Záznam panelové debaty

1. regionální paliativní konference

11. a 12. 10. 2017, Nová radnice Brno

# účastníci

Mgr. Petr Hladík, 1. náměstek primátora Statutárního města Brna

MUDr. Josef Drbal, ředitel nemocnice Milosrdných bratří

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., lékař ordinace paliativní medicíny, předseda odborné společnosti

Blanka Humpolcová, VZP

Mgr. Karel Kosina, Hospic sv. Alžběty

# moderace

Barbora Antonová

**BA**: V Jihomoravském kraji je velmi dobrá situace pro rozvoj paliativní péče. Zároveň tady došlo k několika drobným událostem, které ztížily komunikaci a možnost hladkého rozvoje. Jedním z nešťastných kroků bylo to, že minulé vedení kraje zaměnilo paliativní péči a domácí hospicovou péči, kdy se prohlásilo, že území JMK je pokryto sítí deseti domácích hospiců. Na základě toho vznikla spousta nedorozumění. Jedním z pozitivních dopadů této konference tedy bude to, že jsme se tady všichni sešli a začneme spolu komunikovat jako partneři.

# Co je z vašeho pohledu, ve vašem oboru, ve vaší oblasti  působení tou největší překážkou v rozvoji paliativní péče?

**PH**: Zvažuju, odkud začít. Jsou věci, které jsou v kompetenci města, jsou věci, které souvisejí s nastavením legislativy – to je například systém úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Když to vezmu od konce, z mého pohledu je příspěvek na tento typ péče nedostatečný. Žádný z hospiců nemůže fungovat bez příspěvků dárců a bez příspěvků JMK a Brna. Každý člověk v dospělém věku je plátcem zdravotního pojištění, případně za něj platí pojištění stát.

Druhá záležitost se týká osob, které se oblasti paliativy věnují. Možná to není tak zajímavý a atraktivní obor jako stát se chirurgem, kardiologem nebo jiným specialistou, lékařem, a týká se to i sester. Musíme posílit povědomí o důležitosti tohoto oboru, zvýšit atestace a kvalifikace v tomto oboru. Co se týká města a kraje, na tomto území je několik zřizovatelů, kromě města a kraje je to i ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo obrany, které má v Brně svou nemocnici, je tady univerzitní nemocnice i soukromí zřizovatelé. Je zásadní, aby byly podporovány paliativní týmy uvnitř nemocnic, abychom se zabývali, jakým způsobem umírají lidé ve stávajících zdravotnických zařízeních.

Velkou výzvou je budoucí restrukturalizace sociální a zdravotní sféry. Musíme si stanovit, pro koho jsou tyto služby určeny. Ještě před dvaceti lety přicházeli do domovů důchodců zdraví lidé, dnes jsme v situaci, že na území Brna nepřijmeme v podstatě nikoho, kdo nemá vyšší stupeň ošetřovatelské péče, včetně demence, Alzheimerovy nemoci a dalších. O přestávce jsme diskutovali o jedné záležitosti – o velkém strachu sociálních pracovníků: zavolat-nezavolat k polymorbidnímu, odcházejícímu klientovi záchrannou službu. Sociální pracovnice samozřejmě není ta, která může rozhodnout o tom, zda člověk opravdu umírá, nebo zda mu ještě může být pomoženo. I příklad z Rakouska nám ukazuje cestu – mít území města pokryté několika paliativními týmy, jejichž součástí bude lékař, který dokáže stanovit, zda je nebo není nutný převoz do nemocnice, ať už u osoby, která je v domácí péče, nebo v nějakém zařízení typu domov pro seniory nebo jiného institucionalizovaného zařízení.

Jedním z výstupů dnešní konference má být to, abychom se společně s JMK udělali koncepci a jasně řekli, co v oblasti paliativní péče je potřeba, kolik nás to bude stát a kdo to zaplatí. Pevně doufám, že tohle dokážeme zpracovat co nejdříve a co nejlépe. Paradoxně nás to nemusí stát žádné obrovské peníze. Město Brno asi 1200 přímých zaměstnanců a další stovky zaměstnanců ve zřizovaných příspěvkových organizacích a dalších několik tisíc ve firmách, které poskytují veřejnou službu, jako je třeba dopravní podnik. Pokud mluvíme o tom, co by úplně změnilo způsob, jakým lidé odcházejí z tohoto světa, například tři čtyři paliativní týmy v počtu zhruba dvaceti lidí, jsou to náklady z mého pohledu neznatelné.

**JD**: Vidím tři hlavní překážky rozvoje paliativní péče: Jsou dva rezorty, rezort zdravotnictví a rezort sociálních věcí, které spolu dlouhodobě špatně komunikují. S tím souvisí legislativa, bohužel ani v tomto parlamentním volebním období se nepodařilo, i když to bylo prakticky nachystané, přijmout zákon o zdravotně-sociálních službách, čili trvá schizofrenie, že občan republiky nemá rovnocenný přístup k indikované péči a ta služba je odlišná jak po stránce náplně služby, tak po stránce financování, podle toho, v jakém zařízení je umístěn – jestli to má cedulku „zdravotní zařízení“, pak je všechno financováno z veřejného zdravotního pojištění, a jestli to má cedulku „sociální zařízení“, je služba diametrálně odlišná, financovaná vícezdrojově. Pokud mohu udělat tu spojku, mohu i za kraj říct: několik let máme v šuplíku pilotní projekt na zdravotně-sociální péči, pomocí kterého jsme chtěli namodelovat tuto oblast jinak, a do ní by potom snáze zapadla i problematika, kterou dnes probíráme.

Pokud by už i lůžkové hospice měly zakomponovánu základní paušální platbu, která by pokryla péči, a nemusely pořád řešit všemožné dotace a další finance. Podle mě je ponižující poskytovat evidentně veřejnou, evidentně dlouhodobou, evidentně potřebnou službu, a u toho přemýšlet, jestli příští rok bude nebo nebude potřeba. Ta potřeba tady bude vždycky. Ale jestli ani manažer, který za službu zodpovídá, nemá perspektivu, jakým způsobem bude následující rok služba financována, není to rozhodně správné. Abych to tedy shrnul: dva rezorty, legislativa, financování.

**OS**: Souhlasím s tím, co bylo řečeno: nepropojenost sociálního a zdravotního oboru, složité spolufinancování služby, která evidentně aspekty zdravotní i sociální má – to je jedna velká překážka. Z této konference mám radost i proto, že se tady částečně pojmenovala druhá překážka, a to je určitá neuchopitelnost paliativního tématu, někteří mají tendenci vnímat, že se to týká pouze onkologických pacientů v posledních týdnech života. Mám radost, že tady v různých souvislostech zaznělo, že se to týká pacientů s různými diagnózami v závěru života – a pak pochopitelně paliativní péče musí mít různé formy: lůžkový hospic, domácí hospic a další organizační formy. Akcent naší konference byl na domácí péči poskytované v domácím prostředí, a tady vidím zároveň překážku a zároveň příležitost pro blízkou budoucnost.

Tím, jak byla tato péče neuchopená jak ze strany plátců péče, tedy ze strany pojišťoven, zazníval zvláštní argument: ale tato péče je přece saturovaná, jsou tady praktičtí lékaři, je tady homecare, takže není co řešit, proč tady strašíte, proč neurotizujete lidi – taková byla atmosféra u různých jednání. A to bylo také pozadím myšlenky pilotně otestovat, co by pro zdravotní systém znamenalo zavedení skutečné péče s dostupností lékaře. Dobrá zpráva je, že se pilotní projekt přetavil do toho, že v seznamu výkonů s platností od ledna 2018 budou výkony, v podstatě obdoba ošetřovatelských dnů zařazeny, že se tedy vytváří situace, kdy je i nástroj pro plátce, pro pojišťovny, abych tato péče byla hrazena. To je častá bariéra, kdy zaznívá – jak by to vlastně mělo být financováno, proč by to mělo být financováno.

Další bariéra, která snad bude brzy překonána: aby se dalo nějak rozumně o této péči mluvit, je třeba pojmenovat, kterých pacientů se tato péče týká, kolik jich asi v regionu bude a kolik té služby je potřeba. A to už jsme na úrovni koncepčního přemýšlení, na úrovni kraje. Kolik té služby potřebujeme, aby se k potřebným dostala a bylo přiměřeně reagováno na jejich potřeby. Z různých příspěvků konference mám pocit, že tato potřeba byla rozpoznána a že se začne pracovat na tom, abychom si to i na úrovni kraje pojmenovali. Je mi jasné, že kraj nemá žádné páky na pojišťovny. Ale je tu absence politického zadání. „Tuto službu my tady chceme, pojišťovny“, „chceme, aby v našem regionu byla tato služba“ vytváří úplně nový kontext pro jednání, než když do pojišťoven přichází hodní, laskaví, ale už frustrovaní a unavení poskytovatelé s touhou získat smlouvu, a slyší, že tato služba je saturována. Bylo by úžasné, kdyby ta surrealistická podoba podobných jednání skončila. To je moje naděje z této konference.

**BH**: Financování je důležité. Vznikly dvě odbornosti: 926, to je ta ošetřovatelská péče, a jak jste slyšeli, budeme v ní pokračovat, budou se přihlašovat nové agentury domácích péčí, ale jsou jasná pravidla daná vyhláškou. Když chodím na revize, vidím, kdo poskytuje službu stoprocentně poctivě, jinde se zamýšlíme nad tím, jestli vůbec u pacienta byli. V posledních dnech jsem se zaměřila na šetření s klientem, aby klienti vypovídali, jak jsou spokojení s domácí péčí, protože je řada agentur, které dělají tuto péči hlavně pro peníze. A to je mně velice líto. Jsem velmi ráda, že tady včera zazněly všechny myšlenky rozvoje a vývoje, které vedou k poctivosti a k tomu, že nám jde o pacienta. Problémy s odborností 720, kterou neustále řešíme s paní doktorkou Slámovou, kdy nemáme jasně daná pravidla, do jaké míry může (léčit) lékař paliativní péče a kdy praktický lékař. U nás vznikla spousta odborností, a jak jste slyšeli od doktora Bystřického, v Rakousku je to úplně jinak. U nás se každá odbornost vymlouvá – toto je moje, toto není moje, a vzniká problém, kdy máme limitaci na paliativní ošetřovatelské péči, což je měsíc, a řešíme, co s pacientem dál – když skončí pilot, kdo se o pacienta postará. To velmi nerada slyším. Zdravotní stav se přehodnotí, a pokud jeho stav odpoví tomu, že už není paliativní, což se může také stát u různých onemocnění, i v domácím prostředí se člověku udělá líp, tedy přehodnotí se a půjde do ošetřovatelské péče. V tom nevidím problém.

Základní problém vidím v 720, kde musíme ještě hodně zapracovat. Důležitost paliativního lékaře vidím v tom, aby mohl navštěvovat rodiny. To zatím v JMK nemáme, a já osobně udělám všechno pro to, abychom to nastavili na určitá pravidla. Včera na mě velmi pozitivně zapůsobili oba praktičtí lékaři – ale nejsou takoví všichni. Některým vůbec nevadí, když si doktorka Slámová převede jejich pacienta do své péče, bude za to vděčný. Nesmí tady nastat boj o pacienta. Další problém je v tom, že lékař s kódem 720 nemůže psát všechny léky, které by pacienti potřebovali. Někdy se těžko domlouvá s praktikem, aby to suploval. Bohužel legislativa je nedokonalá (a vždy bude). Lékaři pojišťovnu často kritizují, že je omezuje. Při pohledu z druhé strany, zda je péče skutečně odvedená a zda skutečně pomáhá lidem, přemýšlíte úplně jinak. Vždycky když jdu na revizi, poznám, jestli sestra péči udělala. Problém jsou neúplné záznamy. Po začátku pilotního programu jsem zkontrolovala všechny, vím, že všichni pracují poctivě. Jistě, není důležité, co se napíše, ale co se vykoná, ale podklady pro platbu musí být. Všechno se vyvíjí, pořád jdeme dopředu. Když zvládneme 720, když se propojí s praktickými lékaři, bude to ke spokojenosti všech.

**BA**: Chtěla bych zdůraznit, že mezi účastníky konference není žádná organizace, která by používala paliativní péči jako nástroj výdělku.

**KK**: Největší překážku vidím v nátuře, polovičatost, nedotahování věcí. Máme vizi, rozhodneme se pro ni, ale nedotáhneme ji do konce. Když jsme s doktorkou Slámovou připravovali témata konference, vracel jsem se zrovna ze stáže v Rakousku a říkal jsem si: je to pár kilometrů od nás, u sousedů, systém tam funguje. Tady se všichni, jako v Rakousku, shodujeme na tom, že je potřeba, aby vznikl zákon. Co se děje v sociálních službách dvacet let: podílel jsem se na vytváření služeb i pro onkologicky nemocné, koncem devadesátých let se tvořil zákon o sociálních službách, který byl přijat roce 2006 – je to polotovar. Dodnes je žádost o dotaci nenároková. Vezměte si, že sestavíte tým pečovatelské služby, která má dvacet zaměstnanců, a vy nevíte, jestli dostanete příští rok peníze na provoz. Takzvané vícezdrojové financování je fakticky financování z jednoho zdroje. Každý daňový poplatník přece odevzdává peníze do státní kasy. A stát je rozděluje přes ministerstva, kraje, města, městské části.Nepřál bych hospicům, se aby podobný systém se zavedl i u nich, a přál bych si, abychom ty věci dotáhli do konce.

**BA**: O rakouském systému si asi zatím nechme zdát, reálnější bude upínat se systému, který připravuje kraj Vysočina a který vychází z naší legislativy, z našich možností.

# Co můžete vy ze své pozice, ve svých organizacích, v rámci svých kompetencí vyřešit? Mám na mysli konkrétní, jednoduché kroky, snadno odstranitelné překážky, které by při poměrně malém úsilí mohly vést k lepšímu stavu paliativní péče.

**PH**: Určitě jich je několik. Jedna z věcí, kterou jsme se pokoušeli nastartovat několikrát, a to je vytvoření paliativních týmů v nemocnicích. To je ve dvou nemocnicích, které zřizujeme, nasnadě, a zároveň komunikujeme s řediteli nemocnic na území Brna, a paliativní péče je téma, které na naší poradě přednesu. Bohužel tady dnes nemáme zástupce kraje – tam by bylo potřeba vrátit se k tomu, co už kraj měl, a to je víceleté financování. Šli jsme do modelu, o kterém mluvil pan ředitel Kosina: především poskytovatelé, kteří nejsou přímo zřizováni krajem, jsou v roli jakéhosi – odpusťte – žebráka. Neví, co z roku na rok bude. Ten systém je neudržitelný, opakovaně to s náměstkem Šlapalem probíráme.

Co se týká dalších záležitostí, jeden mobilní hospic pro Brno je hrozně málo, potřebujeme jich víc, jako Brno musíme udělat všechno pro to, aby nové hospice vznikly, abychom společně s pojišťovnami a krajem zajistili dlouhodobé fungování.

**BA**: Kraj úplně nezastoupen není, v publiku je Lenka Dražilová, která je předsedkyní sociální a zdravotní komise JMK. Včera jsme se bavily o tom, že komise má nejen doporučující, ale i iniciativní pravomoc, pokusíme se i odsud téma paliativy do krajských struktur protlačovat.

Pane doktora Drbale, co může udělat městská nemocnice pro to, aby byla paliativní péče dostupnější?

**JD**: Nechci to vztahovat jen na nemocnici, dlouhodobě se pohybuji na úrovni kraje, nebráním se tomu diskusi rozšířit. Z hlediska nemocnice vidím tu problematiku v uvozovkách v mezích možností bezproblémovou. Máme po letech skvělý tým sociálních pracovníků, kteří už dnes tu roli naplňují. Informují pacienty, nabízejí jim služby, víceméně suplují činnost, kterou by v mnohém dělat jiní. Máme psychologa, jsme propojeni s řádem, takže máme i duchovní. V nemocnici máme tři lékaře s kvalifikací onkologickou, kteří se dlouhodobě zabývají i tou záležitostí hospicovou, paliativní. Je to jenom otázka přesvědčování akutních oborů, abychom v rámci nemocnice mohli plnit to, k čemu je nastaven ten tým. Ta diskuse se rozběhla už loni nebo předloni.

Co se týká toho pohledu kraje, můžu potvrdit, že pan hejtman je připraven, aby se koncepce dotvořila. Jen je určitý harmonogram, jak se bude postupovat v těch koncepčních věcech, nejprve je nutné zkultivovat otázku sítě krajských nemocnic a všech zařízení kraje a potom s tím souvisí otázka lidských zdrojů, protože tím budeme limitovaní a žádné nové lidi sem asi nedostaneme. Je tedy nutné kultivovat síť a volnější kapacity přesunout je tam, kde to bude potřeba.Vyložená příležitost je to, že je tady platforma, jak by mohly existující subjekty fungovat. Ze 70 % je to založeno na sesterské péči. Je potřeba bez velkých emocí zkultivovat síť, na stávajících kapacitách můžeme stavět a k tomu dotvářet další záležitost, aby to byla multioborová záležitost.

Jen poznámka: Málokdy se paliativní pacient stane nepaliativním. Zvláště v závěru života může jít o týdny až měsíce, když přetrvává potřeba paliativní péče. Důležité je definovat, kolik je potřeba kurativní péče a kolik paliativní péče.

**PH**: Krátká reakce na tu kultivaci sítě poskytovatelů péče. Podle mě je to tak složitá věc, že se od ní odrazit nemůžeme. To je tak složité politické rozhodnutí, že se nedá čekat, že tady nastane nějaký jiný, logický systém. Všichni ví, že současný je špatný, ale žádné světlo na konci tunelu nepřijde. K tomu se tedy nemůžeme upínat. S čím souhlasím, to je kapacita poskytovatelů a lidské zdroje. Dneska nám chybí desítky či stovky sester. Děláme pro to, co můžeme, poskytujeme ubytování, příplatky, ale stejně sester máme málo. Děsím se myšlenek na obnovu jeslí, ve kterých by pracovaly zdravotní sestry – kdyby se zřídily jesle, tak zjistíme, že žádné sestry v nemocnicích nejsou.

A ještě co může město udělat: město připravuje dvě velké lokality pro výstavbu sociálních a sociálně-zdravotních zařízení s kapacitou do dvou set lůžek. Dožíváme se stále vyššího věku, což je skvělé, ale do budoucna to bude znamenat problémy.

A jenom chci ještě připomenout, že JMK jako poskytovatel a zřizovatel sociálních a zdravotních služeb na území Brna neprovozuje ani nevlastní jediné zařízení.

**JD**: Jistě, nepovedeme tady diskusi o lůžkových zařízeních. Kultivace sítě neznamená nepodkročitelný základ. Je to jedna z příležitostí. Jako pozitivní člověk věřím, že kraj se v brzké době popasuje s tou kultivací sítě krajských zařízení a myslím, že každý zřizovatel bude k tomu v podstatě dotlačený. Je to příležitost pro přesun kapacit a prostředků. Kraj dělá všechny kroky v součinnosti s plátci a s ministerstvem zdravotnictví, příští rok končí platnost smluv, do konce roku se to tedy musí vyřešit.

**OS**: Z pozice předsedy České společnosti paliativní medicíny, tedy odborné společnosti, nabízím naše expertní kapacity a naše kompetence, abychom se mohli spolupodílet na tvorbě krajské koncepce. Není to ješitnost, ale naše zkušenost je, že na půdě naší společnosti jsou lidé nejen klinicky zdatní, ale i zdravotněpoliticky zdatní, se zahraniční zkušeností, můžeme přinést různé inspirace, jak by to mohlo vypadat. Je vlastně absurdní představa, že by to šlo bez odborníků paliativní medicíny.

K té rakouské zkušenosti – tam šly věci odshora, nebylo tam nějaké aktivistické hnutí. Byly tam hloučky poskytovatelé a pak v určitém okamžiku na úrovni spolkové nebo zemských vlád se daly dohromady expertní skupiny, které rozmýšlely, jak v daných podmínkách a v síti stávajících poskytovatelů paliativní problematiku jednak tematizovat, ale i zasadit tak, aby to fungovalo. Zastoupení odborníků na paliativní medicínu v tom bylo nezbytné. A v Česku odborníci jsou.

V příspěvku doktora Kabelky o třebíčské koncepci zazněl hrozně důležitý aspekt – vzdělávání. Česká společnost paliativní medicíny je „namočena“ ve všech úrovních, nejen vzdělávání specializačního, atestačního, ale i u pracovníků sociálních služeb. Paliativní problematika má svá specifika. A při různých příležitostech pak vidíme, že to drhne na komunikačních nedostatcích. Proto se hlásím k tomu, že paliativní společnost připravena je a už se na celé věci podílí. Edukační stránka toho, co se na kraji chystá, je jistě nezbytná.

**BH**: Ještě reaguji za doktora Drbala. Chápu, že paliativní nemocný je stále paliativní, ale při vykazování lze tyto odbornosti zaměňovat. Pokud člověk vyžaduje tak intenzivní péči, že lékař sám musí být přítomen, a nevleze se do toho měsíce (bohužel ve zdraví a nemoci se nedá nic plánovat), lze zažádat revizního lékaře o prodloužení této specializované péče. Všechno lze prodiskutovat s revizním lékařem.

Hrozně se mi líbila prezentace doktora Kabelky, stejně jako on vidím důležitost prezentace paliativní péče nejen mezi zdravotníky. Spolupráce pokulhává mezi paliativními a praktickými lékaři. Za svou osobu bych slíbila, že s doktorkou Slámovou budu ráda spolupracovat na prezentacích pro praktické lékaře, kdy jim vysvětlíme, že jim nebereme pacienty, nýbrž zabezpečujeme určitý druh péče. Prezentace pro lékaře, nemocnice, laickou veřejnost, protože lidé nevědí, kam se mají odvolat, jak lze o člověka pečovat.

Skončila registrace sester, což je velká chyba – sester stejně nepřibylo. Všichni se musíme vzdělávat celý život. Zdravotní sestra není povolání, ale poslání. Na přednáškách a seminářích se snažím mladým sestrám říkat, že není všechno o penězích. Apelovala bych na učitelky zdravotnických škol, aby toto vštěpovaly studentům.

**KK**: Navážu tou kvalitou, o které jsem mluvil v prezentaci. Zvyšování kvality, sociální i zdravotní, sdílení dobré praxe. Jen doplnění: před prázdninami mě navštívila Diecézní charita Brno, že vznikne domácí hospic, co mám informace, tak už jsou v Brně hospice dva.

**BA**: Drobná poznámka k tomu, co je možné zlepšovat. Chystáme lepší systém informování o službách na sociálně zdravotním rozhraní. Je zaměřen spíše na klienty, ale využijí je i pracovníci v sociálních službách a pevně doufáme, že s ním budou pracovat i praktici. Měl by to být intuitivní systém, aby se klient, který se ocitne v nějaké složité sociálně-zdravotní situaci, dostal co nejkratší cestou k té nejlepší vhodné službě.

Asi znáte i ze své praxe, že vám volají lidé, kteří nejsou vašimi klienty, požadují poradenství z oblasti, ve které nepracujete, a vy jim ty informace vyhledáte. Od tohoto v podstatě informatického nástroje si tedy slibujeme, že se může stát aspoň malou pomocí, která ulehčí práci sociálním pracovníkům a významně pomůže klientům.

Při odchodu si prosím vezměte letáčky s informacemi o lůžkovém hospici, domácím hospici a ambulanci paliativní medicíny. Neberte to prosím jako propagaci konkrétního hospice, ale jako propagaci služeb – letáčky jsou psané takovou formou, aby to pochopil i laik. Mnoho lidí, byť mimo dosah našeho hospice, se může poprvé dozvědět, že takovéto služby vůbec existují.

Dále chci ještě připomenout, že na stránce paliativnipece.info bude krátký dotazník, a budeme velmi rádi, když nám napíše svoje poznámky, připomínky a návrhy, co by šlo zlepšit. A ještě vás chci vyzvat, abyste po skončení konference využili možnost zkontaktovat se s přednášejícími i s kolegy a vyměnit si informace. Například během včerejšího workshopu si sociální pracovnice domácího hospice a zaměstnankyně sociálního odboru brněnského magistrátu předaly velké množství praktických, okamžitě využitelných informací.

# Dotazy z publika

**Dagmar Švédová, Klára pomáhá**: Chci se zeptat na dětskou paliativní péči v Brně a JMK.

**OS**: Dětská paliativní péče jako organizovaná služba se teprve ustavuje, asi tři roky funguje pracovní skupina při paliativní společnosti, která to promýšlí systematičtěji. Ale už řadu let běží při klinice dětské onkologie ve Fakultní nemocnici, je to financováno z Nadačního fondu Krtek, a doktor Lokaj a dvě sestry s ním reálně fungují jako „výjezdní“, mobilní služba, která poctivě, naprosto nadstandardně ve srovnání s čímkoli jiným v Česku, umožňuje dožít onkologicky nemocným dětem. Teď dělají nesmělé krůčky i za hranici těch onkologicky nemocných pacientů. U dětí je problematika jiných než onkologických pacientů, například u neurodegenerativních onemocnění, je natolik jiná, že to pak možná bude chtít dětské oborové specialisty. Ale dětský hospic jako takový v regionu není. Příští měsíc je v Olomouci druhá konference dětské paliativní péče, jedním z výstupů by mělo být zasíťování poskytovatelů této péče. Pokud by byl v publiku někdo, kdo se tomu věnuje, víte, že ta skupina dětské paliativní péče je velmi iniciativní, z Anglie sem jezdí specialisté učit pediatrickou paliativní péči, jsou na to grantové peníze, takže je to za takových vlídných podmínek. Je to v takové startovní, rozjezdové fázi.

**KK**: Je tady skupina maminek, které si daly za cíl zřídit dětský hospic. Zatím objíždějí regiony a zjišťují dobrou praxi.

**XX**: Chci se zeptat na výroky pojišťovny: kolik paliativních ambulancí je pojišťovna ochotna podpořit?

**BH**: Nejsem kompetentní sdělovat kolik.

**XX**: Je podaná žádost o paliativní ambulanci a souhlas pojišťovna neudělila. Proto se chci zeptat, kolik jich existuje.

**OS**: ČSPM na základě zahraničních zkušeností formulovala stanovisko, že by jedna ambulance paliativní medicíny měla být na 50–100 tisíc obyvatel, aby byla péče saturována. Na JMK by to bylo 7–8 ambulancí, není ani jedna. Toto je ovšem přesně ta politická rovina – musí být zdravotněpoliticky řečeno: tuto službu v takové rozsahu chceme, a potom se bavit s plátcem péče. Plátce péče nemůže říkat: nepotřebujeme to, takové péče už je dost. Není žádná.

**XX**: Ty ambulance existují, ale jejich péče není hrazena.

**OS**: Registrované jsou, ale bez smluvního vztahu k pojišťovně.

**XX**: Ptám se právě kvůli odbornosti 720, z níž nelze ambulance hradit. Počítáte s tím, že bude terénní, ošetřovatelská část hradit tu ambulanci, tedy lékaře?

**BH**: Částečně to naplňují, ale nemají kódy.

**OS**: Je to téma, které asi nevyřešíme na této konferenci. Ale role ambulance paliativní medicíny je trojí: je to normální ambulance, v seznamu výkonů jsou kódy, srovnatelné s kódy jiných ambulantních specialistů. Specifické na tom je, že existují dva návštěvní kódy – kód určený k tomu, aby ambulantní specialista navštívil pacienta v jeho přirozeném prostředí, komplexní kód a kontrolní kód. Nástroje, jak to hradit, tedy jsou. Ochota to hradit ze strany pojišťovny není – s argumentem, že to není třeba, že není jasné, kolik by té služby bylo potřeba. Protože není to politické zadání, vypadá to teď tak, že někdo přichází na pojišťovnu s jakoby nepotřebnou nabídkou a přesvědčuje je, aby to platily. Kdyby se příchozí mohl opřít o to, že v kraji chceme mít osm ambulancí, zatím máme dvě, vypadalo by jednání jinak.

**BH**: To je ten vývoj.

**BA**: Z pohledu spíše klienta a pacienta se přimlouvám za to, abychom uchovali z konference to nejpodstatnější, tedy to, že se tady sešli různí poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb, a abychom nadále jednali jednotně a koordinovaně. Pokud vznikne uceleně vyjádřená potřeba služeb, jak ji ostatně ukázaly dva dny konference, bude se daleko lépe vymáhat její naplnění tou oficiální, „úřední“ cestou.

Děkuji všem organizátorům – doktorce Slámové z Domácího hospice Tabita v Hospici sv. Alžběty, doktorce Proskové z odboru zdraví Magistrátu města Brna, Janě Hrudníkové, která zajišťovala organizaci, Petře Kubáčkové, která zajistila komunikaci, Karlu Kosinovi, řediteli Hospice sv. Alžběty.

**Zora Prosková, odbor zdraví MMB**: Jsem velmi ráda, že jsme se všichni sešli. Doufám, že to není konference poslední a že za ní budou následovat další. Velmi děkuji Hospici sv. Alžběty za podnět ke konferenci i za zajištění odborné stránky.