj	4461551	30		20,41	59	12	25 386 000	4 700 000	1 200 000	1 122 184	11 895 568	2 743 515	3 123 661	601 072	25 386 000	2 883 271	719 912	14 648 301	3 547 459	3 587 240
Hospic sv. Lazara Plzeňský kraj	7598843	12		12,35	15	6	20 383 868	2 140 000	900 000	2 029 777	8 690 605	3 141 479	2 172 824	1 309 183	20 441 465	2 881 388	562 332	14 221 832	2 233 424	542 489
Hospic Dobrého pastýře Tři, o.p.s. Středočeský	6353601	20		58,4	20	44	21 063 860	2 792 000	0	2 795 000	10 425 306	0	3 937 969	1 113 585	21 063 860	2 552 887	878 411	16 191 883	1 067 140	373 539
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa Diecezní charita Brno Jihomoravský kraj	4574664	50		24,75	60	22,55	14 387 732	4 220 000	814 000	0	0	0	8 698 658	655 074	14 400 583	452 433	696 861	8 586 703	3 703 557	961 029
Hospic sv. Štěpána Ústecký kraj	6770385	10		27,61	15	17,51	7 466 765	3 250 000	50 000	386 783	0	0	2 445 417	1 334 565	10 062 545	765 056	240 097	7 269 833	833 771	953 876
Hospic na Sv. Kopečku Olomoucký kraj	9004092	30		57,92	14	44,24	22 956 083	3 428 000	0	1 926 000	12 374 595	1 057 366	2 715 955	1 454 167	22 588 047	3 024 721	861 768	13 804 099	2 721 493	2 175 966
Hospic Frýdek - Místek p.o. Ostravský	1639265	4		11,25	6	4,6	5 264 524	1 909 000	0	1 258 286	0	0	1 268 171	829 067	5 586 675	348 214	353 402	3 194 881	353 581	1 336 597
Hospic v Mostě Ústecký kraj	4743378	10		13,7	10	9,2	7 560 000	2 840 000	100 000	364 000	0	0	1 732 000	2 524 000	7 560 000	790 000	310 000	5 461 000	764 000	235 000
Hospic sv. Jana N. Neumanna Jihočeský kraj	4513203	30		57,09	11	42,25	23 719 000	3 066 000	612 000	0	9 798 000	379 000	5 788 000	4 076 000	21 533 000	2 640 000	827 000	14 504 000	2 405 000	1 157 000
Hospic sv. Lukáše Charita Ostrava Moravskoslezský kraj	5951749	36		49,8	35	29,8	30 965 573	3 316 100	80 000	930 000	12 090 008	138 000	9 341 382	5 070 083	28 994 149	5 255 375	1 168 630	15 607 300	1 032 593	5 930 251
				33,328	24,5	23,215	17915341	3166110	375600	1081203	6527408,2	745936	4122403,7	1896679,6	17761632	2159334,5	661841,3	11348983	1866201,8	1725298,7

EKONOMICKO – PROVOZNÍ ROZVAHA

Předpokládané zahájení provozu listopad 2018

Zpracovali:

Ing. Lukáš Beránek, Ing. Jan Dokulil, PhDr. Ludmila Novotná, Mgr. Jana Pokorná,
grafická úprava: Bc. Eliška Beránková, Dis.

Hospic Mezi stromy, z. s. březen 2016



Obsah

KONTEXT	4
CÍL PROJEKTU	5
ČASOVÝ HARMONOGRAM PROJEKTU.....	6
EKONOMICKÁ ROZVAHA.....	7
PROVOZ HOSPICE	11
PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ	12
POZEMEK PRO HOSPIC (JIHLAVA, POD ROZHLEDNOU 8)	14



Kontext

Před 20 lety vznikl první lůžkový hospic v České republice. Mezi tím byly postaveny hospice téměř v každém kraji ČR.

Dnes **chybí hospic už jenom v Kraji Vysočina a v Karlovarském kraji.**

Obrázek 1: Mapa hospiců v ČR a dosažitelnost jejich služeb v dojezdové vzdálenosti do 50 km



Cíl projektu

Naším cílem je, aby vznikem hospice byly doplněny stávající a stále se rozvíjející služby poskytující hospicovou paliativní péči v rámci Kraje Vysočina.

Z hlediska kvality péče o pacienta v terminálním stádiu a jeho rodinu, je dle našeho názoru na prvním místě jednoznačně domácí hospicová péče. **Druhé místo zaujímá lůžkový hospic.** Následují paliativní lůžka ve zdravotnických zařízeních. Nedílnou součástí komplexní paliativní péče jsou paliativní ambulance.

Obrázek 2: Naše chápání pojetí „komplexní paliativní péče“



Situaci aktuálního zastoupení forem poskytování péče o nevléčitelně nemocné v Kraji Vysočina shrnuje následující tabulka.

Tabulka 1: Zastoupení poskytovaných forem paliativní péče v okresech Kraje Vysočina

Okres	dom. hospicová péče	lůžkový hospic	paliativní lůžka
Havlíčkův Brod	✓	X	X
Jihlava	✓	X	✓
Pelhřimov	✓	X	X
Třebíč	✓	X	X
Žďár nad Sázavou	✓	X	✓



Charakteristika lůžkového hospice

- Hospic je určen pro pacienty, kteří nemohou zůstat v terminální fázi svého onemocnění v domácím prostředí, protože rodina nemůže splnit základní podmínku, aby 24 hodin někdo z rodiny pečoval o nemocného.
- Hospic je určen rodinám, které pečují o svého nemocného v domácím prostředí pro přechodnou hospitalizaci z důvodu:
 1. Stabilizace příznaků onemocnění; zdravotní stav může v domácí péči náhle vyžadovat náročnější zdravotnickou péči, například ošetření bolesti a specifických příznaků pro dané onemocnění. V tuto chvíli má nemocný na Vysočině pouze možnost nemocnice. Hospic přitom může nabídnout přechodnou hospitalizaci a rodina se svým nemocným stále zůstává 24 hodin. V případě, že se nemocný stabilizuje, může se opět vrátit do domácí péče.
 2. Rodina je vyčerpaná pečováním; péči v hospici může rodina využít také v případě, že je z pečování vyčerpaná a potřebuje si odpočinout. Péči tak přebere personál hospice a rodina může s nemocným zůstat 24 hodin a přitom si odpočinout.

Časový harmonogram projektu

Aktivity spolku pro lůžkový hospic pro Vysočinu směřují k **otevření lůžkového hospice k 1. 11. 2018.**

Tabulka 2: Časový harmonogram projektu

Období	realizovaná činnost
2016	příprava projektu, stavební studie
2017	zahájení výstavby hospice
2018	otevření hospice 1. 11. 2018



Ekonomická rozvaha

ZDROJE FINANCOVÁNÍ INVESTIČNÍCH VÝDAJŮ

Celkové náklady pro výstavbu a vybavení hospice předpokládáme ve výši 120 mil Kč. Tato částka vychází ze stavebních propočtů a ze zkušenosti s výstavbou nejnovějšího hospice, otevřeného v lednu 2016 v Liberci.

Na základě zkušeností jiných hospiců v ČR a dosavadních jednání s různými subjekty a institucemi v ČR jsou možné 4 varianty financování investičních výdajů spojených s výstavbou lůžkového hospice na Vysočině.

Tabulka 3: Varianty financování investičních výdajů (v tis. Kč)

	varianta 1	varianta 2	varianta 3	varianta 4
ST. ROZPOČET (MZ ČR)	32 000		75 000	
KRAJ VYSOČINA	75 000	115 000	40 000	
MĚSTA KR. VYSOČINA	8 000			
EU FONDY				115 000
DARY	5 000	5 000	5 000	5 000
CELKEM	120 000	120 000	120 000	120 000

Pozn. červeně jsou označeny předpokládané příspěvky Kraje Vysočina



PŘEDPOKLAD FINANCOVÁNÍ PROVOZNÍCH VÝDAJŮ

Plán příjmů i odhad nákladů je posuzován podle velikostně podobných hospiců v Plzni, Litoměřicích a Prachaticích (viz Tabulka 7). Rozpočty jsou plánované jako **vyrovnané** s tím, že v prvních letech nižší příjmy dorovnají dary. Počínaje rokem 2021 očekáváme rozpočtově **typické hospodaření**, opakující se každoročně.

Tabulka 4: Plánované provozní příjmy a výdaje (v tis. Kč)

PŘÍJMY (v tis. Kč)	rok 2019	rok 2020	rok 2021
Zdravotní pojišťovny	6 000	7 000	9 000
Platby pacientů	1 500	1 800	2 000
Platby doprovodu	50	50	100
Příspěvek na péči	2 000	2 300	2 300
Dary a sbírky	1 500	1 800	1 800
Dotace a příspěvky (kraj, města, ministerstva, EU)	2 500	3 200	5 000
Výnosy z doplňkové činnosti	100	150	200
Ostatní výnosy	50	100	100
Příjmy celkem	13 700	16 400	20 500

VÝDAJE (v tis. Kč)	rok 2019	rok 2020	rok 2021
Mzdové náklady	7 000	8 000	11 000
Odvody z mezd	2 000	2 400	3 600
Spotřeba materiálu	1 800	2 200	2 500
Služby	1 400	1 800	2 100
Spotřeba energií, vytápění	1 000	900	900
Odpisy	50	100	100
Ostatní náklady	1 000	1 000	300
Náklady celkem	14 250	16 400	20 500
ZISK / ZTRÁTA	-550	0	0

Pozn. červeně označeny předpokládané příspěvky od Kraje Vysočina



Tabulka 5: Předpokládaná struktura příjmů

Zdroje příjmů	
50 %	VZP
10 %	platba pacienta (85% příjmu pacienta, částka od cca 180 Kč do 400 Kč/den)
10 %	příspěvek na péči
25 %	dotace (kraj, města, ministerstva, EU)
5 %	Dary

Tabulka 6: Struktura průměrného denního příjmu na 1 lůžko

Průměrné denní příjmy na 1 lůžko	
1 300, 00 Kč	VZP
250, 00 Kč	platba pacienta
250, 00 Kč	příspěvek na péči
300, 00 Kč	dotace (kraj, ministerstva, EU)
2 100, 00 Kč	CELKEM



Tabulka 7: Struktura příjmů vybraných hospiců v ČR (v tis. Kč)

ZAŘÍZENÍ	Hospic Chrudim, z.ú.	Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice	Hospic dobrého pastýře Čerčany	Hospic sv. Lazara v Plzni	Hospic sv. Štěpána Litoměřice	Hospic v Mostě, o.p.s.	Hospic sv. Alžběty v Brně
počet lůžek	27 lůžek	30 lůžek	30 lůžek	28 lůžek	26 lůžek	17 lůžek	20 lůžek
ZDROJE FINANCOVÁNÍ							
1 příjmy od zdravotních pojišťoven	13264	9799	17634	8691	9040	7664	10077
2 platby doprovodu	46	39			49		
platby pacientů	3490	2343			4220		2207
3 příspěvek na péči	4336	2756		3141			3250
4 dary, příspěvky, sbírky	1068	1098	2798	1057	3567	721	3009
5 dotace kraj		612	7845	900		4251	3311
dotace MZ		134					
dotace MPSV		3066		2140	4173		
dotace ÚP	58	25					
dotace měst a obcí		632		1831			
dotace EU		1127					
dotace ostatní					2887		
6 Ostatní příjmy (úroky, výnosy, tržby)	1081	2088	6603	2624	1216	63	2767
Příjmy celkem	23343	23719	34880	20384	25152	12699	24621

Provoz hospice

VÝCHOZÍ POZICE

- Kapacita je stanovena na 25 lůžek + 2 lůžka pro dětské pacienty.
- Předpokládáme, že objekt hospice bude buď v majetku kraje či obce, nebo v majetku spolku. V návaznosti na konkrétním uspořádání majetkoprávních vztahů bude řešeno i odepisování objektu.
- Hospic bude provozovat nestátní nezisková organizace – ústav s garancí kvalifikované specializované paliativní péče.
- Průměrnou obložnost odhadujeme první rok 50 %, druhý rok 60 %, další roky 80 %.

Tabulka 8: Přehled obložnosti vybraných hospiců v ČR

Hospic	rok	počet přijatých	obložnost
HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ V ČERVENÉM KOSTELCI	2010	374	...
	2011	400	...
	2012	453	...
	2013	417	77%
	2014	425	79%
HOSPIC CHRUDIM, Z.Ú.	2010	314	91,9%
	2011	372	97%
	2012	379	...
	2013	367	...
	2014
HOSPIC SV. JANA N. NEUMANNA PRACHATICE	2010	211	82,3%
	2011	217	77,4%
	2012	257	78,9%
	2013	277	71%
	2014	315	73,6%
HOSPIC DOBRÉHO PASTÝŘE ČERČANY	2010	293	77,9%
	2011	283	81%
	2012	262	83%
	2013	270	85%
	2014	244	84%
HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA V LITOMĚŘICÍCH	2010	287	70%
	2011	283	68,5%
	2012	299	73%
	2013	273	...
	2014	274	...



CO OVLIVŇUJE OBLOŽNOST HOSPICE

Nepochybujeme o využití hospice pacienty a jejich rodinami. Již v tuto chvíli plnohodnotně fungují hospice ve většině krajů v ČR a nemyslíme si, že na Vysočině žijí jiní lidé. Zkušenosti domácích hospiců potvrzují mnoho situací, kdy by rodina ráda využila lůžkový hospic, také praktičtí lékaři vidí potřebnost této služby pro mnohé své pacienty.

Využití služeb hospice a jeho obložnost je vždy přímo ovlivněna:

- Kvalitou spolupráce s jednotlivými zdravotnickými zařízeními a dobrou informovaností o tom, co hospic je a komu je určen (mnozí zdravotníci stále plně nerozumí tomu, jakým typem zařízení hospic je).
- Osvětou odborné veřejnosti, stále čelíme problematice tzv. „milosrdné lži“ – nedostatečného podávání informací pacientům ohledně prognózy jejich onemocnění. Podporou odborníků k tomu, aby nemocní dostávali informaci o svém zdravotním stavu citlivě, ale včas a pravdivě. Dobře informovaný pacient může v klidu a plnohodnotně využít služby hospice.
- Osvětou společnosti o existenci a smyslu hospice.
- Medializací a vedením veřejné diskuse k tématu umírání a smrti, aby se lidé přestali méně obávat těchto otázek a mohli se na poslední etapu svého života včas, lépe a kvalitněji připravit.

Personální zabezpečení

V personálním zajištění vycházíme ze stávajících **standardů hospicové paliativní péče APHPP** (Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče). Již v tuto chvíli pracujeme s týmem zdravotníků, kteří se připravují na práci v hospici. Doplnují si vzdělání v oblasti paliativní medicíny a účastní se stáží v hospicích.

Minimální požadavky na personální zabezpečení **lékaři v lůžkovém zařízení specializované paliativní péče:**



- Lékař – 2,0 úvazky (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti s minimálním úvazkem 0,6).
- Další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře 24 hodin denně 7 dnů v týdnu.
- V pracovních dnech mimo osmihodinovou pracovní dobu a dále v sobotu, v neděli a ve svátek je zajištěna nepřetržitá dostupnost lékaře, a to minimálně formou pohotovosti na telefonu, pokud je v případě potřeby zajištěna fyzická přítomnost lékaře na oddělení do 30 minut.

Minimální požadavky na personální zabezpečení v nelékařských profesích

- všeobecná sestra – 10 úvazků,
- ošetřovatel – 12 úvazků,
- sociální pracovník – 1 úvazek,
- psychoterapeut / psycholog - 0,5 úvazku,
- kaplan – podle potřeby (DPP/DPČ).

Další předpokládané profese:

- fyzioterapeut (DPP/DPČ),
- ergoterapeut (DPP/DPČ),
- nutriční terapeut (DPP/DPČ).



Pozemek pro hospic (Jihlava, Pod rozhlednou 8)

Předpokládáme zachování stávající stavby jako technického zázemí hospice s přístavbou lůžkové části.

Obrázek 3: Letecký snímek zamýšleného pozemku pro hospic

