

Poznámky

ke „Strategii paliativní péče kraje Vysočina“

1) Dokument kraje Vysočina

- je nevhodný jako vzorový pro ostatní kraje, neboť je jediným krajem, kde schází lůžkový hospic a nereflektuje tento stěžejní proud hospicové péče – vybudovat v kraji lůžkový hospic se nesnaží
- vychází z dokumentů, jež v ČR nemají právní ani faktickou relevanci (např. EAPC),
- nereflektuje poznatky a zkušenosti APHPP - 20 let poskytování hospicové péče v ČR - hlavního proudu hospicové péče v ČR, existenci a odborné zkušenosti APHPP s péčí o desítky tisíc umírajících, Standardy APHPP
- opírá se o tzv. Standardy ČSPM, které, na rozdíl od Standardů APHPP, nejsou závazné ani v praxi ozkoušené (na rozdíl od Standardů APHPP)
- snaží se implementovat do podmínek v ČR některé zahraniční modely, které vznikly z jiných východisek, jiných socioekonomických podmínek a jiných zkušeností v zemích, kde se nepodařilo plošně etablovat lůžkovou hospicovou péči
- opírá se o formy paliativní péče, které z velké části v ČR vůbec neexistují, nejsou nijak ověřené, není prokázána jejich potřeba
- nebere v úvahu poznatky zahraničních odborníků, kteří považují na základě vlastních zkušeností kompatibilitu hospicové péče s nemocniční za obtížnou až nemožnou (např. Švýcarsko, Nizozemsko)

závěr: materiál kraje VYS je tendenční, kopírující nepřenosné a vytržené z kontextu některé zahraniční zkušenosti vzniklé za jiných podmínek, než jsou v ČR, hledá řešení neosvědčená a nebere v úvahu řešení ověřená, ani 20 let praxe poskytování hospicové péče v ČR

2) Nutnost paliativce v domácí hospicové péči?

V reálné situaci v krajích (mimo velká města, ale i tam) působí nejčastěji jako ošetřující lékaři pacientů v terminální fázi onemocnění v domácí péči jejich praktičtí lékaři, nebo ambulantní specialisté podle druhu onemocnění (např. onkologové, internisté a další). Jimi poskytovaná a předepisovaná paliativní péče je lege artis a

zohledňuje vždy především aktuální zdravotní stav pacienta s potřebou tišení bolesti a eliminaci ostatních příznaků terminální fáze onemocnění, a to za aktivní účasti pečujících členů pacientovy domácnosti a rodiny. **Obor těchto lékařů je určen závazným stanoviskem České lékařské komory č.2/2011, který byl novelizován na zasedání představenstva ČLK 15. 6.2 2017. To vymezuje odbornost vedoucího lékaře hospice, tj. lůžkové formy hospicové péče a lze jej nepochybně interpolovat do domácí hospicové péče - plně postačující pro poskytování plnohodnotné paliativní zdravotní péče o pacienta v terminální či preterminální fázi jeho onemocnění.** Požadavek „Strategie dle ČSPM“ na vedoucího lékaře „mobilního“ hospice s odborností paliativní medicína (L3), který by dozoroval práci ošetřujícího lékaře L2, je nadbytečný ale i nereálný pro nedostatek lékařů-paliativců v praxi (v současné době je jich v ČR cca 90 – 100, avšak téměř všichni pracovně působí na plný či většinový úvazek v lůžkových zařízeních a nemají volnou pracovní kapacitu pro souběžné působení v domácím hospici). Navíc je v rozporu s platnou legislativou – z. č. 48/97 Sb., § 18, písm. c) i stavovským předpisem ČLK č. 16 a návazně závazným stanoviskem vědecké rady ČLK č. 2 pro lékařské obory, které mohou poskytovat plnohodnotnou paliativní péči lege artis bez „dozoru“ specialisty L3 – paliativce.

Tzv. Pilotní program VZP a ČSPM, podle kterého byla sestavena i Strategie paliativní péče kraje Vysočina nezajišťuje plošnou dostupnost paliativní a především hospicové péče ve všech krajích ČR. Parametry Pilotního programu jsou realizovatelné pouze ve velkých městech (cca od 100 000 obyv.), kde jsou k dispozici lékaři – paliativci (a ještě ne ve všech). Hospicová péče je tak nedostupná ve středně velkých městech a na venkově, tj. nedostupná pro většinu obyvatel ČR - dle údajů ČSÚ žije v ČR v Praze a krajských městech pouze 28 % obyvatel, zbývajících 72 % obyvatel ČR žije ve městech menších a na venkově.

V současné době není **legislativně** vůbec možné založit a registrovat tzv. mobilní specializovanou paliativní péči dle požadavku tzv. „pilotního projektu“ a dle vizí Strategie kraje Vysočina, kde by mohl být zaměstnán jak lékař specialista L3 a lékař L2, tak sestra S 2 výhradně pro tento typ péče.

3) Pilotní program VZP a ČSPM (strategie kraje Vysočina):

- a) je nejméně o 1/3 dražší, než výkonový způsob úhrady domácí hospicové péče, jak jej poskytují agentury sdružené v APHPP
- b) je personálně postaven tak, že v případě jeho akceptace se domácí hospicová péče stane nedostupnou pro 2/3 populace v ČR. Důvod - týmy

domácích hospiců mimo velkoměsta nedosáhnou na předimenzované personální požadavky (jak povinnost mít v týmu paliativce L3, kterých je a bude nedostatek, tak nepotřebně vysoký počet sester „kvůli směnnosti“).

- c) zcela nepravdivě uvádí, že domácí hospicová péče poskytovaná podle jiného schematu není „lege artis“; to lze vnímat spíše jako snahu monopolně ovládnout celý úsek této specializované péče.
- d) neumožňuje úhradu této péče pojištěncům jiných zdravotních pojišťoven než VZP, neboť oba tzv. agregované výkony domácí paliativní péče, koncipované jako „ošetřovací den s nepřetržitou 24 hodinovou službou zdravotníků na telefonu“ a od toho se dovíjející nepřiměřeně vysoká výše úhrady, jsou pro tyto pojišťovny nepřijatelné - upřednostňují úhradu klasickým výkonovým způsobem, jak ji navrhuje APHPP.
- e) Svaz zdravotních pojišťoven odmítá návrh úhrady dle Pilotního projektu VZP a ČSPM také pro jeho nedostupnost v terénu, nedostatek lékařů paliativců L3 a neopodstatněnou vysokou finanční náročnost – viz ad 4)