



Koncepce paliativní péče v Pardubickém kraji v letech 2025–2030



**CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE**



Pardubický kraj

Objednatel: Pardubický kraj
Komenského náměstí 125
530 02 Pardubice
IČO 70892822

Zpracovatel: Centrum paliativní péče, z. ú.
PhDr. Martin Loučka, Ph.D.
Mgr. Karolína Pechová, Ph.D.
Mgr. Barbora Nejedlá
Dykova 1165/15
Praha 10, 101 00

Obsah

Seznam zkratk

Seznam tabulek a obrázků

Úvod	1
1 Východiska a metodické postupy	2
2 Analytická část	4
2.1 Základní informace o Pardubickém kraji a jeho obyvatelstvu relevantní k paliativní péči	4
2.1.1 Správní dělení	4
2.1.2 Základní údaje o zemřelých obyvatelích Pardubického kraje	5
2.2 Dosavadní vývoj a současné postavení paliativní péče ve zdravotnictví a sociálních službách Pardubického kraje	8
2.2.1 Kde umírají obyvatelé Pardubického kraje a jeho okresů a jaká je návaznost na obecnou a specializovanou paliativní péči?	8
2.2.2 Jaké formy paliativní péče jsou v Pardubickém kraji dostupné, jaký objem péče poskytují a jaké je jejich personální zajištění? Jaká je úroveň paliativní péče poskytovatelů?	15
2.2.3 Kde vnímají poskytovatelé paliativní péče prostor pro svůj rozvoj v zajištění paliativní péče? Kde vnímají prostor pro rozvoj paliativní péče v kraji?	29
2.2.4 Jak se daří spolupráce poskytovatelů obecné a specializované paliativní péče v Pardubickém kraji a jeho okresech? Co se daří a kde je prostor pro rozvoj?	31
2.2.5 Jaké jsou možnosti a úroveň vzdělávání v paliativní péči v Pardubickém kraji?	32
2.2.6 Jaký je stav poskytování dětské paliativní péče v Pardubickém kraji?	33
2.2.7 Jak vnímají poskytovatelé financování paliativní péče v kraji?	34
2.3 Trendy demografického vývoje s ohledem na poskytování paliativní péče	37
2.4 SWOT analýza faktorů relevantních pro rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji	40
2.5 Shrnutí zjištěných skutečností	42

3	Návrhová část	44
3.1	Vize a motto paliativní péče Pardubického kraje	44
3.2	Vymezení slabých míst a problémových prvků v paliativní péči Pardubického kraje a jejich podpora	44
3.3	Vazba díla na rozvojové zdravotnické dokumenty na národní a mezinárodní úrovni	47
3.4	Strategické cíle paliativní péče Pardubického kraje celkové a pro jednotlivé její segmenty pro léta 2025 až 2030	49
3.5	Opatření a aktivity pro rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji	53
3.6	Scénář rozvoje paliativní péče Pardubického kraje pro léta 2025 až 2030	66
3.7	Shrnutí a závěry návrhové části díla	67
3.7.1	Návrh postupu implementace a monitoringu díla (koncepce) včetně popisu řídicí struktury a organizačního zajištění	67
3.7.2	Metodika a východiska akčního plánu díla	67
3.7.3	Shrnutí a závěry implementace díla	68
4	Akční plán díla	69
5	Zdroje	72
6	Přílohy	74

Seznam zkratek

CAPC	Center to Advance Palliative Care (Centrum pro rozvoj paliativní péče)
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
EAPC	European Association for Palliative Care (Evropská asociace paliativní péče)
IČZ	Identifikační číslo zařízení
KPP	Koordinátor paliativní péče
KTPP	Konziliární tým paliativní péče
LDN	Lůžka dlouhodobé a následné péče
MAS	Místní akční skupina
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NF	Nadační fond
NHZ	Náměstek hejtmána pro zdravotnictví
NIP	Následná intenzivní péče
NPK, a.s.	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NT	Neoptimální trajektorie
Obr.	Obrázek
odb.	Odbornost
OPP	Obecná paliativní péče
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSV	Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Pardubického kraje
OT	Optimální trajektorie
OZ	Odbor zdravotnictví Krajského úřadu Pardubického kraje
Pk	Pardubický kraj
PL	Praktický lékař
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PP	Paliativní péče
SPP	Specializovaná paliativní péče
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VOS	vedoucí Odboru sociálních věcí Krajského úřadu Pardubického kraje
VPL	Všeobecný praktický lékař
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Seznam tabulek a obrázků

- Tab. 1** Okresy a obce s rozšířenou působností v Pardubickém kraji
- Tab. 2** Počet obyvatelstva Pardubického kraje
- Tab. 3** Počet zemřelých v letech 2019-2023 v krajích ČR
- Tab. 4** Pardubický kraj – 2023 – zemřelí, očekávatelná úmrtí, paliativně relevantní úmrtí
- Tab. 5** Vybraná místa úmrtí v okresech Pardubického kraje v roce 2023
- Tab. 6** Přehled optimálních trajektorií
- Tab. 7** Přehled neoptimálních trajektorií
- Tab. 8** Optimální a neoptimální trajektorie péče v závěru života – okresy Pardubického kraje
Optimální a neoptimální trajektorie péče v závěru života – srovnání ČR a Pardubického kraje
- Tab. 9** Optimální a neoptimální trajektorie péče v závěru života – srovnání ČR a Pardubického kraje
- Tab. 10** Poskytovatelé specializované paliativní péče
- Tab. 11** Vykázaná specializovaná paliativní péče v ČR v roce 2023 přepočteno na 100 tis. obyvatel
- Tab. 12** Informace k lůžkům hospicového typu v Pardubickém kraji
- Tab. 13** Vybrané výstupy datového dotazníku u vybraných poskytovatelů obecné paliativní péče
- Tab. 14** Vybrané výstupy datového dotazníku – poskytovatelé pobytových sociálních služeb
- Tab. 15** Vybrané výstupy postojového dotazníku – poskytovatelé pobytových sociálních služeb
- Tab. 16** Subjektivní škála hodnocení úrovně paliativní péče
- Tab. 17** Spolupráce poskytovatelů OPP s lůžkovým a domácím hospicem v roce 2024
- Tab. 18** Přehled zastoupených typů služeb v rozhovorech dle okresů
- Tab. 19** Přehled ostatních strategických dokumentů, na nichž je koncepce založena
- Tab. 20** Specifické cíle k rozvoji paliativní péče z akčního plánu Střednědobé koncepce zdravotnictví (přijaté Zastupitelstvem Pk 12/2022)
-
- Obr. 1** Administrativní členění Pardubického kraje
- Obr. 2** Místa úmrtí v roce 2023 - přehled ČR
- Obr. 3** Vývoj podílu optimálních trajektorií v letech 2012-2023
- Obr. 4** Vykázaná péče v odbornosti 720, 926, 929 na 100 tis. obyvatel v Pardubickém kraji v roce 2023
- Obr. 5** Vykázané výkony praktických lékařů v posledním roce, 6 měsících a 30 dnech života v Pardubickém kraji
- Obr. 6** Predikce dalšího vývoje populace Pardubického kraje
- Obr. 7** Všeobecná sestra: věková struktura v roce 2023 v Pardubickém kraji
- Obr. 8** Věkové složení lékařů v lékařských oborech s nejvyšším počtem lékařů v Pardubickém kraji v zařízení ambulantní péče k 31. 12. 2023
- Obr. 9** Schéma slabých míst a problémových segmentů

Úvod

Paliativní péče představuje specifický přístup k péči o osoby se závažným, život limitujícím onemocněním. Jejím cílem je zmírnění utrpení, zachování důstojnosti a podpora kvality života nemocného i jeho blízkých v období, kdy kurativní léčba již není možná nebo není prioritou. Paliativní péče se neomezuje pouze na závěrečné dny života, ale může být poskytována i po dobu měsíců či let – v souladu s potřebami konkrétního pacienta. Kombinuje odbornou zdravotní, psychologickou, sociální a duchovní podporu, a klade důraz na mezioborovou spolupráci, kontinuitu péče a respekt k individuálním hodnotám pacienta.

Význam paliativní péče v současnosti roste v důsledku demografických a epidemiologických změn: společnost stárne, roste počet osob žijících s chronickými a degenerativními onemocněními, prodlužuje se doba, po kterou lidé žijí s pokročilým onemocněním, a tím i potřeba komplexní, dlouhodobé podpory. Zároveň se mění i očekávání veřejnosti, která čím dál častěji hledá péči poskytovanou v přirozeném prostředí, s respektem k autonomii, důstojnosti a lidskosti. Význam paliativní péče je proto akcentován jak na mezinárodní úrovni (např. doporučení WHO, dokumenty Evropské asociace paliativní péče), tak na úrovni národní politiky (vznikající Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035).

Na tuto situaci reaguje i řada krajů, které v posledních letech přistoupily k tvorbě vlastních krajských koncepcí paliativní péče. Jejich cílem je vytvořit rámec pro koordinovaný a efektivní rozvoj této oblasti, a zároveň maximálně využít investované prostředky ve prospěch pacientů, jejich rodin i efektivitu systému zdravotních a sociálních služeb. Systémový přístup umožňuje podporovat služby, které jsou reálně potřeba, cílit opatření tam, kde existují největší mezery, a zároveň lépe plánovat budoucí rozvoj.

Zpracování této koncepce pro Pardubický kraj proto vychází z přesvědčení, že kvalitní strategie musí být založena na datech a znalosti reálné situace v kraji. Před vlastní formulací návrhů proto vznikla rozsáhlá analytická část, která kombinuje kvantitativní i kvalitativní přístupy: analýzu dat ÚZIS, ČSÚ a zdravotních pojišťoven, dotazníková šetření mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb i vzdělávacích institucí a dále hloubkové rozhovory s odborníky a klíčovými aktéry v kraji. Tento datový základ umožnil podrobně zmapovat, jaká péče je v kraji k dispozici, kdo ji poskytuje, jak je využívána, v jaké kvalitě, a kde jsou největší příležitosti i bariéry dalšího rozvoje.

Analytická část je strukturována do několika částí: úvodní kapitoly se věnují teoretickým a metodologickým východiskům a základnímu popisu populace Pardubického kraje z hlediska parametrů relevantních pro paliativní péči. Následují kapitoly věnované analýze dostupnosti a úrovně obecné i specializované paliativní péče, včetně přehledu poskytovatelů, trajektorií péče v závěru života, místa úmrtí a rozdílů mezi okresy. Další části se zaměřují na spolupráci mezi službami, vzdělávání, financování, stav dětské paliativní péče a demografické trendy. Výsledky analýzy jsou dále využity jako podklad pro návrhovou část koncepce a pro její akční plán, které stanovují konkrétní cíle a opatření pro rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji v nadcházejících letech.

1 Východiska a metodické postupy

V rámci teoretického zakotvení analytické části jsme vycházeli z metodiky Centra pro rozvoj paliativní péče (CAPC)¹, které doporučuje v souvislosti s podpůrnou politikou na krajské i státní úrovni rozvíjet paliativní péči (dále jen PP) s důrazem na dostupnost, kvalitu a vzdělávání. Na paliativní péči bylo po celou dobu přípravy koncepce nahlíženo optikou diferenciací PP na specializovanou paliativní péči (dále jen SPP) a obecnou paliativní péči (dále jen OPP). Toto rozlišení vychází ze *Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035*², což je v době vzniku této koncepce nejaktuálnější existující dokument týkající se rozvoje paliativní péče v ČR.

Z hlediska metodologie probíhal sběr dat kombinací kvantitativních i kvalitativních metod. Byly zhotoveny dva typy dotazníků („datový“ a „postojový“) určené pro poskytovatele SPP a OPP a jeden typ dotazníku pro vzdělávací instituce.

„Datový dotazník“ byl zaměřený na popis služby a vyčíslení klíčových ukazatelů relevantních pro paliativní péči poskytovanou danou organizací. Tento dotazník byl poslán **72 poskytovatelům** či konkrétním relevantním respondentům, kteří byli požádáni o vyplnění dotazníku za každou službu, kterou má jejich organizace zaregistrovanou. **Datový dotazník vyplnilo v období od 14. 5. 2025 do 13. 6. 2025 33 organizací za celkem 70 služeb.**

Postojový dotazník mapoval pohled zástupců těchto organizací na kritická témata pro zajištění a rozvoj paliativní péče v organizacích a kraji jako celku. V tomto případě došlo k rozeslání dotazníku na **110 zástupců poskytovatelů** zdravotních a sociálních služeb a dalších relevantních odborníků v kraji. **Postojový dotazník vyplnilo 106 pracovníků z 36 organizací.**

Poslední typ dotazníku byl zhotoven speciálně pro relevantní vzdělávací instituce Pardubického kraje, konkrétně *Vyšší odbornou školu a střední školu zdravotnickou a sociální Ústí nad Orlicí, Vyšší odbornou školu zdravotnickou a střední zdravotnickou školu Svítavy a Fakultu zdravotnických studií Univerzity Pardubice*. Své odpovědi zaslalo 6 zástupců ze dvou z výše uvedených vzdělávacích institucí.

Z kvalitativního hlediska byly realizovány polostrukturované online rozhovory trvající v průměru přibližně 45 minut. Pozvánka k rozhovorům byla rozeslána všem zástupcům poskytovatelů SPP, vybraným zástupcům OPP a několika reprezentantům Pardubického kraje (koordinátorce paliativní péče, zástupcům zdravotního i sociálního odboru, náměstkům). Konkrétně se jednalo o **54 poskytovatelů** či konkrétních relevantních odborníků. **V rozmezí od 14. 5. do 13. 6. 2025 bylo celkem provedeno 33 rozhovorů s 56 informanty**³. V příloze č. 1 je k dispozici přehled zastoupených služeb v rozhovorech dle okresů.

Kromě výše uvedeného byla provedena analýza dat dodaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS ČR) a dalších relevantních veřejně dostupných dat (ČSÚ), přičemž ve vhodných případech, zejména pokud byly k dispozici původní datové

¹ Center to Advance Palliative Care. Policy Matters. Dostupné z: <https://www.capc.org/policy-matters/>

² Ministerstvo zdravotnictví ČR. Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035. Datum vydání 30.4.2025. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/analyticka-cast-strategie-rozvoje-paliativni-pece-v-cr-do-roku-2035/>

³ Označení informant používáme pro zástupce poskytovatelů a další vybrané odborníky, kteří se zúčastnili rozhovorů v rámci sběru dat pro analytickou část koncepce.

soubory, byly vyhotoveny vhodné statistické testy k určení významnosti rozdílů a ověření specifických hypotéz. Všechna zjištění byla interpretována za pomoci rámcových dokumentů Evropské asociace paliativní péče a České společnosti paliativní medicíny.

Nedílnou součástí tvorby návrhové části koncepce byl připomínkový proces, v rámci kterého bylo osloveno 67 poskytovatelů s žádostí o zpětnou vazbu ke strategickým cílům a opatřením pro rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji. Celkem 16 poskytovatelů vložilo své připomínky do připraveného formuláře a dalších 5 poskytovatelů se k návrhu Koncepce vyjádřilo prostřednictvím e-mailu. Výsledkem bylo získání 50 věcných a veskrze pozitivních připomínek, jejichž zapracování do Koncepce bylo konzultováno se zástupci Pardubického kraje.

2 Analytická část

2.1 Základní informace o Pardubickém kraji a jeho obyvatelstvu relevantní k paliativní péči

Následující kapitola představuje správní dělení Pardubického kraje, dále poskytuje základní informace o obyvatelstvu Pardubického kraje a údaje o zemřelých obyvatelích Pardubického kraje.

2.1.1 Správní dělení

Pardubický kraj zaujímá rozlohu 4519 km². Rozlohou i hustotou obyvatelstva je v pořadí nejvíce podobný kraji Královéhradeckému, hustota osídlení 117 obyvatel/km²⁴. Rozlohou největším okresem Pardubického kraje jsou Svitavy s 1 379 km², nejmenším okresem kraje jsou Pardubice s rozlohou 880 km². Současně okres Pardubice má nejvyšší hustotu obyvatel, a to 205 obyvatel/km². Nejmenší hustotu má k roku 2023 okres Svitavy, a to 76 obyvatel/km²⁵. Pardubický kraj se člení do 4 okresů – Chrudim, Pardubice, Svitavy a Ústí nad Orlicí. Dále je rozdělen do 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností, těmi jsou:

Tab. 1 Okresy a obce s rozšířenou působností v Pardubickém kraji⁶

Okres	Obce s rozšířenou působností
Chrudim	Chrudim, Hlinsko,
Pardubice	Přelouč, Pardubice, Holice
Svitavy	Litomyšl, Polička, Svitavy, Moravská Třebová
Ústí nad Orlicí	Vysoké Mýto, Ústí nad Orlicí, Česká Třebová, Žamberk, Lanškroun, Králíky

K 31. 12. 2023 měl Pardubický kraj 451 obcí. V kraji je 38 měst, ve kterých žije 60,9 % obyvatel kraje⁷.

Tab. 2 Počet obyvatelstva Pardubického kraje⁸

	Rok	Kraj celkem	v tom okresy			
			Chrudim	Pardubice	Svitavy	Ústí nad Orlicí
Počet obyvatel (k 31. 12.)	2021	514 518	103 746	172 224	102 866	135 682
	2022	528 761	106 398	179 537	104 576	138 250
	2023	530 560	106 616	180 888	104 669	138 387

⁴ Český statistický úřad. Charakteristika kraje. Dostupné z: https://csu.gov.cz/hkk/strucna_charakteristika_kraje

⁵ Český statistický úřad. Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Pardubického kraje - 2023. Vydáno 31.10.2024. Dostupné z:

<https://csu.gov.cz/produkty/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomickeho-vyvoje-pardubickeho-kraje-2023>

⁶ Český statistický úřad. Charakteristiky SO ORP. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/pak/charakteristiky-so-orp>

⁷ Český statistický úřad. Statistická ročenka Pardubického kraje r. 2024. Datum vydání 20.12.2023. Dostupné z:

<https://csu.gov.cz/produkty/statisticka-rocenka-pardubickeho-kraje-2023>

⁸ Český statistický úřad. Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Pardubického kraje 2023.

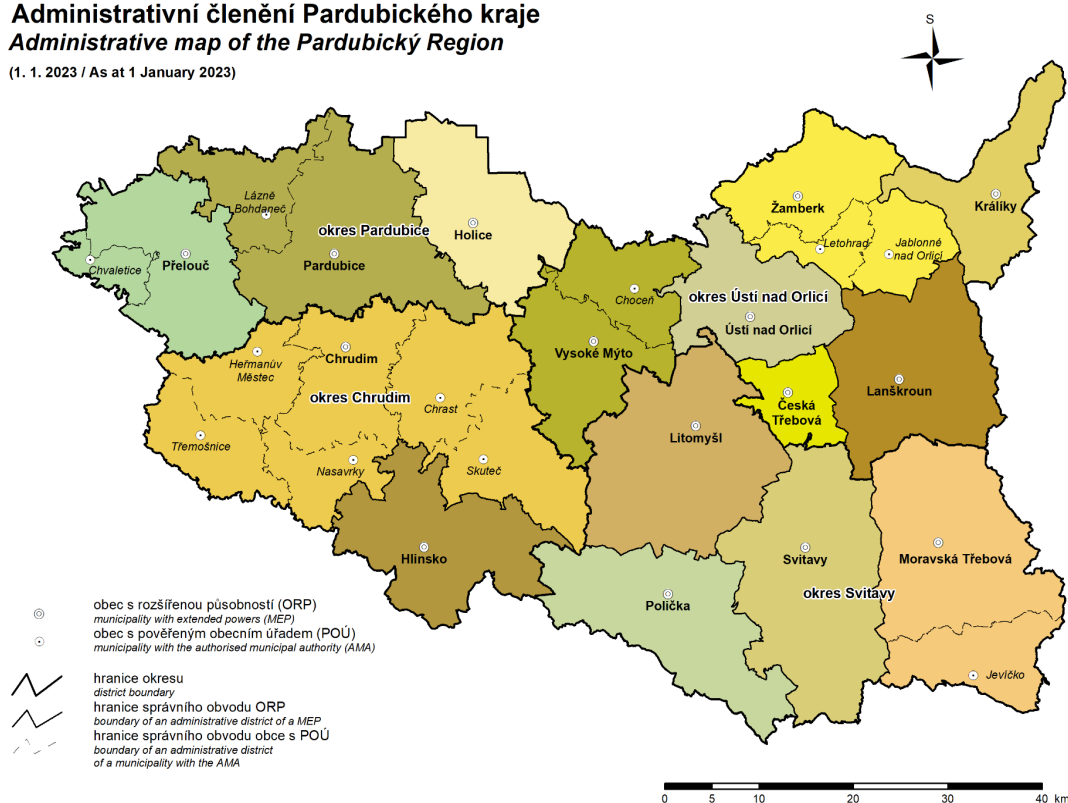
Datum vydání 31.10.2024. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomickeho-vyvoje-pardubickeho-kraje-2023>; Tabulka 4.1. Vybrané ukazatele demografického vývoje podle okresů Pardubického kraje v letech 2021, 2022 a 2023

K 31. 12. 2023 žilo v kraji 530 560 osob, z toho 262 028 mužů a 268 532 žen⁹. Nejlidnatějším okresem byly Pardubice s počtem obyvatel 180 888, následované Ústím nad Orlicí (138 387 obyvatel).

Obr. 1 - Administrativní členění Pardubického kraje¹⁰

Administrativní členění Pardubického kraje Administrative map of the Pardubický Region

(1. 1. 2023 / As at 1 January 2023)



2.1.2 Základní údaje o zemřelých obyvatelích Pardubického kraje

V Pardubickém kraji v roce 2023¹¹ zemřelo 5 427 osob, což činí 4,81 % všech zemřelých osob v České republice. Počet zemřelých se dostal na úroveň let před pandemií covid-19, viz srovnání s rokem 2019 (Tab. 3). Nejvíce osob zemřelo v okrese Pardubice (1 796 osob), následováno okresem Ústí nad Orlicí, kde zemřelo 1 378 osob. Očekávatelná úmrtí v Pardubickém kraji tvořila cca 57 % zemřelých osob. Očekávatelná úmrtí¹² jsou důležitá například pro výpočet žádoucích a nežádoucích trajektorií, viz. dále. Tabulka 4 dále uvádí

⁹ Český statistický úřad. Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Pardubického kraje 2023. Datum vydání 31.10.2024. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomickeho-vyvoje-pardubickeho-kraje-2023>

¹⁰ https://csu.gov.cz/pak/mapy_a_kartogramy

¹¹ Pokud není uvedeno jinak, v této kapitole se všechna data vztahují k zemřelým v roce 2023, což byl poslední kompletní dataset dostupný od ÚZIS v době přípravy textu.

¹² "Očekávatelné úmrtí je definováno jako úmrtí, ke kterému dochází v důsledku zhoršování déletrvajících zdravotních problémů. Typicky se jedná o pacienty s chronickými onemocněními, případně i s akutními stavy (např. kardiovaskulárními), pokud jsou splněny další podmínky – například úmrtí na akutním lůžku po více než týdnu hospitalizace, úmrtí na lůžku následné péče, nebo předchází hospitalizace se stejnou diagnózou v průběhu posledního roku života." Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035: Analytická část. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/analyticka-cast-strategie-rozvoje-paliativni-pece-v-cr-do-roku-2035/>

počty paliativně relevantních úmrtí¹³ - tedy úmrtí, která ÚZIS a odborné společnosti považují za relevantní pro paliativní péči na podkladě předem určených diagnóz; tato úmrtí tvořila cca 40 % zemřelých v Pardubickém kraji.

Tab. 3 Počet zemřelých v letech 2019-2023 v krajích ČR¹⁴

Územní celek	2019	2020	2021	2022	2023
Pardubický kraj	5 558	6 383	6 991	6 049	5 427
Hlavní město Praha	12 178	13 621	14 460	12 810	12 212
Jihočeský kraj	6 885	7 800	8 350	7 416	6 939
Jihomoravský kraj	12 190	14 015	15 246	13 344	12 326
Karlovarský kraj	3 405	4 026	4 592	3 527	3 346
Kraj Vysočina	5 636	6 450	6 438	5 861	5 466
Královéhradecký kraj	5 901	6 694	7 668	6 176	6 019
Liberecký kraj	4 607	5 252	5 880	5 013	4 735
Moravskoslezský kraj	13 762	15 967	17 325	14 919	13 675
Olomoucký kraj	6 914	8 126	8 562	7 481	6 981
Plzeňský kraj	6 356	7 066	7 912	6 698	6 111
Středočeský kraj	13 471	15 302	16 708	14 351	13 765
Ústecký kraj	9 208	10 793	11 775	9 879	9 517
Zlínský kraj	6 291	7 794	7 984	6 695	6 276
Celkový součet	112 362	129 289	139 891	120 219	112 795

Tab. 4 - Pardubický kraj – 2023 – zemřelí, očekávatelná úmrtí, paliativně relevantní úmrtí¹⁵

Územní celek	Zemřelí	Očekávatelná úmrtí	Paliativně relevantní úmrtí
Chrudim	1 124	622	476
Pardubice	1 796	997	707
Svitavy	1 129	677	453
Ústí nad Orlicí	1 378	802	552
Pardubický kraj celkem	5 427	3 098	2 188

Mezi zemřelými mírně převažovali muži nad ženami (52 ku 48 %). Většina zemřelých (85 %) byla z věkové kategorie 65+. V této věkové kategorii pak 17 % všech připadá na věkovou kategorii 80-84 let, následované podobně zastoupenými kategoriemi 75-79 let (16,1 %) a 85-89 let (15,6 %). Mezi muži zemřelo nejvíce mužů ve věkové kategorii 75-79 let (490 mužů, tj. 17,4 % zemřelých), mezi ženami pak ve věkové kategorii 85-89 let (19,9 % zemřelých žen).

Nejvíce úmrtí v Pardubickém kraji je dlouhodobě způsobeno nemocemi oběhové soustavy. Roku 2023 se jednalo o 43,87 % zemřelých (41,4 % všech úmrtí mužů; 46,5 % úmrtí žen; celkem 2381 zemřelých). Nejčastější příčinou je ischemická choroba srdeční, která byla příčinou úmrtí u 15,4 % mužů a 15,1 % žen.¹⁶ Nemoci oběhové soustavy jsou nejčastější příčinou úmrtí ve věkových kategoriích 45-64 let, 65-74 let, 75-84 let a 85+. Čím starší věková

¹³ Murtagh, Fliss EM et al. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliative medicine 28,1 (2014): 49-58. doi:10.1177/0269216313489367

¹⁴ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 4 Úmrtí osob a místa úmrtí osob. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých

¹⁵ Tamtéž

¹⁶ Český statistický úřad. Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Pardubického kraje 2023. Datum vydání 31.10.2024. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomického-vyvoje-pardubickeho-kraje-2023>

kategorie, tím vyšší procento zemřelých z této příčiny (od 32,18 % ve věkové kategorii 45-64 let po 58,16 % ve věkové kategorii 85+)¹⁷. V kategorii nemoci oběhové soustavy je Pardubický o 5,1 % nad republikovým průměrem a na 1. příčce v republice v počtu úmrtí z této kategorie příčin¹⁸.

Druhou nejčastější příčinou jsou novotvary (onkologická onemocnění) s 22,52 % zemřelých. Kategorie novotvary kulminuje ve věkové kategorii 65-74 let (31,97 %, tj. 366 zemřelých), následně klesá; u věkové kategorie 75-84 let tvoří kategorie novotvary 25,93 % (466 zemřelých). U věkové kategorie 85+ „jen“ 9,92 % (166 zemřelých). V kategorii novotvary je Pardubický kraj mírně (o 2,23 %) pod celorepublikovým průměrem úmrtí z této příčiny. Kategorie ostatních příčin úmrtí jsou pod 8 %, v největším počtu případů (7,3 %) se jednalo o nemoci dýchací soustavy.¹⁹

¹⁷ [nzip.cz](https://www.nzip.cz). Počty zemřelých dle kapitol příčin úmrtí a věkové kategorie. Poslední aktualizace 18.2.2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/2109-zemreli-kapitoly-pricin-umrti-vekove-kategorie-datovy-souhrn>

¹⁸ Český statistický úřad. Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Pardubického kraje 2023. Datum vydání 31.10.2024. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomickeho-vyvoje-pardubickeho-kraje-2023>

¹⁹ [nzip.cz](https://www.nzip.cz). Počty zemřelých dle kapitol příčin úmrtí a věkové kategorie. Poslední aktualizace 18.2.2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/2109-zemreli-kapitoly-pricin-umrti-vekove-kategorie-datovy-souhrn>

2.2 Dosavadní vývoj a současné postavení paliativní péče ve zdravotnictví a sociálních službách Pardubického kraje

Následující kapitola poskytuje vhled do důležitých oblastí poskytování paliativní péče v Pardubickém kraji. Pomocí odpovědí na klíčové otázky pokrývá témata: míst úmrtí a trajektorií péče v závěru života u obyvatel Pardubického kraje, dostupnosti obecné i specializované paliativní péče a úrovně těchto poskytovatelů, identifikaci oblastí paliativní péče vhodných k rozvoji v dalších letech, úrovně dostupného vzdělávání v paliativní péči, dětské paliativní péče a vnímání financování paliativní péče v kraji optikou poskytovatelů.

2.2.1 Kde umírají obyvatelé Pardubického kraje a jeho okresů a jaká je návaznost na obecnou a specializovanou paliativní péči?

Shrnutí

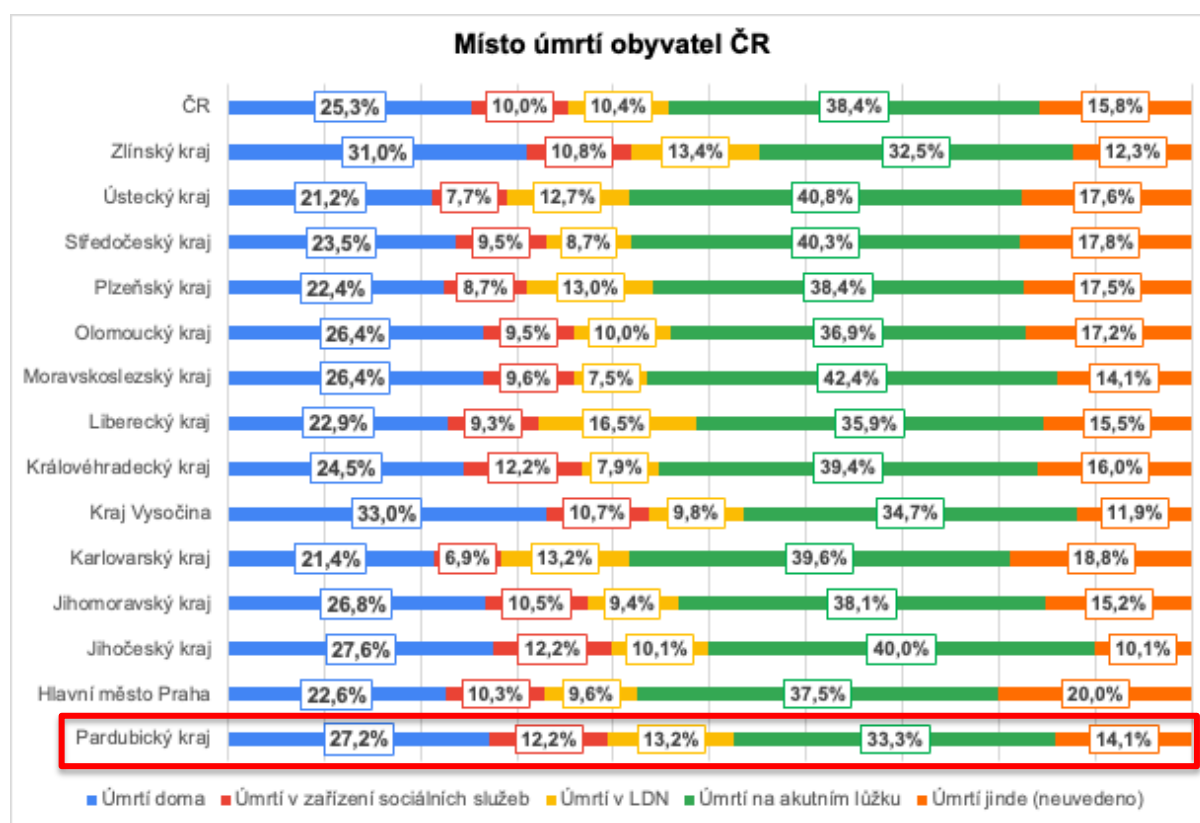
- obyvatelé Pardubického kraje nejčastěji umírají na akutních lůžkách v nemocnici (zhruba třetina všech úmrtí)
- v péči poskytovatelů specializované paliativní péče zemřelo pouze 14 % obyvatel, kteří zemřeli na očekávatelné příčiny
- 58 % obyvatel Pardubického kraje zemřelo v roce 2023 v péči poskytovatelů obecné paliativní péče, tedy v LDN, nemocnicích (na akutních lůžkách) či v zařízení sociálních služeb
- podíl optimálních trajektorií péče v závěru života od roku 2012 významně posílil
- od roku 2012 významně posílily trajektorie, kde péči v závěru života poskytují poskytovatelé specializované paliativní péče, konkrétně mobilní specializované paliativní péče, s jejichž péčí v roce 2023 zemřelo 169 obyvatel kraje, a poskytovatelé lůžkové péče hospicového typu, s jejichž péčí zemřelo 165 terminálně nemocných. Proti roku 2012 se jedná o pozitivní navýšení o 10 %.

Místa úmrtí obyvatel Pardubického kraje

Nejčastějším místem úmrtí v Pardubickém kraji bylo úmrtí na akutním nemocničním lůžku, kde zemřelo 33 % (tj. 1 808) obyvatel (viz Obr. 2). Ve srovnání s ČR zemřelo v Pardubickém kraji na akutních lůžkách o 5,1 % méně osob. Na akutních lůžkách v Pardubickém kraji rovněž zemřela absolutní většina osob, zemřelých z očekávatelných příčin, což naznačuje **chybějící mechanismy pro včasný záchyt pacientů a jejich úmrtí v místě, které by více odpovídalo potřebám a pravděpodobně i preferencím samotných obyvatel.**²⁰

²⁰ přednáška prof. Duška na KÚ Pardubického kraje konaná dne 18. 6. 2025, snímek 97

Obr. 2 - Místa úmrtí v roce 2023 - přehled ČR²¹



Dalšími místy úmrtí po akutních lůžkách nemocnic jsou v pořadí sestupně:

- domácí prostředí – zemřelo 27,2 % (1476 obyvatel),
- LDN – zemřelo 13,2 % (714 osob),
- zařízení sociálních služeb – zemřelo 12,2 % (663 obyvatel).
- 14,1 % (766 osob) obyvatel zemřelo jinde.²²

Mezi okresy má nejvyšší podíl zemřelých v domácím prostředí okres **Ústí nad Orlicí**, a to 29,8 % (411 osob), přičemž celorepublikový průměr činí 25,3 %. **Okres Ústí nad Orlicí měl v roce 2023 oproti celorepublikovému průměru 38,4 % významně nižší podíl zemřelých na akutních lůžkách, a to 30,8 % (424 zemřelých).** Nižší podíl úmrtí na akutních lůžkách může být dán kombinací rozvoje forem specializované paliativní péče (mobilní specializované paliativní péče i vznikem paliativního týmu v orlickoústecké nemocnici), také však celkově nižším podílem dostupných akutních lůžek na obyvatele.

Okres **Svitavy má výrazně vyšší podíl zemřelých v LDN, a to 19,7 % (222 osob), což je významně více než celorepublikový průměr 10,4 %.** V rozhovorech se zástupci poskytovatelů zaznělo, že rozdíl může být daný vnímanou kvalitou LDN v okrese pacienti a přístupem těchto LDN k poskytování obecné paliativní péče. Významný je rovněž rozdíl v podílu zemřelých v LDN mezi okresy Svitavy a Chrudim (o 10 % v roce 2023) a Svitavy a Pardubice (o 9 %). Další rozdíly mezi okresy nejsou věcně významné. V tabulce č. 5 jsou vyčíslena místa úmrtí v jednotlivých okresech Pardubického kraje.

²¹ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31. 3. 2025. Tab. 4 Úmrtí osob a místa úmrtí osob. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých

²² ÚZIS ČR. Data dodaná k 31. 3. 2025. Tab. 4 Úmrtí osob a místa úmrtí osob. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých

Tab. 5 Vybraná místa úmrtí v okresech Pardubického kraje v roce 2023²³

	Úmrtí doma	Úmrtí v zařízení soc. služeb	Úmrtí v LDN	Úmrtí na akutním lůžku	Úmrtí jinde	Zemřelých osob celkem
Chrudim	28,0%	14,6%	9,7%	33,3%	14,4%	1 124
Pardubice	24,4%	13,5%	10,7%	34,4%	17,0%	1 796
Svitavy	27,6%	9,3%	19,7%	34,7%	8,7%	1 129
Ústí nad Orlicí	29,8%	11,0%	13,9%	30,8%	14,6%	1 378

Trajektorie péče v závěru života

Pro lepší vhled do okolností péče v závěru života prezentujeme v další části data o takzvaných optimálních a neoptimálních trajektoriích v závěru života, což je metodika vytvořená ÚZIS ČR ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP. Trajektorie jsou standardizovanou typologií průchodu zdravotním systémem před smrtí – nepokrývají všechny možné cesty, avšak stanovují 8 optimálních a 8 neoptimálních trajektorií z hlediska obvyklých předpokladů pro zajištění kvality života pacientů a efektivity poskytování zdravotních služeb. Počítány jsou ze souboru tzv. očekávatelných úmrtí (cca 57 % zemřelých v Pardubickém kraji v jednotlivých letech), o kterých již bylo psáno výše.

Tab. 6 Přehled optimálních trajektorií

Optimální trajektorie péče v závěru života
OT 1 – Terminálně nemocný pacient dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic
OT 2 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma
OT 3 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře
OT 4 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče
OT 5 – Terminálně nemocný pacient dochovaný v lůžkovém hospici
OT 6 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory
OT 7 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči
OT 8 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí (resp. v režimu signálního kódu)

Tab. 7 Přehled neoptimálních trajektorií

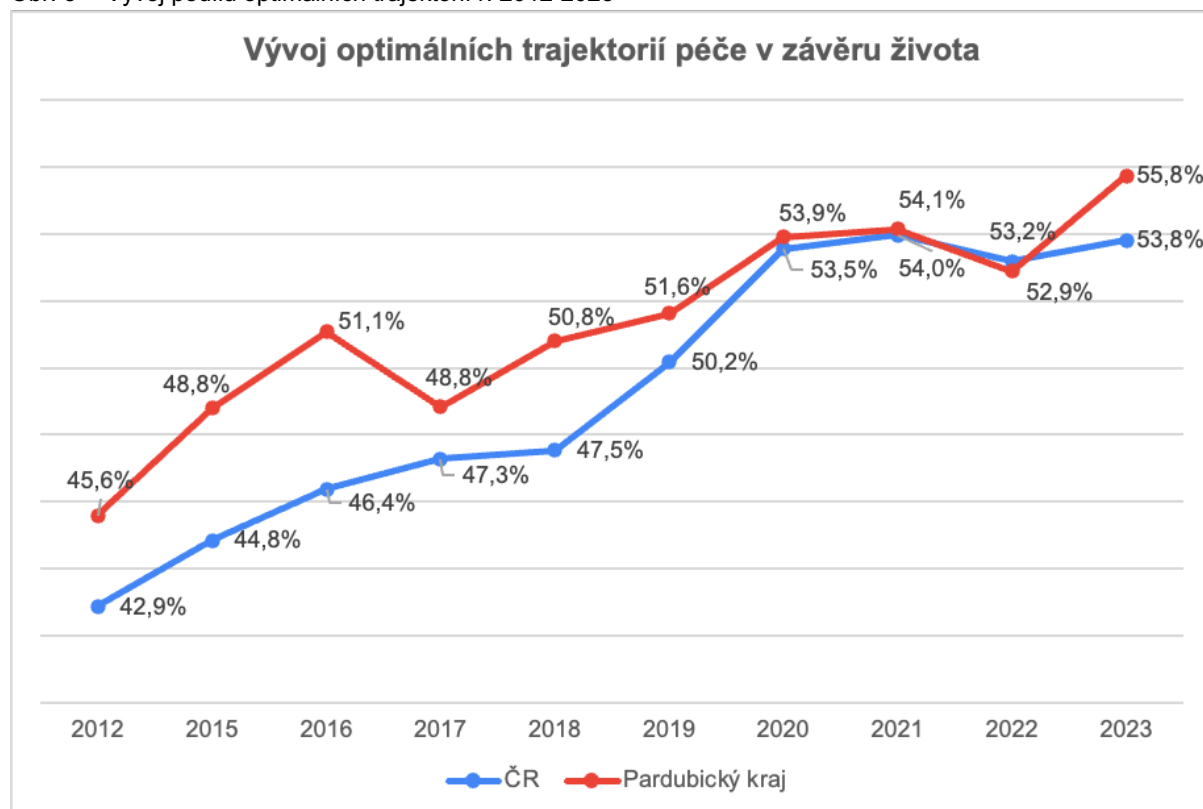
Neoptimální trajektorie péče v závěru života
NT 1 – Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace
NT 2 – Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou
NT 3 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace
NT 4 – Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně záchrannou službou
NT 5 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace
NT 6 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace prostřednictvím ZZS

²³ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 4 Úmrtí osob a místa úmrtí osob. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých

NT 7 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace
NT 8 – Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci

Podíl optimálních trajektorií péče v závěru života v Pardubickém kraji vytrvale roste (viz Obr. 3); oproti roku 2012 lze vidět v případě Pardubického kraje v roce 2023 nárůst o 10,2 % (na 55,8 %), tedy 249 osob, což odpovídá trendu v celé ČR, kde byl patrný nárůst o 11 %. Pardubický kraj, s výjimkou roku 2022, byl ve sledovaném období vždy nad průměrem ČR, průměrně o 2 %.

Obr. 3 Vývoj podílu optimálních trajektorií r. 2012-2023²⁴



Optimální trajektorie

Mezi lety 2012 a 2023 došlo ve všech okresech Pardubického kraje k významným změnám v rozložení optimálních trajektorií u osob s očekávatelným úmrtím (viz Tab. 8). Dominantní trend představuje pokles podílu úmrtí na lůžkách následné či dlouhodobé péče (OT 1) a nárůst podílu péče poskytované v domácím prostředí mobilní specializovanou paliativní péčí (OT 4) nebo v lůžkových hospicích (OT 5).

Trajektorie OT 1 (úmrtí na lůžku následné či dlouhodobé péče mimo hospic) zaznamenala významný pokles ve všech okresech – nejvíce v Chrudimi (z 32,4 % na 10,8 %, tj. -21,6 %), a dále ve Svitavách (z 29,7 % na 19,9 %, -9,8 %), Ústí nad Orlicí (z 24,0 % na 15,2 %, -8,8 %) a Pardubicích (z 23,5 % na 14,7 %, -8,8 %). Přesto zůstává ve všech okresech, s výjimkou okresu Chrudim, nejčastější formou péče v závěru života, řazenou mezi optimální trajektorie.

²⁴ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 2 Trajektorie ČR. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých

Naopak významně vzrostl podíl OT 5 (úmrtí v lůžkovém hospici): nejvýrazněji v Pardubicích (z 0,9 % na 8,3 %, +7,4 %), dále v Chrudimi (z 0,6 % na 6,5 %, +5,9 %) i Ústí nad Orlicí (z 0,5 % na 4,5 %, +4,0 %).

OT 4 – úmrtí doma s asistencí MSPP – vykazuje rovněž významný nárůst: z 0 % v roce 2012 na 8,3 % v Ústí nad Orlicí, 6,9 % ve Svitavách, 4,7 % v Pardubicích a 1,3 % v Chrudimi. V Ústí nad Orlicí a Svitavách tak podíl v roce 2023 překročil republikový průměr (5 %) i průměr kraje (5,5 %). V Chrudimi zatím zůstává MSPP na začátku rozvoje.

Tab. 8 Optimální a neoptimální trajektorie péče v závěru života – okresy Pardubického kraje²⁵

Trajektorie	Chrudim		Pardubice		Svitavy		Ústí nad Orlicí	
	2012	2023	2012	2023	2012	2023	2012	2023
OT 1 – Terminálně nemocný pacient dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic	32 %	13 %	24 %	11 %	30 %	13 %	24 %	14 %
OT 2 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma	10 %	11 %	7 %	6 %	6 %	6 %	8 %	6 %
OT 3 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře	6 %	11 %	5 %	15 %	4 %	20 %	5 %	15 %
OT 8 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí	2 %	6 %	3 %	8 %	2 %	1 %	4 %	4 %
OT 6 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory	1 %	5 %	3 %	3 %	1 %	3 %	1 %	3 %
OT 7 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči (například s MSPP)	1 %	5 %	2 %	3 %	1 %	2 %	1 %	3 %
OT 5 – Terminálně nemocný pacient dochovaný v lůžkovém hospici	1 %	5 %	1 %	3 %	0 %	3 %	1 %	2 %
OT 4 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí MSPP	0 %	1 %	0 %	5 %	0 %	7 %	0 %	8 %
NT 1 – Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace	22 %	17 %	22 %	17 %	24 %	18 %	23 %	17 %
NT 2 – Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci ZZS	10 %	9 %	14 %	10 %	14 %	10 %	13 %	9 %
NT 4 – Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně ZZS	5 %	6 %	7 %	6 %	7 %	7 %	6 %	7 %
NT 3 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace	5 %	3 %	9 %	4 %	7 %	4 %	9 %	4 %
NT 5 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace	3 %	3 %	3 %	5 %	3 %	3 %	3 %	4 %
NT 6 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace po převozu ZZS	2 %	2 %	1 %	3 %	2 %	3 %	2 %	3 %
NT 7 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %

²⁵ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 3 Trajektorie za okresy Pardubického kraje. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých

NT 8 – Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Optimální trajektorie v závěru života	54 %	59 %	44 %	54 %	43 %	55 %	44 %	56 %
Neoptimální trajektorie v závěru života	46 %	41 %	56 %	46 %	57 %	45 %	56 %	44 %
Celkový počet očekávatelná úmrtí	671	622	1 077	997	718	677	776	802

OT 2 – úmrtí doma bez explicitní zdravotní podpory – narostlo významně ve Svitavách (z 5,7 % na 13 %), v ostatních okresech méně – v Ústí nad Orlicí (o 5,9 na 14,1 %), Pardubicích o 4,1 % (na 11,4 %) i Chrudimi (o 3,4 % na 13,3 %), což ukazuje na posun preferencí směrem k domácímu prostředí.

OT 6 a OT 7 (pobytové sociální služby s/bez sdílené péče) zaznamenaly významný nárůst zejména v okrese Chrudim – celkem +8,5 %, přičemž tyto formy péče zde překonaly OT 4.

Celkový podíl optimálních trajektorií vzrostl ve všech okresech: nejvíce v Ústí nad Orlicí o 11,9 % (z 44,1 % na 56,0 %) a Svitavách o 11,2 % (z 43,3 % na 54,5 %), dále v Pardubicích o 10,5 % (z 43,8 % na 54,3 %). V Chrudimi byl, pro vysokou počáteční hodnotu, nárůst nejmenší (z 53,7 % na 59,0 %), což poukazuje na výrazný posun v ostatních okresech Pardubického kraje, rovněž na skutečnost, že při rozvinutější úrovni paliativní péče lze očekávat další nárůst pomalejší (jako v případě okresu Chrudim). **Posuny ve všech okresech značí pozitivní posun směrem k péči více odpovídající paliativním principům,** především díky rozvoji MSPP, hospicové péče a implementaci paliativní péče v pobytových službách pro seniory. Dá se také říci, že vývoj v Pardubickém kraji ve většině trajektorií odpovídá vývoji v celé republice, viz tabulka č. 9.

Tab. 9 Optimální a neoptimální trajektorie péče v závěru života – srovnání ČR a Pardubického kraje²⁶

	Pardubický kraj			ČR		
	2012	2023	změna	2012	2023	změna
OT 1 – Terminálně nemocný pacient dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic	27 %	15 %	-11 %	22 %	16 %	-6 %
OT 2 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma	8 %	13 %	5 %	9 %	13 %	4 %
OT 3 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře	5 %	7 %	2 %	5 %	7 %	2 %
OT 4 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče	0 %	5 %	5 %	0 %	5 %	5 %
OT 5 – Terminálně nemocný pacient dochovaný v lůžkovém hospici	1 %	5 %	5 %	3 %	4 %	1 %
OT 6 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory	1 %	3 %	2 %	1 %	3 %	2 %
OT 7 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči	1 %	3 %	2 %	1 %	3 %	2 %
OT 8 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí (resp. v režimu signálního kódu)	3 %	3 %	0 %	2 %	3 %	1 %
NT 1 – Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace	23 %	18 %	-5 %	25 %	18 %	-7 %

²⁶ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 2 Trajektorie ČR. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých

NT 2 – Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou	13 %	9 %	-3 %	14 %	11 %	-3 %
NT 3 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace	8 %	7 %	-1 %	7 %	6 %	-1 %
NT 4 – Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně záchrannou službou	6 %	4 %	-2 %	6 %	5 %	-1 %
NT 5 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace	3 %	4 %	1 %	3 %	3 %	0 %
NT 6 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace prostřednictvím ZZS	2 %	3 %	1 %	2 %	3 %	1 %
NT 7 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
NT 8 – Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Optimální trajektorie celkem %	46 %	56 %	10 %	43 %	54 %	11 %
Neoptimální trajektorie celkem %	54 %	44 %	-10 %	57 %	46 %	-11 %
Celkový počet očekávatelná úmrtí	3 242	3 098	-144,00	65 151	67 249	2 098

Neoptimální trajektorie

Pořadí neoptimálních trajektorií (NT) bylo v roce 2023 mezi okresy podobnější než u optimálních trajektorií. Nejčastěji se vyskytovala NT 1 (úmrtí za terminální hospitalizace), následována NT 2 (převoz k terminální hospitalizaci ZZS) a NT 3 (úmrtí během hospitalizace pacienta v domácí péči). V okresech Chrudim, Svitavy a Ústí nad Orlicí byla na čtvrtém místě NT 5 (klient domova pro seniory zemřelý za terminální hospitalizace), zatímco v Pardubicích ji nahradila NT 4 (opakované převozy ZZS, 5,2 %).

Mezi lety 2012 a 2023 se změny v neoptimálních trajektoriích pohybují obvykle pod 5 % a je vhodné je interpretovat jako náznaky trendů:

- NT 1 (úmrtí za terminální hospitalizace) klesla ve všech okresech o cca 5 %, nejvíce v Ústí nad Orlicí (-5,6 %) a Chrudimi (-4,9 %).
- V Pardubicích došlo k nárůstu NT 6 (úmrtí klienta domova pro seniory po převozu ZZS) o 1,7 %, což může v kontextu stárnutí populace signalizovat budoucí vývoj.
- Naopak NT 2 (převoz k terminální hospitalizaci) poklesla v Pardubicích o 4,1 % a ve Svitavách o 3,9 %.
- Ve Svitavách také poklesla NT 4 (opakované převozy ZZS), a to o 3,4 % oproti roku 2012.

Celkově lze říci, že vývoj v oblasti neoptimálních trajektorií je méně dynamický než u optimálních, ale i zde lze zaznamenat pozitivní posuny v několika klíčových ukazatelích. Mezi lety 2012 a 2023 došlo v Pardubickém kraji ke zřetelnému posunu ve struktuře míst, kde lidé s očekávatelným úmrtím umírají, a k proměně způsobu poskytování péče v závěru života. Z dat o trajektoriích vyplývá celkový **pozitivní trend směrem k důstojnějším a preferovaným formám péče**, zejména formou péče v domácím prostředí, v lůžkových hospicích či v pobytových sociálních službách. Podařilo se snížit podíl úmrtí v lůžkách následné a dlouhodobé péče (OT 1) a částečně také omezit nežádoucí formy umírání v nemocnicích či při převozech ZZS (NT 1, NT 2 a NT4). **Nadále však přetrvává vysoký podíl hospitalizačních trajektorií**, a to i u klientů domovů pro seniory, což naznačuje přetrvávající mezery v integraci zdravotní a sociální péče. Rozvoj mobilní specializované paliativní péče (MSPP) je zatím nerovnoměrný – v některých okresech (Ústí nad Orlicí,

Svitavy) již dosahuje a překračuje celostátní průměr, zatímco jinde (např. Chrudim) je zatím spíše v přípravné fázi. Významně se zvýšilo i využití lůžkových hospiců, zejména v Pardubicích a Chrudimi. V některých regionech (zejména Chrudimi) se začíná více uplatňovat sdílená péče v pobytových sociálních službách pro seniory.

2.2.2 Jaké formy paliativní péče jsou v Pardubickém kraji dostupné? Jaká je úroveň poskytované paliativní péče?

Shrnutí k dostupnosti paliativní péče

Specializovaná paliativní péče:

- existuje reálná potřeba navýšit počet konziliárních týmů (odbornost 929) v každé okresní nemocnici (aktuálně jen Pardubice a Ústí nad Orlicí) a posílit kapacity stávajících týmů,
- personální kapacity ambulancí paliativní medicíny (odbornost 720) často čelí nedostatku personálu s ohledem na potřeby pacientů a jejich blízkých; bylo by vhodné podpořit návštěvní službu ambulancí,
- významný moment je plánované zahájení činnosti týmu mobilní specializované paliativní péče (MSPP) v Chrudimi a s tím související úkol vyjasnění kompetencí mezi MSPP v oblastech s překryvem dostupnosti.

Obecná paliativní péče

- pokrytí odborností 925 je dostatečné, ale chybí systematické uchopení paliativní péče u těchto poskytovatelů,
- praktičtí lékaři jsou velmi aktivní v péči v závěru života, zejména v posledních 30 dnech. Kvůli nízkému počtu přepočtených úvazků a demografickému vývoji však hrozí zhoršení dostupnosti primární péče, což by mohlo přetížit specializované služby a zhoršit dostupnost péče pro křehké seniory,
- lůžka následné a dlouhodobé péče hrají klíčovou roli v závěru života, je u nich třeba podpořit upevnění obecné paliativní péče a zajistit důstojné podmínky v péči o pacienty v závěru života a jejich blízké,
- pobytové sociální služby se v různé míře setkávají s umíráním; domovy pro seniory mají více zkušeností než zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Obecnou paliativní péči je potřeba rozvíjet i v chráněném bydlení či odlehčovacích službách,
- terénní sociální služby mají rozdílné zkušenosti s péčí v závěru života. U mnohých roste zájem o toto téma, ale chybí systematické vzdělávání a podpora jejich role v identifikaci paliativních potřeb klientů.

Poskytovatelé specializované paliativní péče

Tabulka 10 uvádí přehled poskytovatelů k 31. 12. 2023, doplněna byla o informace z rozhovorů s poskytovateli tak, aby odrážela současnou situaci (tedy k datu odevzdání analytické části koncepce). Doplněn byl konziliární tým paliativní péče (dále jen KTPP) v Orlickoústecké nemocnici a poskytovatel mobilní specializované paliativní péče (dále jen MSPP) v Chrudimi, který se dle informací z rozhovorů chystá na spuštění provozu. Doplnění poskytovatelé jsou v Tab. 10 označeni hvězdičkou.

Tab. 10 Poskytovatelé specializované paliativní péče²⁷

	odb. 720	odb. 926	odb. 929	hospicová lůžka
Chrudim	1	1*		1
Pardubice	2	1	1	
Svitavy	1	1		
Ústí nad Orlicí	2	1	1*	1
Pardubický kraj celkem	6	4	2	2

Dále jsou analyzována data pro odbornosti 720 (ambulace paliativní medicíny), 926 (mobilní specializovaná paliativní péče), 929 (konziliární tým paliativní péče v nemocnici), pro lůžka hospicového typu bohužel nejsou dostupná srovnatelná data o vykázané péči pacientům dle místa bydliště. U lůžek hospicového typu text vychází z veřejně dostupných dat (nzip.cz), rozhovorů a dat od poskytovatelů, dat o personálním složení a počtech poskytovatelů k roku 2023 dodaných ÚZIS. Text dále shrnuje zjištění k jednotlivým odbornostem.

Tab. 11 Vykázaná specializovaná paliativní péče v ČR v roce 2023 přepočteno na 100 tis. obyvatel²⁸

	odb. 720			odb. 926			odb. 929			celkem SPP	počet obyvatel
	P	N	výkon	P	N	výkon	P	N	výkon		
Kraj Vysočina	151	8	98	201	8	130	147	5	152	499	517 960
Jihomoravský kraj	133	12	136	95	13	90	79	5	194	307	1 226 749
Zlínský kraj	88	6	86	136	5	158	85	2	247	310	580 744
Hlavní město Praha	87	9	134	44	3	205	96	8	167	228	1 384 732
Jihočeský kraj	78	5	102	83	5	109	32	1	209	193	654 505
Pardubický kraj	70	6	62	70	3	123	26	1	136	165	530 560
Královéhradecký kraj	51	3	95	47	2	130	44	1	245	142	556 949
Moravskoslezský kraj	46	6	91	55	3	218	57	3	224	157	1 189 204
Olomoucký kraj	35	5	44	75	2	238	40	1	254	150	632 864
Plzeňský kraj	47	2	145	32	1	194	29	1	179	108	613 374
Ústecký kraj	30	2	120	10	2	41	62	2	250	101	811 169
Středočeský kraj	37	4	133	25	4	92	35	1	512	97	145 594
Karlovarský kraj	5	2	8	42	2	62	13	0	0	60	295 077
Liberecký kraj	20	2	44	29	1	129	11	0	0	59	450 728
celkem ČR	66	72	100	62	54	126	58	31	205	226	10 900 555
medián výkonu			96			129			217		

P = počet vykázaných pacientů přepočtených na 100tis. obyvatel

N = počet poskytovatelů

výkon = počet vykázaných pacientů celkem / počet poskytovatelů

²⁷ Tabulka vytvořena na základě dat dodaných ÚZIS ČR k 4.6.2025 v rámci části B žádosti o data podané Pardubickým krajem 5.2.2025 a doplněna o informace z rozhovorů s poskytovateli

²⁸ Tabulka vytvořena na základě dat týkajících se specializované paliativní péče dodaných ÚZIS ČR k 31.3.2025 na základě žádosti o data podané Pardubickým krajem 5.2.2025

AMBULANCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY (odbornost 720)

Odbornost 720 má zaregistrovaných šest poskytovatelů na území Pardubického kraje – paliativní ambulance působí pod oblastními Charitami Pardubice, Polička, dále v Hospici Chrudim, organizaci MULTISCAN, Albertinu Žamberk a Orlickoústecké nemocnici. Pardubický kraj měl v roce 2023 **jeden z nejlepších propočtů poskytovatelů odbornosti 720 / 100 tis. obyvatel mezi kraji ČR, a to 1,1** (předčil jej pouze Kraj Vysočina s 1,5 IČZ/100 tis.)²⁹.

Roku 2023 vykázali poskytovatelé odbornosti 720 péči u 371 pacientů. **Z hlediska přepočtu vykázané péče odbornosti 720 na 100 tis. obyvatel byl Pardubický kraj na 6. místě a nad průměrem ČR** (viz tabulka č. 11).

Výkonnost poskytovatelů (viz tabulka č. 11) **však byla poměrně hluboce pod průměrem ČR** (ten je 100,5 vykázaných pacientů/poskytovatel/rok 2023). Z dostupných dat³⁰ jsou mezi poskytovateli patrné výrazné rozdíly v počtu pacientů, kterým poskytli péči v roce 2024 s tím, že jeden z poskytovatelů péči v roce 2024 neposkytl žádnému pacientovi. Na základě rozhovorů lze podobnou situaci předpokládat i v předcházejících letech, tedy uvedená průměrná výkonnost by fakticky byla o něco vyšší, přesto však nižší než medián. Mezi důvody nižší výkonnosti, kterou zmiňovali informanti, mohou být nedostatečné kapacity (úvazky) lékařů s atestací v paliativní medicíně („paliatrů“), s tím související omezené inzerování existence ambulance paliativní medicíny, dále obtíže v získávání paliatrů. Jeden z informantů rovněž zmínil nerentabilitu ambulance paliativní medicíny, kdy mohou být právě finance rovněž limitujícím faktorem. Zkušenost, že úhrada za kódy vykazovatelné v rámci ambulance 720 nepokryjí všechny potřebný provoz, potvrzují i zkušenosti z dalších míst.

Péči ve všech ambulancích 720 v kraji zajišťovalo celkem:

- 8 lékařů L3 (v různých úvazcích),
- 1 všeobecná sestra,
- 1 ostatní střední zdravotnický personál,
- 1 ostatní personál.

Nositelům odbornosti pro nasmlouvání ambulance 720 je lékař, personální požadavky na další členy týmu nejsou formálně vyžadovány, a to vede k limitům v možnostech a dostupnosti podpory pro pacienty a jejich blízké. Z hlediska počtu zaměstnanců, je personální zabezpečení lékařů (L3) (s výjimkou okresu Chrudim) i sestrami (S1-S3) pod republikovým průměrem.

Z provedených rozhovorů vyplývá, že **pouze někteří ze stávajících poskytovatelů konají návštěvní službu a mohou tedy rovněž saturovat potřeby těch, kteří nemohou přijít do ordinací lékařů**. Ambulance paliativní medicíny nemusí mít kód pro vyšetření pacienta v domácím prostředí nasmlouván, případně jej nasmlouván mít mohou, ale nemusí jej realizovat.

Zemřelí, o které poskytovatelé odbornosti 720 v roce 2024 v Pardubickém kraji pečovali, byli nejčastěji z věkové kategorie 65-84 let, nejčastějšími diagnózami pacientů zemřelých v roce

²⁹ ÚZIS ČR. Data dodaná k 4.6.2025. Paliativní péče v krajích ČR a okresech Pardubického kraje. Zdroj: NRHZS.

³⁰ Datový dotazník, počet odpovědí: 3

2024 byly novotvary a nemoci oběhové soustavy³¹, což odpovídá nejčastějším příčinám úmrtí v Pardubickém kraji, viz kapitola 2.1.2.

Svou celkovou úroveň poskytované paliativní péče poskytovatelé odbornosti 720 na subjektivní škále od 1 do 10, kde 1 znamená nejhůře a 10 nejlépe, hodnotili číslem 8, tedy poměrně vysoko. Chybějící body do plného počtu vysvětlovali rezervami v zastupitelnosti lékařů a sester a nedostatek rychlých termínů k paliatrovi a psychologovi.

MOBILNÍ SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE (odbornost 926)

Péči v Pardubickém kraji poskytují v současnosti 3 poskytovatelé MSPP (tedy s nasmlouvanou odborností 926) pod hlavičkou Charity, a to:

- Domácí hospic Andělů strážných (sídlo Holice),
- Domácí hospic sv. Michaela (sídlo v Poličce),
- Domácí hospic ALFA-OMEGA (sídlo v Letohradu).
- U jednoho týmu v okr. Chrudim, rovněž spadajícího pod Charitu, lze dle informací od poskytovatelů očekávat spuštění provozu (i vykazování na pojišťovny) v nejbližších měsících.

V každém okrese Pardubického kraje tedy lze předpokládat fungování jednoho týmu MSPP. **Vznik MSPP v Chrudimi reaguje na bílé místo z pohledu zajištění dostupnosti SPP v přirozeném prostředí pacienta.** Dle rozhovorů s poskytovateli dochází mezi poskytovateli MSPP k dohodě o obsluze území tak, aby si vzájemně nepřebírali pacienty. V současné chvíli však není MSPP stabilně a rovnoměrně dostupná v rámci celého kraje.

Doporučení Evropské asociace paliativní péče (dále jen EAPC) (Radbruch, Payne et al., 2010) doporučuje pokrytí jedné MSPP zhruba na 100 000 obyvatel³², za předpokladu dostupné sítě dalších typů služeb obecné i specializované paliativní péče. Při čtyřech zástupcích MSPP by na jednoho poskytovatele vycházelo cca 132,5 tis. obyvatel, mohlo by tedy být účelné po době záběhu nového poskytovatele MSPP podpořit vznik ještě dalšího poskytovatele nebo dostatečné navýšení kapacit stávajících poskytovatelů.

V roce 2023 byla péče odborností 926 vykázána u 369 pacientů.³³ Z hlediska počtu tedy bylo vykázaní odbornosti prakticky shodné s odborností 720. **Přepočtem vykázaných pacientů na 100 tis. byli poskytovatelé MSPP Pardubického kraje na 6. místě v ČR (viz tabulka č. 11). Průměrná výkonnost poskytovatelů odb. 926 v Pardubickém kraji se držela v roce 2023 kolem průměru ČR (viz tabulka č. 11), který byl 126,1 pacientů/poskytovatel/rok.**

Z hlediska personálního složení data ÚZIS³⁴ uvádí u třech poskytovatelů celkem:

- 15 lékařů L3,
- 3 lékaře L2³⁵,
- 6 všeobecných sester S3,

³¹ Datový dotazník

³² White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 2010, 17(1)

³³ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 6.1: Vykázaná péče ve specializované paliativní péči ODB 926. Zdroj: NRHZS.

³⁴ ÚZIS ČR. Data dodaná k 4.6.2025. Paliativní péče v krajích ČR a okresech Pardubického kraje. Zdroj: NRHZS.

³⁵ Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu MZ ČR (po absolvování základního kmene)

- 19 pracovníků v kategorii ostatní střední zdravotnický personál.

Svou úroveň poskytovatelé odbornosti 926 na subjektivní škále od 1 do 10, kde 1 znamená nejhůře a 10 nejlépe, hodnotili číslem 9³⁶, tedy vysoko. Níže jsou uvedeny výroky dokládající hodnocení úrovně samotných poskytovatelů odbornosti 926.

- *Myslím, že poskytujeme kvalitní péči, snažíme se o komplexní a zároveň individuální přístup. Hodně pomáhá týmová práce všech profesí, nejen zdravotních. (926)*
- *Úroveň péče je velmi vysoká, jen bychom potřebovali ještě alespoň jednu zdravotní sestru na plný úvazek nebo několik na zkrácený, aby byl dostatečně zabezpečený zástup a zamezilo se vyhoření personálu. (926)*
- *Tým je profesionální, má již pevné místo v regionu a pracovníky s velkými zkušenostmi v paliativní péči.³⁷ (926)*

Zároveň je třeba říci, že toto vnímání podporují i výroky ostatních poskytovatelů z rozhovorů i dotazníků, kteří popisují spolupráci jako dobrou a naplňující jejich očekávání.

Kromě poskytovatelů s registrací MSPP poskytují péči na území kraje i další 2 služby domácí hospicové péče, které však zejména z hlediska personálních nároků nesplňují požadavky na odbornost 926:

- Domácí dětská paliativní péče ENERGEIA (okres Chrudim),
- Bílá holubice - domácí hospicová péče (okres Chrudim, s přesahem do Svitav)

KONZILIÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE (odbornost 929)

Na území Pardubického kraje působí 2 poskytovatelé konziliárních týmů paliativní péče (KTPP). Data z roku 2023 zohledňují pouze jednoho poskytovatele, a to KTPP v Pardubické nemocnici, tým v Orlickoústecké nemocnici začal působit v květnu roku 2023³⁸. **KTPP v Pardubické nemocnici měl r. 2023 nejnižší průměrnou výkonnost** mezi KTPP krajů, které je mají, viz. Tab. 11. Po přepočtení vykázaných pacientů na 10 tis. zemřelých s očekávatelným úmrtím výsledky ukazují na relativně nízká procenta vykázaných pacientů; Pardubický kraj je s 6,42 % na 10. místě v ČR³⁹. Dle dat ÚZIS⁴⁰ se nicméně ukazuje, že **dopad KTPP Pardubické nemocnice byl jednoznačně pozitivní; intervence týmu zvýšily poměr pacientů zemřelých v žádoucích trajektoriích, a to o 17,9 % (z 55,8 % na 73,7 %).** Dopad KTPP Pardubického kraje je zhruba stejný jako souhrnný dopad KTPP v ČR, činnost tedy KTPP v Pardubickém kraji v roce 2023 vykonávali srovnatelně kvalitně.

Výstupy postojového dotazníku mezi poskytovateli ukazují na vnímaný prostor pro zlepšení služeb odbornosti 929; svou úroveň poskytovatelé odbornosti 929 na subjektivní škále od 1 do 10, kde 1 znamená nejhůře a 10 nejlépe, hodnotili číslem 7.⁴¹ Prostor pro rozvoj vnímá tým KTPP Orlickoústecké nemocnice ve vyčlenění úvazků členů týmů specificky pro KTPP, tím i

³⁶ Postojový dotazník, počet odpovědí: 7

³⁷ Postojový dotazník, všechny tři citace

³⁸ Důstojná péče o lidi v závěru života se v Pardubickém kraji zlepšuje, jak v sociálních, tak i ve zdravotnických zařízeních. Dostupné z: <https://www.e-pardubicko.cz/zpravy/7382-dustojna-pece-o-lidi-v-zaveru-zivota-se-v-pardubickem-kraji-zlepsuje-jak-v-socialnich-tak-i-ve-zdravotnickych-zarizenich>

³⁹ Prezentace prof. Duška konaná dne 18.6.2025 na KÚ Pardubického kraje, snímek 100

⁴⁰ Tamtéž snímek 101

⁴¹ Postojový dotazník, počet odpovědí: 5

získání více času pro péči o pacienty a jejich blízké. Pro tým KTHP v Pardubické nemocnici je důležitá další podpora a rozvoj koordinované spolupráce s ambulancí paliativní medicíny stejné nemocnice, která však spadá pod jiného poskytovatele. Rovněž se objevila otázka personálního zajištění.

O důležitosti odbornosti 929 rovněž hovořili další poskytovatelé služeb. Sdíleli, že v některých nemocnicích KTHP chybí, což je s ohledem na zajištění návaznosti paliativní péče velmi znát. Důležitou úlohu KTHP vidí v časně paliativní péči, vedení paliativních rozhovorů s rodinami a pacienty, ve zpracovávání plánu péče v závěru života, na který pak další poskytovatelé mohou navázat, též ve vybavení pacienta či blízkých informacemi, na které služby se mají obrátit.

LŮŽKOVÉ HOSPICE

Tab.12 Informace k lůžkům hospicového typu v Pardubickém kraji

	Hospic Chrudim	Albertinum Žamberk
Počet lůžek r. 2023	27 lůžek	20 lůžek
Personální složení r. 2023	5 lékařů L3, 3 S3 všeobecné sestry, 23 S2 a S1 středního zdravotnického personálu	4 lékaři L3, 3 S3 všeobecné sestry, 12 S2 a S1 středního zdravotnického personálu
Poskytování služeb pacientům i mimo kraj	Ano	Ano
Péče poskytnutá pacientům r. 2024	320	222
Počet zemřelých pacientů r. 2024	250	127
Počet předaných pacientů do péče MSPP r. 2024	2	25
Nejčastější věková kategorie zemřelých r. 2024	65-84 let	65-84 let
Dvě nejčastější dg. pacientů zemřelých r. 2024	Novotvary; nemoci nervové soustavy	Novotvary; nemoci oběhové soustavy
Medián délky péče r. 2024	7 dní	28 dní
Průměrná čekací doba na péči r. 2024	1 den	7 dní
Průměrný náklad na den péče	3 800 Kč	2000

V Pardubickém kraji fungují 2 lůžkové hospice, a to:

- Hospic Chrudim (okr. Chrudim) a
- Albertinum Žamberk (okr. Ústí nad Orlicí).

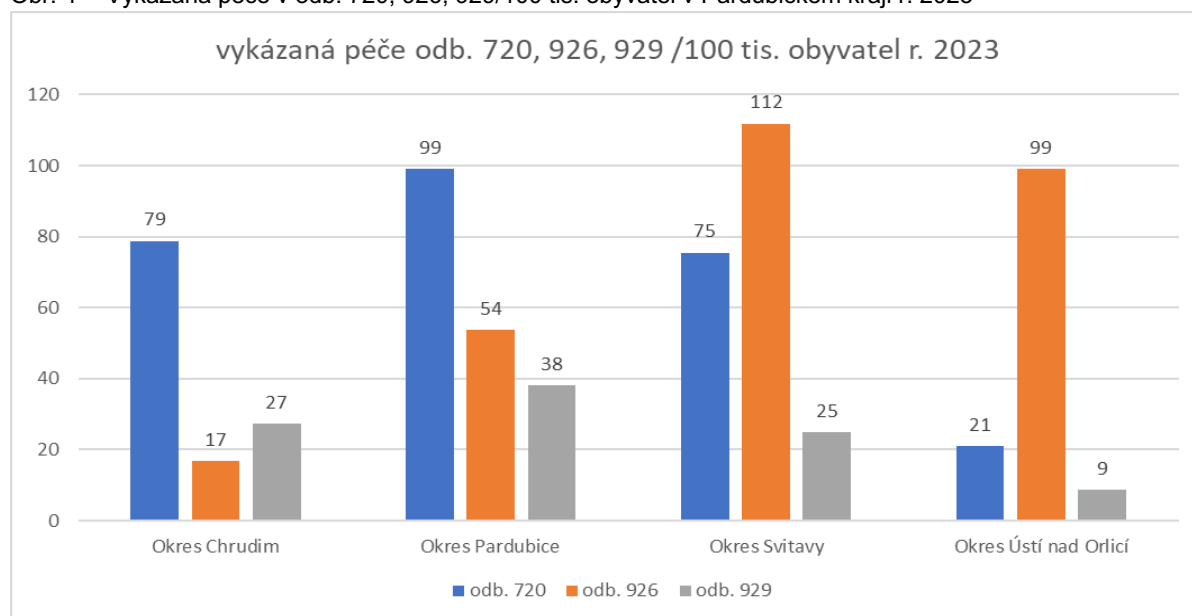
Zařízení typově poskytují služby v jiném horizontu dožití. Zatímco v případě Hospice Chrudim se jedná o nízké jednotky dní, v případě Albertina Žamberk se jedná téměř o poslední měsíc života. Z vyjádření poskytovatele typicky u polymorbidních pacientů, o které pečují, dochází v 1/3 k příliš časně indikaci k hospicové péči, v 1/3 k příchodu pacienta tak akorát, v 1/3 přichází pacient k příjmu příliš pozdě, aby vytěžil benefity služby. Příliš brzké indikace mohou být rovněž důsledkem sdílení stejné budovy s LDN. Mediánu délky péče také odpovídají počty pacientů, o které se služby postaraly, rovněž i průměrná čekací doba na péči, kdy Hospic Chrudim byl schopen přijmout pacienta většinou okamžitě, čekací doba v Albertinu byla obvykle týden. Náklady na den péče jsou v případě Albertina Žamberk nižší, skutečnost je daná i nižším personálním zabezpečením.

Zástupci lůžkových hospiců subjektivně hodnotí úroveň poskytované paliativní péče jejich službami vysoko, a to na 8-9 bodů z 10 možných. Jeden z poskytovatelů doplnil, že prostor ke zlepšení vidí ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.⁴²

Doporučení EAPC ke kapacitě lůžkových hospiců je zhruba 100 – 120 lůžek na 1 000 000 obyvatel, kapacita těchto zařízení v Pardubickém kraji je tedy relativně dostatečná. Je však nutné vnímat toto doporučení v kontextu předpokládané dostupnosti všech ostatních složek obecné i specializované paliativní péče v daném regionu.

Specializovaná paliativní péče v okresech

Obr. 4 Vykázaná péče v odb. 720, 926, 929/100 tis. obyvatel v Pardubickém kraji r. 2023⁴³



Pro srovnání dat mezi okresy byla vykázaná péče za rok 2023 v odbornostech 720, 926 a 929 přepočtena na 100 tis. obyvatel. Mezi okresy jsou rozdíly v počtech vykázané péče i nejčastěji využívaných formách.

- nejvyšší počet vykázané péče na 100 tis. obyvatel v odbornosti 720 má okres Pardubice (99/100 tis. obyvatel)
- pro okres Chrudim je právě odbornost 720 zdaleka nejčastěji využívanou formou (vykázána 79/100 tis. obyvatel)
- pro okres Svitavy a Ústí nad Orlicí je nejčastěji využívanou formou mobilní specializovaná paliativní péče (112, respektive 99/100 tis. obyvatel)
- nejvyšší podíl vykázané specializované paliativní péče / 100 tis. má okres Svitavy s 212/100 tis., následuje okres Pardubice s poměrem 191/100 tis. obyvatel

⁴² Postojový dotazník

⁴³ Graf vytvořený na základě dat týkajících se specializované paliativní péče dodaných ÚZIS ČR k 31.3.2025 na základě žádosti o data podané Pardubickým krajem 5.2.2025

Poskytovatelé obecné paliativní péče

Mezi poskytovatele obecné paliativní péče jsou řazeni všichni poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb, kteří se podílí na péči o pacienty s paliativními potřebami a pacienty v závěru života a nejsou přitom poskytovateli specializované paliativní péče:

- poskytovatele zdravotních služeb – lékaře (v této koncepci se zaměřujeme zejména na odb. 001 (všeobecný praktický lékař) a odb. 002 (praktický lékař pro děti a dorost), domácí zdravotní péče (odb. 925), zdravotnické záchranné služby, lůžka dlouhodobé a následné péče, nemocnice
- poskytovatele sociálních služeb – analýza se pak zejména zaměřuje na poskytovatele pobytových sociálních služeb, zmiňuje i poskytovatele terénních sociálních služeb.

Tab. 13 Vybrané výstupy datového dotazníku u vybraných poskytovatelů obecné paliativní péče⁴⁴

Typ služby	Počet organizací	Počet služeb	Počet klientů r.2024	Počet dokumentovaných zahájení paliativní péče r.2024	% klientů s poskytnutou péčí v posledním týdnu života r.2024	% zemřelých klientů r.2024
Domácí zdravotní péče	5	7	1336	64	5,5 %	0,5 %
Lůžka dlouhodobé a následné péče	1	1	621	x	x	24 %
Pobytové sociální služby	20	29	2566	216	x	18 %
Terénní sociální služby	5	7	524	10	7,5 %	x

DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE (925)

Z dat poskytnutých VZP k 12. 5. 2025 mělo na území Pardubického kraje péči v odbornosti 925 nasmlouváno 25 poskytovatelů, kteří mají 31 pracovišť.

Z hlediska počtu identifikačního čísla zařízení (dále jen IČZ) 925 i poměru s nasmlouvaným signálním kódem je zajímavý okres Svitavy, který měl r. 2023 nejvyšší počet IČZ na 100 tis. obyvatel mezi okresy (1,8 - 3,1x převyšuje ostatní okresy; celkem jich má 9), zároveň má ale pouze 2 poskytovatele s nasmlouvaným signálním kódem, umožňujícím intenzivnější péči u pacientů v závěru života⁴⁵. Péči 925 vykonává řada malých poskytovatelů, pro něž bude téma závěru života okrajovější i vzhledem k nižšímu objemu pacientů; velikost poskytovatelů se rovněž odráží v personálním složení, kdy 8 poskytovatelů v okrese Svitavy má cca stejný počet personálu jako 5 poskytovatelů v okrese Chrudim a Ústí nad Orlicí). Personálně se vymykají poskytovatelé v okrese Pardubice, kteří mají v souhrnu 5 IČZ cca 1,6 - 2x více personálu než ostatní okresy⁴⁶.

Personální skladba poskytovatelů v okrese Pardubice v roce 2023 byla

- 18 všeobecných sester S3,

⁴⁴ Data od poskytovatelů platná k 13.6.2025

⁴⁵ ÚZIS ČR. Data dodaná k 4.6.2025. Paliativní péče v krajích ČR a okresech Pardubického kraje. Zdroj: NRHZS.

⁴⁶ Tamtéž

- 73 zaměstnanců v kategorii ostatní střední zdravotnický personál, tedy kategorie S2 a S1 zaměstnanců⁴⁷.

V roce 2023 dosáhl Pardubický kraj mezi kraji ČR nejvyššího poměru zemřelých doma, kterým byla v posledních 30 dnech poskytnuta péče odbornosti 925 (jednalo se o 454 osob), což ukazuje na potenciál a význam této péče v závěru života. Mezi okresy nejvyššího podílu osob zemřelých doma s péčí odbornosti 925 v posledních 30 dnech dosáhl okres Pardubice (34,2 %), nejnižší okres Svitavy (26 %) ⁴⁸.

Pro ještě přesnější analýzu zapojení odbornosti 925 do péče v závěru života jsme také zpracovali data o zemřelých doma, kterým byla poskytnuta péče odbornosti 925 **v posledním či předposledním dni jejich života**⁴⁹. V roce 2023 byl Pardubický kraj s 13,9 % na čtvrtém místě mezi kraji ČR. V absolutních číslech počty klesají 3 roky v řadě. **Při srovnání let 2019 (tedy před pandemií covid-19) a 2023 je na úrovni Pardubického kraje významný pokles v podílu osob zemřelých doma, kterým byla poskytnuta péče odbornosti 925 v posledním či předposledním dni života, a to z 19,8 % na 13,8 %** (v roce 2023 byla péče vykázána o 63 osobám méně oproti roku 2019, za stejné období došlo k nárůstu počtu zemřelých doma o 120 osob). Ve stejném sledovaném období vykazují významné snížení okresy Pardubice (o 9,5 %) a Svitavy (o 11,3 %), ostatní okresy vykazují snížení nevýznamné. **Jedním z důvodů poklesu může být častější předávání pacientů do péče MSPP, tedy se může jednat o žádoucí trend.**

Z 31 pracovišť odbornosti 925 v Pardubickém kraji mělo **26 pracovišť nasmlouván signální kód 06349 ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu**⁵⁰. Dvanáct z těchto pracovišť, tj. **46,2 %, pak signální kód v roce 2024 i vykazovalo**. Mezi kraji je **Pardubický kraj na 8. místě, těsně pod průměrem ČR s 48,5 %**. Menší podíl vykazovaných signálních kódů může být dle respondentů dán předáváním k péči MSPP v posledních dnech života, tedy nepotřebností kód vykazovat, také nerozpoznáním indikace k využití signálního kódu – pacienti pak mohou spíše končit v některé z nežádoucích trajektorií.

V rámci dotazníkového šetření⁵¹ svou úroveň poskytované paliativní péče ohodnotili poskytovatelé odb. 925 poměrně vysoko, a to 9 body z 10. Jmenovanými důvody byly zkušenosti v péči o pacienty v závěru života, pozitivní zpětná vazba od pacientů i rodinných příslušníků, vzdělávání se v tématu a snaha se zlepšovat a rozpoznání hranic vlastních kompetencí.

Z hlediska procesů paliativní péče 38 % respondentů z řad poskytovatelů 925 uvedlo, že jejich organizace má rozpracovaný interní předpis, který se věnuje péči o pacienty v závěru života, ostatní specifický předpis nemají (oblast zajištění paliativní péče je součástí obecnějších předpisů). Tři čtvrtiny respondentů uvedli, že nevyhodnocují kvalitu poskytované péče v závěru života.

VŠEOBECNÍ PRAKTIČTÍ LÉKAŘI (odbornost 001)

⁴⁷ Tamtéž

⁴⁸ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 7.2: Vykázaná péče praktickým lékařem (ODB 925) v závěru života. Zdroj: NRHZS.

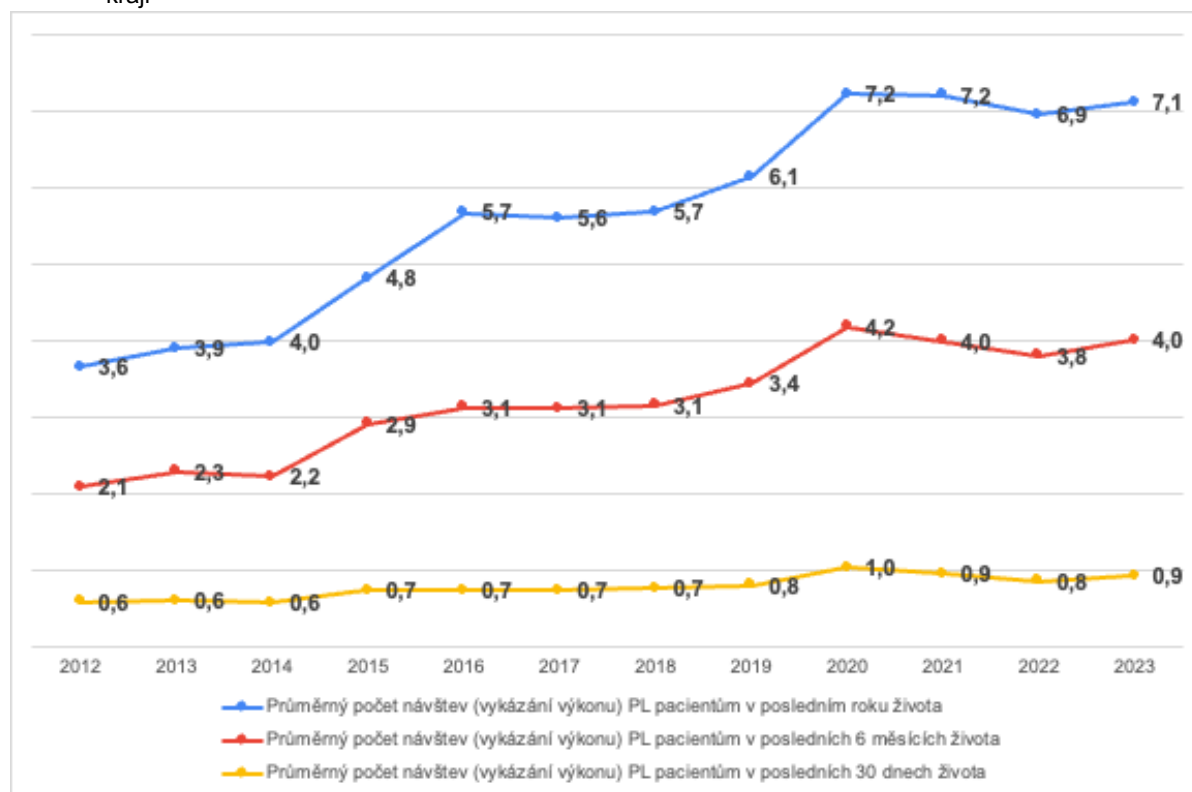
⁴⁹ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 4: Úmrtí osob a místa úmrtí osob. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých.

⁵⁰ Data VZP k 12.5.2025

⁵¹ Postojový dotazník; odpovědělo 8 respondentů odb. 925 od 4 poskytovatelů, tedy cca 16 % všech poskytovatelů v kraji

V roce 2023 poskytovalo v Pardubickém kraji péči 295 všeobecných praktických lékařů (na přepočtené úvazky 254,8), z nichž většina (269) byla lékaři L3⁵². Při přepočtu IČZ na 100 tis. obyvatel je Pardubický kraj na 8.-9. místě mezi kraji s 51,4 IČZ, resp. 10. místě na přepočtené úvazky (s 61,1 úvazky na 100 tis.)⁵³ a pohybuje se kolem průměru ČR. Nejvíce IČZ/100 tis. obyvatel (56) má Královéhradecký kraj, nejvíce přepočtených úvazků 79 na 100 tis. má Hl. m. Praha.

Obr. 5 Vykázané výkony praktických lékařů v posledním roce, 6 měsících a 30 dnech života v Pardubickém kraji⁵⁴



Průměrný počet výkonů vykázaných praktickým lékařem u pacientů v posledním roce, posledních 6 měsících i posledních 30 dnech života v Pardubickém kraji od r. 2012 vytrvale roste (viz obr. 5). Výkony se myslí jakýkoliv výkon, který lékař pacientovi vykázal (mimo testování na Covid-19). V roce 2023 praktičtí lékaři vykázali u pacientů v posledním roce života průměrně 7 výkonů, v posledních 6 měsících 4 výkony, v posledních 30 dnech 1 výkon. Poměr výkonů v posledních 30 dnech na celkovém počtu výkonů v posledních 3 letech klesá, od roku 2012 pak došlo ke snížení o 3 %⁵⁵.

V roce 2023 byl Pardubický kraj se 7,12 výkony na 3. místě mezi kraji ČR v průměrném počtu vykázaných výkonů praktickým lékařem v posledním roce života obyvatel. Největší průměrný počet vykázaných výkonů v posledním roce života měl Jihočeský kraj, a to 7,77. Úroveň zapojení se praktických lékařů se tedy zdá být poměrně vysoká.⁵⁶

⁵² ÚZIS ČR. Data dodaná k 4.6.2025. Paliativní péče v krajích ČR a okresech Pardubického kraje. Zdroj: NRHZS.

⁵³ Prezentace prof. Duška konaná dne 18.6.2025 na KÚ Pardubického kraje, snímek 55

⁵⁴ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 7.1: Vykázaná péče praktickým lékařem (ODB 001) v závěru života. Zdroj: NRHZS

⁵⁵ Tamtéž

⁵⁶ Data NRHZS k 31.3.2025; Tab. 7.1: Vykázaná péče praktickým lékařem (ODB 001) v závěru života

Z hlediska procentuálního vývoje výkonů praktického lékaře v posledním či předposledním dnu života lze mezi lety 2012 a 2023 pozorovat klesající trend, tj. snižující se procenta osob zemřelých doma, kterým byla péče osob v posledním či předposledním dnu života vykázána⁵⁷. Podíl obyvatel Pardubického kraje zemřelých v domácím prostředí s vykázanými výkony praktického lékaře v posledním či předposledním dnu života se mezi stejnými lety, tedy 2012-2023 snížil o 5 % (celkem o 21 osob).

LŮŽKA DLOUHODOBÉ A NÁSLEDNÉ PÉČE

V Pardubickém kraji následnou a dlouhodobou lůžkovou péči zajišťovalo k 31.12.2023 jedenáct poskytovatelů, v souhrnném počtu⁵⁸ se jedná o kapacitu 1 751 lůžek⁵⁹. Na datový dotazník odpověděl pouze 1 poskytovatel, na postojový pak 11 zástupců pěti poskytovatelů (tj. 45,5 % všech poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče).

V roce 2024 poskytla služba poskytovatele, který odpověděl na datový dotazník, péči 621 pacientům, zemřelo jich 148, tedy 23,8 %. Čtyřicet procent zemřelých pacientů zemřelo přímo v místě poskytované služby, 57 % v nemocnici, 3 % zemřeli jinde (doma či na lůžkách hospicového typu). Obvyklá kapacita služby je 105 lůžek, 6 pacientů (tedy 5,7 %) se průměrně nachází v terminální fázi onemocnění. **Téma paliativní péče je tedy pro konkrétní LDN značně relevantní, lze předpokládat, že podobně relevantní rovněž bude i pro další poskytovatele stejného typu lůžek.** Zemřeli byli nejčastěji z věkové kategorie 65-84 let, nejčastějšími diagnózami pacientů zemřelých v roce 2024 byly novotvary a nemoci oběhové soustavy. Z hlediska organizačních postupů s vazbou na paliativní péči poskytovatel uvedl, že do dokumentace pacienta specificky neuvádí zahájení paliativní péče či přechod na paliativní režim. Poskytovatel také uvedl, že nemá specifický interní předpis s vazbou na oblast paliativní péče. V přímé péči dochází k vyhodnocování kvality poskytované péče v závěru života. Respondent uvedl, že hovoří s příbuznými, žádají je i o škálování jednoduchých otázek, rovněž vyhodnocují symptomy, počty hodin strávených v rozhovorech a další indikátory.

Úroveň paliativní péče ve službě hodnotí respondenti z lůžek následné a dlouhodobé péče **6 body z 10⁶⁰**, a to pro zkušenosti s poskytováním paliativní péče, odbornou kvalifikaci i lidský přístup, návaznost péče, čas na pacienty i rodiny. **Z oblastí ke zlepšení respondenti zmínili nevyhovující prostory s tím související chybějící soukromí pro pacienty a jejich blízké.** Jeden z respondentů zmínil, že pokud blízcí nepochopí, že jejich blízký umírá, lékaři léčí do poslední chvíle. Z hlediska procesů většina respondentů uvedla, že nemají specifický předpis s vazbou na oblast zajištění paliativní péče. Dva respondenti z osmi uvedli, že vyhodnocují kvalitu poskytované péče v závěru života, a to hodnocením bolesti a schůzkami paliativních týmů.

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

⁵⁷ ÚZIS ČR. Data dodaná k 31.3.2025. Tab. 4: Úmrtí osob a místa úmrtí osob. Zdroj: NRHZS, Databáze zemřelých.

⁵⁸ s vyloučením DC Veská a Svitavy pro odlišnou strukturu a rozsah poskytovaných služeb

⁵⁹ [nzip.cz](https://www.nzip.cz), lůžkový fond a jeho využití: <https://www.nzip.cz/data/1778-luzkovy-fond-vyuziti-otevrena-data> - počítána všechna lůžka v Pardubickém kraji kromě lůžek akutních

⁶⁰ Postojový dotazník

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) Pardubického kraje poskytla v roce 2024 péči cca 51 200 pacientům⁶¹. **Dle datového dotazníku pak cca 2 500 pacientům poskytla péči v posledním týdnu života, jedná se tedy o zhruba 5 % výjezdů ZZS za rok, zároveň relativně vysoké číslo v poměru k celkovému počtu zemřelých (v roce 2023 zemřelo 5 427 obyvatel kraje).**

Pardubický kraj nemá služby koronera, **část zemřelých pacientů tak ohledávají lékaři ZZS.** V roce 2024 se jednalo o 1 408 pacientů⁶², tedy 25,9 % zemřelých. Z dat dodaných ZZS lze říci, že je **kapacita ZZS dobře dimenzovaná.** Z uvedeného je patrné, že **ZZS je významným poskytovatelem obecné paliativní péče.**

Úroveň vlastní poskytované paliativní péče ZZS hodnotí 8 z 10 možných bodů, a to z důvodu dlouhodobé zkušenosti s pacienty v terminálním období života. V dalším posunu v oblasti paliativní péče by pomohlo více komunikace s ostatními subjekty a lepší návaznost péče o pacienty v kraji. Z hlediska interních procesů má ZZS popsanou péči o klienty v závěru života jako součást obecnějších předpisů, provádí strukturovaný náběr volání na tísňovou linku, který umožňuje specificky zachytit mj. i paliativně relevantní pacienty.

POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

K 30. 6. 2025 působilo v Pardubickém kraji:

- 8 poskytovatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením
- 9 poskytovatelů chráněného bydlení
- 18 poskytovatelů odlehčovacích služeb v pobytové formě
- 37 poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem)⁶³

Tab. 14 Vybrané výstupy datového dotazníku – poskytovatelé pobytových sociálních služeb

Typ pobytové sociální služby	počet služeb	počet klientů	% zemřelých	podíl zemřelých doma/v nemocnici
domov pro osoby se zdravotním postižením	6	528	podíl zemřelých ze všech služeb 4,35 %; rozsah 1,7 - 60 % v závislosti na počtu uživatelů, častěji nízká procenta 1,7-5,9 %	70/30
chráněné bydlení	2	18	-	-
domov se zvláštním režimem - jiný typ	1	-	-	-
pobytové odlehčovací služby pro seniory	2	95	-	-
pobytové sociální služby pro seniory	18	1925	podíl zemřelých ze všech služeb 25 %; rozsah 9,6 - 100 %, medián 24,8 %	64/36

⁶¹ Zpráva o činnosti a plnění úkolů 2024. Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje. Dostupné online: <https://www.zzspak.cz/o-nas/ke-stazeni>

⁶² Tamtéž

⁶³ Registr poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné zde: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

Na dotazníky odpověděl dostatečný počet poskytovatelů z řad pobytových sociálních služeb, zejména typu domov pro osoby se zdravotním postižením (75 % poskytovatelů v Pardubickém kraji) a pobytových sociálních služeb pro seniory (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem), kde odpovědělo 49 % poskytovatelů v Pardubickém kraji.

Lze říci, že **v domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytovatelé s umíráním setkávají méně často** (celkový podíl zemřelých klientů v roce 2024 byl 4,35 %), než v pobytových sociálních službách pro seniory (celkový podíl zemřelých klientů v roce 2024 25 %), **nicméně téma je i zde přítomné a téma paliativní péče relevantní**. Z hlediska počtu zemřelých v roce 2024 navíc mezi službami existují i výraznější rozdíly. Z hlediska podílu zemřelých v místě pobytové služby/v nemocnici/jinde ve službách, za které jsou vyplněna data, umírá větší část (64,5-70 %) v místě pobytové služby. V některých druzích pobytových služeb, např. v chráněném bydlení a odlehčovacích službách v pobytové formě, se s úmrtím klientů setkávají zřídka.

Stran sebehodnocení úrovně paliativní péče zejména v **domovech pro osoby se zdravotním postižením** lze v 50 % najít poskytovatele, kteří svou úroveň paliativní péče vnímají jako vysokou a v 50 % ty, kteří svou úroveň vnímají jako nízkou (5,5 z 10 možných bodů). Hůře hodnocená zařízení vnímají, že s paliativní péčí teprve začínají, nemají s ní – i vzhledem k nižšímu počtu umírajících – dostatečné zkušenosti, nemají dostatečně vzdělaný tým. Lze říci, že **úroveň poskytované paliativní péče těmito poskytovateli v Pardubickém kraji je v začátcích**, třebaže **i tito poskytovatelé vnímají důležitost se tématu věnovat**. Zahájení paliativní péče uvádí do dokumentace pouze jeden z poskytovatelů, dva z poskytovatelů vyhodnocují vlastní poskytování paliativní péče.

Tab. 15 Vybrané výstupy postojového dotazníku - poskytovatelé pobytových sociálních služeb

Typ pobytové sociální služby	Sebehodnocení úrovně PP	V čem potřebují posun
domov pro osoby se zdravotním postižením	ze zařízení, která odpověděla (4), polovina hodnotí vysoko medián 9 z 10 bodů, polovina relativně nízko medián 5,5 z 10 bodů. Většina poskytovatelů má oblast paliativní péče zakotvenou v rámci obecnějších (nespecifických) předpisů. Kvalitu poskytované paliativní péče v závěru života vyhodnocuje 1 ze 4 poskytovatelů.	osvěta, více o umírání mluvit, pravidelné vzdělávání, doplnění multidisciplinárního týmu (psycholog, lékař, kaplan – supluje MSPP)
chráněné bydlení	medián = 9	doplnění multidisciplinárního týmu – supluje MSPP. Zvýšení dostupnosti MSPP, rozšíření kapacit.
domov se zvláštním režimem - jiný typ	medián = 9	vzdělávání

pobytové sociální služby pro seniory	medián = 8; 1/3 respondentů hodnotí úroveň svého domova jako poměrně nízkou, většinově se však jedná o informovaný vhled, jak by měla paliativní péče v domovech vypadat.	vzdělávání pracovníků a finanční podpora vzdělávání; personální otázky - dostatek pracovníků vč. zdravotníků, spolupracující lékaři, rozšíření MDT např. o duchovního, psychologa či koordinátora paliativní péče; prohloubení spolupráce v MDT; koncepční uchopení paliativní péče a rozvoj procesů, např. plánování budoucí péče, rozvoj komunikace s rodinami
--------------------------------------	---	--

Ve srovnání s poskytovateli domovů pro osoby se zdravotním postižením respondenti z řad **poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory** vnímají svou úroveň paliativní péče v organizaci jako vyšší (medián 8; méně než 7 bodů ohodnotila 1/3 respondentů). **Poskytovatelé bez ohledu na výši sebehodnocení mají poměrně jasnou představu, jak má poskytování paliativní péče v domovech vypadat, jak se mají zlepšovat** (podrobněji viz obr. 24). **Mezi poskytovateli se liší zejména úroveň implementace.** Většina (72 %) poskytovatelů uvádí do dokumentace klienta zahájení paliativní péče či přechod na ni, většina poskytovatelů uvedla, že má rozpracovaný specifický předpis s vazbou na zajištění paliativní péče o klienty. V rozhovorech zaznívaly zkušenosti s realizací rodinných konferencí, sepisováním plánů péče v závěru života a dalšími specifickými paliativními postupy. Některé z domovů se účastnily programu NF Abakus Paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory, v rámci kterého se systematicky implementaci paliativní péče věnovaly.

TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

K 30. 6. 2025 bylo v Pardubickém kraji registrováno 66 služeb, z toho:

- 54 pečovatelských služeb
- 11 osobních asistencí
- 1 odlehčovací služba v terénní formě⁶⁴

Datový dotazník vyplnilo 7 služeb 5 poskytovatelů, tedy 11 % terénních sociálních služeb v Pardubickém kraji, což je relativně málo. Z uvedených informací je zřejmé, že **téma závěru života je aktuálně pro poskytovatele různě relevantní. Někteří s ním nemají zkušenosti** (péči v posledním týdnu života neposkytli žádnému klientovi), **někteří naopak mají zkušenosti značné** (péči v posledním týdnu života poskytli průměrně 17 % klientů). Zde lze identifikovat prostor pro rozvoj, neboť i vzhledem k demografickému stárnutí populace je i pro terénní sociální služby relevantní. I z rozhovorů vyplývá, že si někteří poskytovatelé terénních sociálních služeb začínají důležitost tématu závěru života uvědomovat. Rozvahy, jak se k tématu postavit, jsou však teprve v začátku.

V dotazníku jeden z poskytovatelů uvedl, že do dokumentace klienta uvádí zahájení paliativní péče; informaci měl uvedenou u 37 % klientů, jimž poskytl péči v posledním týdnu života. Jeden z poskytovatelů má rozpracovaný specifický předpis s vazbou na závěr života, dva z poskytovatelů uvedli, že vyhodnocují kvalitu poskytované péče v závěru života (jeden dotazníkem, jeden ústně).

⁶⁴ Registr poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelů-sluzeb>

Svou úroveň poskytované péče v závěru života hodnotí poskytovatelé poměrně vysoko, a to průměrně na 8,5 bodů z 10. Vyzdvihují poskytování individuálních a kvalitních služeb, které se přizpůsobují potřebám klienta, dobrou spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb (MSPP, PL). Na poměrně vysoké sebehodnocení terénních sociálních služeb je třeba nahlížet s určitou rezervou, a to jak vzhledem k nevyrovnaným zkušenostem služeb, ve kterých respondenti působí v závěru života, tak i vzhledem k nízkému počtu respondentů z této kategorie poskytovatelů.

Kromě poskytování péče osobám v závěru života je velkou příležitostí terénních sociálních služeb včasná identifikace možných paliativních potřeb a aktivace návazných kroků (doporučení klientovi obrátit se na relevantní poskytovatele zdravotních služeb) **k jejich zajištění, vedení rozhovorů o přáních a představách o závěru života.** Možnými rolemi jsou rovněž koordinace relevantních služeb u klienta, vyjednávání s poskytovateli paliativní péče v případě nepřítomnosti nebo neangažovanosti osob blízkých.

2.2.3 Kde vnímají poskytovatelé paliativní péče prostor pro svůj rozvoj v zajištění paliativní péče? Kde vnímají prostor pro rozvoj paliativní péče v kraji?

Pro poskytovatele péče je z hlediska vlastního i krajského rozvoje nejpodstatnější podpora zajištění vzdělávání a financování. Pro rozvoj paliativní péče na úrovni služeb je z hlediska jejich zástupců limitující nedostatek personálu, zajištění paliativní péče by podle nich výrazně prospělo také zlepšení koordinace, systémového nastavení a mezioborové spolupráce. Kraj by se měl v souvislosti s rozvojem PP zaměřit na koncepční podporu a zlepšení komunikace a informovanosti u odborné i široké veřejnosti.

Součástí postojového dotazníku i rozhovorů byly otázky týkající se rozvoje jak na úrovni jednotlivých služeb, tak kraje. Optikou jednotlivých služeb některé podněty přímo korespondují s tématy, která jsou rozpracovaná v následujících kapitolách. Konkrétně se to týká **zajištění vzdělávání** (viz kapitola č. 2.2.5.) a **financování** (viz. kapitola č. 2.2.7). V rámci odpovědí často zaznívaly i bariéry, které rozvoji brání. Konkrétně se jednalo například o **nedostatek personálu** – obzvlášť zdravotních sester, praktických lékařů a lékařů – paliatrů, spojený s fluktuací a přetížením personálu.

Mezi podněty pro rozvoj paliativní péče zaznívalo od poskytovatelů několik témat. Jedním z nich je **koordinace a systémové nastavení** jednotlivých organizací spojené s potřebou **zavedení pozice/role koordinátora PP** v rámci služeb, **vytvoření vnitřních pravidel a protokolů** – např. o informování rodiny, paliativním plánu, přechodu mezi službami a v neposlední řadě propojení zdravotní a sociální složky. Další významnou oblast tvořila **osvěta laické i odborné společnosti o možnostech a principech PP** a **mezioborová spolupráce** spojená se síťováním.

Tabulka 16 představuje hodnocení úrovně PP na úrovni služeb a kraje napříč dotazovanými formami a typy služeb. Je důležité zmínit, že se jedná o zcela subjektivní hodnocení na škále

od 1 do 10, kde 1 znamená nejhůře a 10 nejlépe. Na první pohled je zřetelné, že kromě lůžek dlouhodobé a následné péče je hodnocená úroveň PP ve vlastních službách vyšší než jakou poskytovatelé vnímají na úrovni celého kraje. Vnímaná úroveň PP ve službě se v průměru mezi zástupci specializované PP (SPP) a obecné PP (OPP) neliší. Rozdíl nastává v hodnocení PP na krajské úrovni, které je posuzováno respondenty z řad SPP hůře než to je u OPP.

Tab. 16 Subjektivní škála hodnocení úrovně PP (1 znamená nejhůře a 10 nejlépe)⁶⁵

Typ služby	Počet služeb	Počet respondentů	Medián úroveň PP ve službě	Medián úroveň PP v kraji
720	2	3	8	7
926 - MSPP	4	7	9	7
929 - KTPP	2	5	7	4
Lůžkový hospic či oddělení paliativní péče	2	2	9	5
Domácí zdravotní péče	5	7	9	8
Lůžka dlouhodobé a následné péče	7	11	6	7
Pobytové sociální služby	19	62	8	7
Terénní sociální služby	4	6	8,5	9
Všeobecné praktické lékařství	2	2	8	8
Zdravotnická záchranná služba	1	1	8	3

Respondenti z řad SPP hodnotí úroveň PP vlastních služeb velmi vysoko (průměrně 7,9). Naopak jejich hodnocení krajské úrovně PP je nejnižší (průměr 6,1). U zástupců OPP nebyl identifikován tak výrazný rozdíl mezi průměrným hodnocením úrovně PP jednotlivých služeb (7,5) a kraje (6,5). Vyšší hodnocení vlastních služeb lze považovat za důsledek lepšího vhledu do vlastních služeb než do úrovně péče na území celého kraje, které pro ně mnohdy mohou být příliš abstraktní. Opodstatnění většího rozdílu mezi hodnocením PP ve službě vs. kraji u SPP může korespondovat s vyšším odborným očekáváním, které poskytovatelé SPP z důvodu zajišťování specializované PP mají.

Jelikož je hranice mezi rozvojem PP pomocí systémové změny samotných organizací a za pomoci kraje velmi tenká, některé podněty k rozvoji PP se opakují. Konkrétně se jedná o **krajskou podporu oblasti vzdělávání** (podrobněji viz kapitola č. 2.2.5) a **financování** (více viz. kapitola č. 2.2.7), což jsou dvě oblasti, jež byly i v souvislosti s rozvojem PP v kraji identifikovány jako nejpalčivější. Z rozhovorů i dotazníků vyplývá, že **chystaná koncepce rozvoje paliativní péče v Pardubickém kraji je žádaným a vítaným krokem**, jež odpovídá na požadavek systémového rozvoje a koncepční podpory. Z našich dat vyplývá i **potřeba metodického vedení, vytvoření směrnic, manuálů a metodik**. Další oblastí, kterou respondenti a informanti vnímají v souvislosti s rozvojem PP na krajské úrovni jako velmi užitečnou je podpora vzájemné **kommunikace mezi poskytovateli a zvyšování informovanosti o paliativní péči mezi odbornou i širokou veřejností**.

⁶⁵ Postojový dotazník

Konkrétně poskytovatelé navrhuji následující:

- Zvýšení informovanosti laické veřejnosti i profesionálů o dostupných službách.
- Vytvoření přehledné mapy služeb, kde budou snadno dostupné informace (např. na webu kraje).
- Propagace tématu umírání a smrti, práce se stigmatem a tabuizací.

Součástí dotazování byla i otázka na to, čeho by se kraj v souvislosti s rozvojem PP měl raději vyvarovat. Výstupem je, že **kraj by se měl vyhnout přílišné byrokratizaci a nekonceptním nebo plošným opatřením bez reflexe odlišností mezi poskytovateli**. Rozvoj by měl reflektovat potřeby terénu, měl by být dobře komunikovaný a koordinovaný a postavený na spolupráci veřejné správy a samotných poskytovatelů.

2.2.4 Jak se daří spolupráce poskytovatelů obecné a specializované paliativní péče v Pardubickém kraji a jeho okresech? Co se daří a kde je prostor pro rozvoj?

Většina relevantních zdravotních a sociálních služeb má navázanou spolupráci s lůžkovým nebo domácím hospicem, kterou dle svých potřeb využívají, i když v odlehlých oblastech je spolupráce obtížnější. Prostor pro rozvoj byl identifikován v souvislosti s větším zapojením praktických lékařů, zajištěním dostupnosti MSPP a psychologické podpory. Zástupci MSPP zároveň zmiňují nedostatečnou obeznámenost o jejich službách mezi některými poskytovateli obecné paliativní péče, zejména v nemocnicích.

Tabulka 17 představuje data o navázané spolupráci relevantních poskytovatelů OPP i SPP s lůžkovými a mobilními hospici Pardubického kraje v roce 2024. **Všechny analyzované služby mají navázanou spolupráci, kterou dle svých potřeb využívají.** Z dat vyplývá vyšší frekvence spolupráce s domácími hospici než lůžkovými. U pobytových služeb pro seniory jsme zjišťovali specificky ještě spolupráci s nemocničními týmy, kterou doposud navázaly pouze dvě organizace u celkem 15 klientů.

Tab. 17 Spolupráce poskytovatelů OPP s lůžkovým a domácím hospicem v roce 2024⁶⁶

Typ služby	Počet služeb, které dotazník vyplnily	Počet předaných pacientů/klientů do péče lůžkového hospice	Počet předaných pacientů/klientů do péče domácího hospice
Lůžka dlouhodobé a následné péče	1	3	1
Pobytové sociální služby	43	18	
Všeobecné praktické lékařství	2	4	6
720	3	55	87
926 - MSPP	2	2	x
929 - KTPP	2	42	35

⁶⁶ Datový dotazník

Lůžkový hospic či oddělení paliativní péče	2	x	27
--	---	---	----

Z rozhovorů vyplývá, že organizace oceňují, pokud je spolupráce založena na jasné komunikaci, respektu, důvěře a ochotě sladit péči napříč službami. Přesto často naráží na **problémy při přechodech mezi nemocniční a domácí či pobytovou péčí**. Hlavní problémy tkví v nedostatečné spolupráci mezi sektory, špatné komunikaci a nízkém vzhledu do reality jiných pracovišť, což má za důsledek jen těžko dosažitelnou kontinuitu péče.

„Ideální by bylo, kdyby přišli z LDN či se vrátili z nemocnice už s plánem paliativní péče (ať tomu říkáme jakkoliv).“ (zástupce pobytové sociální služby)

Složité je také zajištění péče v odlehlých oblastech, kde je hůře dostupná MSPP. Mnohé organizace zmiňují, že bez aktivního a dostupného praktického lékaře je péče v domácím prostředí velmi obtížná.

„Praktičtí lékaři, to je velká bolest. Já s praktickými lékaři nekomunikuji, nemohu se nikdy dovolat. Vím jen z doslechu 925, 926, který je spolupracující a který ne. Z doslechu je to tak 50 na 50 spolupracující/nespolupracující.“ (zástupce odbornosti 720 – ambulance paliativní medicíny)

Někteří informanti by také ocenili přítomnost koordinátora péče, který by propojoval jednotlivé služby a pomáhal rodinám orientovat se v systému. Zároveň mnoho respondentů zmiňovalo **nedostupnost psychologické péče**. Z rozhovorů vyplývá **tendence prohlubovat spolupráci poskytovatelů OPP a SPP** prostřednictvím síťování, kazuistických seminářů a sdílení dobré praxe.

„Bylo by prima, kdyby kraj podpořil síťování a sjednocení poskytování služeb, též sdílení zkušeností a dobré praxe. Síťováním myslím, jak stejné služby, tak po profesích.“ (zástupce pobytové sociální služby)

2.2.5 Jaké jsou možnosti a úroveň vzdělávání v paliativní péči v Pardubickém kraji?

Zjištěná úroveň vzdělání v paliativní péči u pracovníků přímé péče i manažerů služeb poskytuje prostor pro rozvoj. Nejnaléhavější tématem v oblasti paliativní péče, ve kterém se zaměstnanci potřebují vzdělat, je komunikace. Přibližně třetině poskytovatelů schází finance na vzdělávání pro pracovníky v této oblasti. Na pregraduální úrovni je paliativní péče dle oslovených vzdělávacích institucí v kraji adekvátní součástí kurikula.

U SPP absolvovalo alespoň nějaké vzdělání s vazbou na paliativní péči 63 % pracovníků přímé péče a 59 % manažerů. U OPP se jednalo o 48 % pracovníků přímé péče a 52 % manažerů. Můžeme tedy konstatovat, že úroveň provzdělanosti mezi OPP a SPP se liší hlavně u přímé péče. Přestože u SPP je provzdělanost pracovníků přímé péče vyšší než u

OPP, lze celkovou provzdělanost SPP hodnotit jako nižší než byla očekávaná. Důvodem nízké celkové provzdělanosti v oblasti SPP může být teprve se rozvíjející služba či nedávné zahájení poskytování paliativní péče na daném pracovišti.

Nejnaléhavější tématem v oblasti PP, ve kterém se zaměstnanci potřebují vzdělat, je komunikace, a to jak u SPP tak i OPP. Druhým tématem, ve kterém zaměstnanci volají po vzdělání je v případě SPP **management symptomů** a u OPP se jedná o **plánování péče v závěru života**. Tato témata rezonovala i během rozhovorů, kde informanti zmínili i vzdělání v krizové intervenci, komunikaci s rodinou či komunikaci hodnotové anamnézy.

Většina informantů, se kterými byly vedeny rozhovory, se shoduje na tom, že **vzdělávání v oblasti paliativní péče je pro ně prioritou**. Nejčastější skupinou, pro kterou je klíčové zajistit vzdělávání rozvíjející paliativní péči je již fungující personál (hlavně přímá péče a lékaři) a zároveň noví pracovníci. Konkrétní skupinou, pro kterou může být nedostatek vzdělání bariérou pro poskytování OPP, jsou praktičtí lékaři. Doporučením jedné informantky je snaha o cílené vzdělávání lékařů spojené s aktivním vyhledáváním a motivováním lidí, kteří souzní s principy PP. Někteří informanti by uvítali v souvislosti se vzděláváním a rozvojem také přítomnost mentora.

„Skvělý by byl supervizor/mentor PP, který by pomohl konzultacemi v zařízení – docházel do praxe, poskytl zpětnou vazbu, pomohl s metodikou.“ (zástupce pobytové sociální služby)

Zaměříme-li se na oblast akreditace nástavbového oboru Paliativní medicína pro vzdělávání lékařů, tak v současné chvíli je **jediným akreditovaným zařízením Pardubického kraje Oblastní charita Polička**⁶⁷. V souvislosti s akreditací zmínil jeden z poskytovatelů **problém se získáním akreditace**, o kterou usiloval. Snahou reagoval na nedostatečné pokrytí pracovišť pro výuku paliativní medicíny v kraji.

Zajištění vzdělání s sebou nese velké finanční požadavky, které byly během rozhovorů několikrát zmiňovány. Z dotazníků vyplývá, že 57 % poskytovatelů jak SPP, tak OPP mají náklady na vzdělávání pokryté. Na druhou stranu **přibližně 35 % poskytovatelů se vypořádává s tím, že jim na vzdělávání nezbývá dostatek finančních prostředků**.

Podíváme-li se na vzdělávání optikou oslovených vzdělávacích institucí, tak jak zástupce střední a vyšší odborné školy, tak představitel vysoké školy mají **PP jako součást kurikula**. Paliativní péče je jedním z odborných předmětů spojených často i s praxí v kamenném či mobilním hospici. Všechny šest respondentů plánuje v budoucnu **změny v oblasti výuky PP související hlavně s aplikací nových poznatků v oblasti PP a orientací na praktickou část výuky**.

2.2.6 Jaký je stav poskytování dětské paliativní péče v Pardubickém kraji?

⁶⁷ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Oblastní charita Polička. Seznam akreditací. Dostupné z: <https://akreditace.mzcr.cz/poskytovatele/view/63382>

V Pardubickém kraji zemře každý rok zhruba 26 dětí do 19 let věku. Z tohoto počtu každý rok čtyři děti zemřou z paliativně relevantních diagnóz. Nejčastěji se úmrtí dějí ve věkové kategorii 0-4 let, úmrtí z paliativně relevantních diagnóz se děje napříč věkovými kategoriemi (0-4, 5-9, 10-14, 15-18).⁶⁸

V Pardubickém kraji poskytuje paliativní péči dětským pacientům několik poskytovatelů:

- Dětské centrum Svitavy, p. o. (sídlo Svitavy)
- Dětské centrum Veská, p. o. (sídlo Veská)
- Energeia, o. p. s. (sídlo Heřmanův Městec)
- Hospic sv. Michaela (sídlo Polička)
- Domácí hospic Andělů strážných (sídlo Holice)

Ojedinělou zkušenost s dětským pacientem zmínili rovněž respondenti z konziliárního týmu paliativní péče Orlickoústecké nemocnice. Informanti dále zmiňovali dobrou spolupráci se zdravotnickou záchrannou službou; ta dostává informace o nově zařazených dětských paliativních pacientech spolu s pokyny k péči v případě nezbytného výjezdu. Při volání k pacientovi zařazenému do dětské paliativní péče dispečink předává tuto informaci zasahujícím posádkám. Poskytovatelé dětské paliativní péče rovněž zmiňovali dobrou spolupráci s Pardubickou nemocnicí.

Diagnostika dětí s paliativními potřebami často probíhá mimo kraj, spolupráce tedy probíhá i přes hranice kraje – zmiňována byla pracoviště Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Motol, Fakultní Thomayerova nemocnice, Masarykův onkologický ústav v Brně.

Na základě rozhovorů s poskytovateli paliativní péče lze říci, že dětská paliativní péče je v Pardubickém kraji považována za specifickou a náročnou oblast, která je ale dobře rozvíjena. Poskytovatelé paliativní péče vědí, které organizace se o dětské pacienty starají a jsou schopni na ně odkázat. Zároveň však mnoho informantů deklarovalo nízký vhléd do oblasti dětské paliativní péče, nejistotu či nedostatek kapacit, případně i ochoty se tématem zabývat.

Z hlediska doporučení k rozvoji jeden z poskytovatelů zmínil, že v Pardubickém kraji chybí DIOP (lůžka dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče) či NIP (následné intenzivní péče), která by byla schopna se pro případ potřeby (např. nemoc pečující osoby) postarat o ventilovaného pacienta. V konkrétním případě se péče zajišťovala mimo hranice kraje.

Respondenti dále vnímají prostor pro rozvoj ve zvyšování povědomí o dětské paliativní péči – co tato péče obnáší, pro koho je určena. Specificky respondenti zmiňovali potřebu vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost o existenci služeb poskytujících paliativní péči a v rozpoznání dětských pacientů, kteří by z paliativní péče profitovali.

⁶⁸ ÚZIS ČR. Data dodaná ÚZIS k 31.3.2025.Tab. 8.1.: Dětská paliativní péče - přehled úmrtí v krajích ČR. Jedná se o střední hodnotu z let 2012-2023.

2.2.7 Jak vnímají poskytovatelé financování paliativní péče v kraji?

Náklady spojené se zajištěním paliativní péče jsou z největší části kryty prostředky od zřizovatele a pojišťoven. Nejvýznamnějšími oblastmi, kam směřovat finanční podporu spojenou s rozvojem paliativní péče v kraji jsou podle poskytovatelů vzdělávání a provoz MSPP. Důležitá je také podpora personálního a v některých případech i materiálního vybavení.

Z provedených dotazníků vyplývá, že v případě SPP jsou náklady spojené se zajištěním PP pokryty z větší části prostředky od zřizovatele a pojišťoven a z menší části z jiných zdrojů (granty, dary, spoluúčast klientů či pacientů). U OPP to má polovina dotázaných organizací stejně jako SPP, ale najde se tu přibližně třetina služeb, pro kterou zajištění PP nenese žádné specifické náklady; zjištění tak reflektuje vnímání paliativní péče poskytovateli OPP jako součásti běžného poskytování péče.

Nejvyšší průměrný náklad na den péče na pacienta v terminální fázi onemocnění dokládají LDN, a to 3 600 Kč, MSPP uvádí přibližně 3 300 Kč a lůžkový hospic 2 900 Kč.

V rámci rozhovorů byl informantům položen dotaz na to, kam by jim dávalo největší smysl směřovat finanční podporu v oblasti paliativní péče.

- nejčastější odpovědí bylo **vzdělávání**, které je blíže popsáno v kapitole 2.2.5.
- **druhou nejčastěji zmiňovanou oblastí byla podpora provozních nákladů MSPP**, kterou většina informantů vnímá jako klíčovou, a to hlavně z důvodu snížení zátěže systému a umožnění důstojného umírání doma. Podporu MSPP zmiňovali jako prioritní i zástupci jiných poskytovatelů.

Poskytovatelé MSPP uvádějí provozní deficit 2-3 miliony ročně. Tento deficit je spojený s limitací podpory veřejného zdravotního pojištění, který ve většině případů dofinancovávají soukromými dary, jež ale podporují běžný provoz namísto rozvoje služby. Dlouhodobá udržitelnost služeb je tedy ohrožena závislostí na dárcích a časově omezených projektech (např. MAS Orlicko). Překážku někdy představuje i spoluúčast rodin.

„Dárci vydrží 5-7 let, i když se o ně pečuje. Je nevhodné, aby dopláceli běžný provoz. Sypou peníze a my se nikam neposouváme. Financováním provozu se ztrácí potenciál na rozvoj.“ (zástupce MSPP)

Další důležitou oblastí je **podpora personálního zajištění** spojená s nutností financovat lékaře, sestry, psychology, kaplany a další odborníky, kteří nejsou vždy hrazeni z veřejných prostředků. Mzdy by měly být konkurenceschopné s nemocniční sférou, jinak dochází k personálním krizím. Někteří informanti zmiňují i nedostatečné **financování pomůcek pro péči** (manipulační, polohovací, pomůcky pro děti – sondy, cévky).

„Nemáme psychologa, je to potřebné. Odbornosti, specialisté, nejsou běžné, ale jsou potřeba (kaplan, farář, psycholog).“ (zástupce pobytové sociální služby)

„Každý zaměstnanec si potřebuje vydělat finanční prostředky, není možné, aby měli menší příjem než v nemocnici.“ (zástupce MSPP)

Poslední zmiňovanou oblastí jsou **systémové nástroje a bonifikace**. Dle informantů by na rozvoj paliativní péče mohlo mít vliv zavedení výkonových kódů pro praktické lékaře a bonifikace pro sociální zařízení, která prokazatelně poskytují paliativní péči.

„Kdyby byl kód/výkon pro PL, tak to bude velká motivace.“ (praktický lékař)

„Možná kdyby kraj dal index, navýšení financí za to, že někdo dělá terénní paliativní péči.“ (zástupce pobytové sociální služby)

„Bonifikace zařízení sociálních, které poskytují PP by byla fajn (nevím ale, jak by se prokazovalo, že PP děláme dobře).“ (zástupce pobytové sociální služby)

Odpovědí na některé návrhy poskytovatelů péče může být vytvoření dotačního programu. Analýza dotačních programů ukázala, že Pardubický kraj totiž oproti nadpoloviční většině jiných krajů nemá samostatný dotační program nebo podprogram na podporu paliativní nebo hospicové péče. Z dotačního portálu Pardubického kraje doplněného rozhovory se zástupci Pardubického kraje vyplývá, že jedinou možností, jak čerpat finanční podporu na paliativní péči je využití dotačního programu na podporu subjektů činných v sociální oblasti a neziskovém sektoru⁶⁹. Nevýhodou tohoto programu je například to, že ho mohou čerpat pouze neziskové organizace a ne například příspěvkové organizace. Dotační programy na podporu paliativní péče v ostatních krajích se liší způsobem podání (elektronická vs. klasická forma), časovým rámcem a frekvencí (nejčastěji ročně), účelem financování (provozní dotace, rozvoj MSPP, dotace na rozvoj a vzdělávání), výší spoluúčasti (0 - 30+ %) a v neposlední řadě také výší dotací (od jednotek stovek tisíc až po desítky milionů).

⁶⁹ Dotační portál Pardubického kraje. Podpora subjektů činných v sociální oblasti a neziskovém sektoru (2025). Dostupné z: <https://dotace.pardubickykraj.cz/grants/d3fbdafe-ef53-42c9-80a4-d18ce814767e>

2.3 Trendy demografického vývoje s ohledem na poskytování paliativní péče

Demografické stárnutí obyvatel Pardubického kraje s sebou nese nároky na zajištění odpovídajících kapacit služeb dlouhodobé péče, tedy služeb zdravotních a sociálních a zároveň na vzdělávání zaměstnanců, aby uměli péči specifické skupině seniorů poskytnout. Demografické stárnutí je pak problémem rovněž z hlediska stárnutí profesionálů lékařských i nelékařských oborů. V horizontu 5-10 let hrozí odchod silných ročníků všeobecných sester do důchodu (ještě dříve v případě všeobecných sester v sociálních službách), rovněž praktických lékařů. Zároveň mezi mladými odborníky těchto profesí není v současnosti dostatek těch, kteří by mohli tento výpadek saturovat. Kraj se proto musí i personální otázce věnovat.

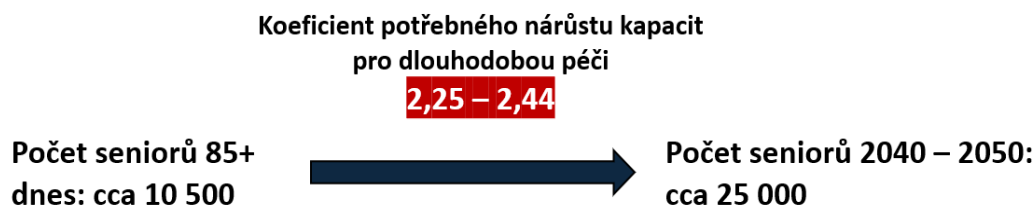
Závěrečná analytická kapitola se věnuje demografickým trendům a předpokládaným vlivům na oblast poskytování paliativní péče.

Mezi roky 2001 a 2023 se zvýšila populace Pardubického kraje o cca 23 400 osob (z 507 176 obyvatel r. 2001 na 530 560 obyvatel r. 2023), a to zejména v důsledku migrace⁷⁰. Současně se poměrně dramaticky proměnila věková struktura obyvatelstva; Pardubický kraj zestárl, což je patrné na zvyšování indexu stáří (činí 131,9, což je mírně nad průměrem ČR 129,5). V pořadí krajů má Pardubický kraj nicméně pátý nejnižší index stáří. Podíl osob mladších 15 let r. 2023 činil 15,9 % (tedy 84 560 osob). V Pardubickém kraji již 4 roky po sobě počet zemřelých převyšuje živě narozené - přirozenou obměnou se ztrácí počet obyvatel. V roce 2023 byl počet zemřelých osob o 911 vyšší, než počet živě narozených dětí. Je rizikem, že trend nízké porodnosti bude pokračovat. Udržení počtu obyvatel napomáhá migrace⁷¹. Česká společnost celkově bude ale i nadále s největší pravděpodobností stárnout.

Obr. 6 Predikce dalšího vývoje populace Pardubického kraje⁷²

Pardubický kraj	k 31. 12. 2020	k 31. 12. 2023	k 1. 1. 2030	k 1. 1. 2040	k 1. 1. 2050
Obyvatelé ve věku 65+	107 631	111 494	117 922	133 231	151 255
Obyvatelé ve věku 75+	43 224	48 713	60 827	68 275	79 235
Obyvatelé ve věku 85+	10 676	10 471	14 049	23 572	25 563

Zdroj: [Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2080 | Produkty \(gov.cz\)](#) (Zveřejněno dne: 12. 12. 2024)



⁷⁰ Tamtéž

⁷¹ Tamtéž, s. 13

⁷² Prezentace prof. Ladislava Duška představená na Krajském úřadě Pardubického kraje dne 18.6.2025, snímek 12

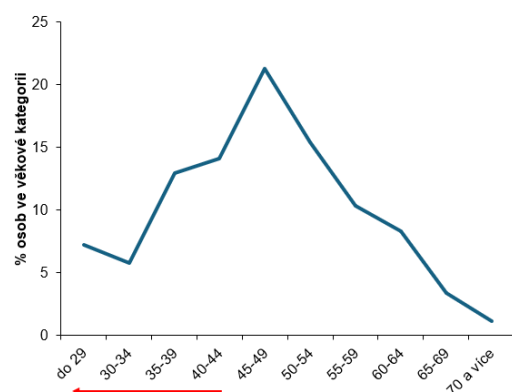
Na stárnutí populace se bude Pardubický kraj potřebovat připravit; jak navýšením kapacit služeb dlouhodobé péče (zdravotních i sociálních), tak i přístupem pečujících profesionálů – znalostmi, dovednostmi pro práci se seniorskou populací, která se ze zdravotního hlediska vyznačuje geriatrickou křehkostí, polymorbiditou, specifickými komorbiditami. Ve věku 65+ let roste podíl osob např. s onemocněními diabetes mellitus, srdečním selháním, Alzheimerovou chorobou, zhoubnými nádory, cévními nemocemi mozku aj.⁷³ Se stárnutím populace tedy tato onemocnění budou v populaci významně čtenější. Mezi roky 2025 a 2030 predikce dle střední varianty např. očekávají 5 % nárůst onemocnění diabetes mellitus, 12,5 % srdečních selhání, 16,8 % Alzheimerovy choroby, 5,8 % zhoubných nádorů⁷⁴.

Obr. 7 Všeobecná sestra: věková struktura v roce 2023 v Pardubickém kraji⁷⁵

Všeobecná sestra: věková struktura v roce 2023 v PAK

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP)+ NRHZS, stav k 31. 12. 2023

Relativní zastoupení jednotlivých věkových tříd



Věk	N	%	Úvazky	% úvazků
do 29	272	7.2%	244.9	6.8%
30-34	216	5.8%	205.3	5.7%
35-39	486	13.0%	455.8	12.7%
40-44	530	14.1%	512.1	14.2%
45-49	800	21.3%	783.0	21.7%
50-54	578	15.4%	573.2	15.9%
55-59	388	10.3%	383.1	10.6%
60-64	312	8.3%	295.2	8.2%
65-69	128	3.4%	115.8	3.2%
70 a více	42	1.1%	33.4	0.9%
CELKEM	3 752	100.0%	3601.9	100.0%
Průměrný věk	46,6 let			

Věk > 60 let:
482 ZP (13%)

870 ZP
23,2%

Stárnou nejen obyvatelé, ale i lékařské a nelékařské profese v Pardubickém kraji. Do roku 2035 lze předpokládat, že do penze odejde až 870 všeobecných sester, tj. **23,2 % stávající pracovní síly**. Nejpočetněji zastoupené věkové kategorie jsou všeobecné sestry ve věku 45-49 let (21,1 %) a 50-54 let (15,4 %). Dochází tedy ke koncentraci pracovní síly ve vyšší věkových kategoriích. Současně je patrný nízký podíl sester do 35 let věku (13 %) ukazující na riziko výpadku personálu v horizontu 10 let (kritické období mezi roky 2028-2035)⁷⁶. Ještě výraznější je problém u všeobecných sester odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách), kde působí všeobecné sestry starší a **v horizontu 10 let lze očekávat odchod do důchodu až 27 % z nich**; oproti tomu ve věkové kategorii do 35 let je pouze 10,4 % všeobecných sester⁷⁷.

⁷³ Tamtéž

⁷⁴ Tamtéž

⁷⁵ Tamtéž

⁷⁶ Tamtéž, sn. 66

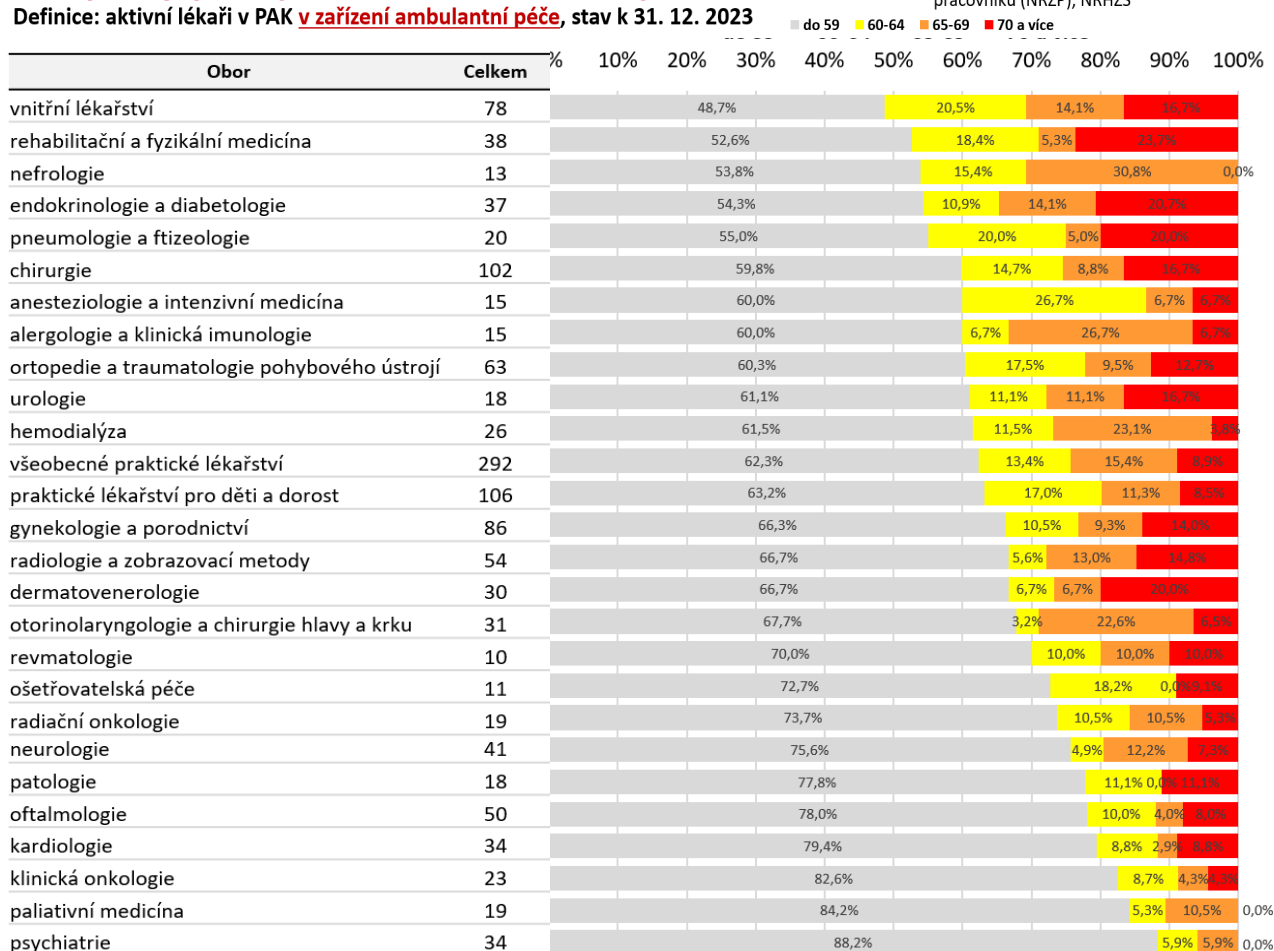
⁷⁷ Tamtéž, sn. 67

Obr. 8 Věkové složení lékařů v lékařských oborech s nejvyšším počtem lékařů v Pardubickém kraji v zařízení ambulantní péče k 31.12.2023⁷⁸

Obory s nejvyšším počtem lékařů v PAK, dle podílu lékařů 60+

Definice: aktivní lékaři v PAK v zařízení ambulantní péče, stav k 31. 12. 2023

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP), NRHZS



Mezi lékařskými profesemi jsou pro oblast paliativní péče relevantní zejména obory všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, klinická onkologie a paliativní medicína. Poslední dva jmenované mají relativně mladé lékaře, většina (přes 80 %) je do věku 60 let. **V případě všeobecných praktických lékařů je již nyní téměř čtvrtina starších 65 let** (viz obr. 30), **v riziku odchodu v následujících 10 letech bude až 52 % všeobecných praktických lékařů** (dosáhne důchodového věku). Ve věkových kategoriích do 40 let je aktuálně 15,6 % lékařů, tedy existuje riziko nedostatku lékařů, kteří by mohli nahradit ty, co odejdou⁷⁹. Podobně tíživá je situace u praktických lékařů pro děti a dorost; v riziku odchodu v následujících 10 letech je 51 % lékařů, do 40 let je 14 % lékařů.⁸⁰

Zejména nedostatek praktických lékařů (tedy VPL i PLDD) a všeobecných sester by se mohl projevit na možnostech poskytování obecné paliativní péče jak v domácím prostředí, tak v zařízeních sociálních služeb, jejichž kapacity rovněž bude třeba navýšit. Při neřešení personální situace by se tak mohla zhoršit kvalita života (nejen) v jeho závěru u značné části obyvatel Pardubického kraje.

⁷⁸ Prezentace prof. Ladislava Duška představená na Krajském úřadě Pardubického kraje dne 18.6.2025, sn. 64

⁷⁹ ÚZIS ČR. Data dodaná k 4.6.2025. Paliativní péče v krajích ČR a okresech Pardubického kraje. Zdroj: NRHZS.

⁸⁰ Tamtéž

2.4 SWOT analýza faktorů relevantních pro rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji

Silné stránky

- dětská paliativní péče – dětské pacienty je kam předat, poskytovatelé dobře spolupracují
- paliativní péče je součástí kurikula vzdělávacích institucí
- poskytovatelé obecné paliativní péče se podílejí na zajištění péče v závěru života, v kraji lze najít dobré příklady poskytovatelů OPP napříč zdravotními i sociálními službami, kteří se poskytování paliativní péče/péče v závěru života věnují systematicky
- kvalita poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče v kraji
- poskytovatelé obecné i specializované paliativní péče spolupracují
- poskytovatelé zdravotních i sociálních služeb považují rozvoj paliativní péče v kraji za důležitý

Slabé stránky

- neexistence nebo nefunkčnost interních procesů, potřebných pro systematické zajištění paliativní péče
- obtížně dostupné možnosti vzdělávání v paliativní péči pro pracovníky v praxi
- zapojení praktických lékařů je hodně individuální a často nedostatečné
- nedostupnost klíčových profesí (zejména psycholog a paliatr)
- nedostatek a fluktuace personálu
- chybějící služby konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích, případně jejich nedostatečné kapacity
- nízká výkonnost odbornosti 720 - ambulancí paliativní medicíny
- nedostupnost paliativní péče v odlehlých oblastech
- nekoordinovaný přechod mezi nemocniční a domácí či pobytovou péčí
- nedostatečné pokrytí pracovišť pro výuku paliativní medicíny v kraji
- omezená znalost a informace o paliativní péči poskytované organizacemi mezi poskytovateli napříč okresy
- poskytovatelé obecné paliativní péče nemají k dispozici standardy, ke kterým by se mohli vztahovat

Příležitosti

- podpora vzdělávání poskytovatelů
- podpora zajištění financování
- podpora MSPP (rozvoj, financování)
- podpora vzniku konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích
- podpora úpravy prostředí a vybavení u poskytovatelů pobytových služeb obecné paliativní péče
- podpora systematického zavádění paliativní péče v organizacích
- zlepšení koordinace služeb
- podpora síťování organizací
- zvýšení povědomí a informovanosti o PP
- systémové nástroje a bonifikace pro organizace zajišťující PP
- další vnější příležitosti nabízí rozvoj oboru na celostátní úrovni (národní koncepce paliativní péče, vznikající vzdělávací programy, celostátní iniciativy např. "paliativní

praktici”, program rozvoje PP v domovech pro seniory, v prostředí ZZS, krajské koncepce v jiných regionech ČR a další projekty, které mohou sloužit jako příklady dobré praxe).

Hrozby

- nerovnoměrné finanční ohodnocení (zdravotní vs. sociální sféra)
- přílišná byrokratizace
- nekoncepční nebo plošná opatření
- odchod silných ročníků všeobecných sester do důchodu, nedostatek sester, který by výpadek nahradil
- odchod lékařů některých odborností vč. všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost do důchodu, nedostatek lékařů do 40 let, kteří by výpadek nahradili
- nedostatečné kapacity služeb dlouhodobé péče v kontextu demografického stárnutí

2.5 Shrnutí zjištěných skutečností

Analýza současného stavu paliativní péče v Pardubickém kraji ukázala, že **region prochází pozitivními změnami směrem k péči, která více odpovídá potřebám pacientů a principům paliativní péče**. Významně vzrostl podíl tzv. optimálních trajektorií péče v závěru života, a to napříč všemi okresy. Roste počet úmrtí v domácím prostředí, podíl péče poskytované mobilními specializovanými týmy a využití lůžkových hospiců. Tento vývoj odráží rozšiřování specializovaných služeb i zvyšující se zkušenost a kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče. Přesto však zůstává významný podíl pacientů, kteří umírají na akutních lůžkách nemocnic, často bez přístupu k paliativním službám.

Dostupnost specializované paliativní péče v kraji je postupně se zlepšující, avšak zatím nerovnoměrná. V některých okresech (např. Ústí nad Orlicí, Svitavy) dosahuje využití týmů MSPP nebo hospicové péče nadprůměrných hodnot, zatímco v jiných (např. Chrudim) služby teprve vznikají nebo jsou ve fázi rozvoje. Klíčovým zjištěním je nutnost navýšení kapacit konziliárních týmů v nemocnicích a posílení personálního zabezpečení paliativních ambulancí. **Významným limitem dalšího rozvoje je také nedostatek kvalifikovaných lékařů a sester s paliativní specializací.**

Mezi poskytovateli obecné paliativní péče byly zaznamenány výrazné rozdíly ve zkušenostech a úrovni poskytovaných služeb. Významnou roli hrají praktici a domácí zdravotní péče, kteří však čelí kapacitním a personálním výzvám. **Lůžka dlouhodobé péče a pobytové sociální služby se na péči v závěru života podílí ve značné míře, avšak jejich připravenost, metodické vedení a prostředí nejsou vždy odpovídající potřebám umírajících a jejich rodin.** Terénní sociální služby začínají vnímat téma závěru života jako relevantní, avšak jejich role v identifikaci paliativních potřeb a koordinaci péče je teprve v počátcích.

Z hlediska systémového rozvoje byla identifikována potřeba posílit vzdělávání v paliativní péči napříč zdravotnickými a sociálními profesemi, a to zejména v oblasti komunikace, plánování péče a krizových situací. **Třetina poskytovatelů vnímá finance jako bariéru pro zajištění kvalitního vzdělávání.** Řada krajů v ČR využívá pro financování rozvoje a provozu poskytovatelů paliativní péče specifické dotační programy, v Pardubickém kraji zatím takový nástroj využíván není.

Analýza rovněž ukázala, že spolupráce mezi poskytovateli specializované a obecné paliativní péče se rozvíjí, nicméně přetrvávají mezery v kontinuitě péče, zejména při přechodech mezi sektory (nemocnice – domácí prostředí – sociální služby). **Prostor pro zlepšení se týká i zapojení praktických lékařů, koordinace péče a dostupnosti psychologické podpory.**

V oblasti dětské paliativní péče byla identifikována síť několika klíčových poskytovatelů a dobrá spolupráce se zdravotnickou záchrannou službou i nemocnicemi. Nízký vhléd většiny poskytovatelů do této oblasti a absence některých typů zařízení (např. DIOP/NIP) však představují výzvu pro další rozvoj.

Závěrečná část analýzy upozorňuje na demografické stárnutí obyvatelstva i zdravotnického personálu v Pardubickém kraji. V horizontu 5–10 let hrozí nedostatek všeobecných sester a praktických lékařů, což může negativně ovlivnit dostupnost paliativní péče. Proto je potřeba rozvoje paliativní péče spojena nejen s rozšířením kapacit a financování, ale i se strategickým řízením lidských zdrojů a cílenou podporou mladých profesionálů v této oblasti.

3 Návrhová část

3.1 Vize a motto paliativní péče Pardubického kraje

Vize

Každý člověk v Pardubickém kraji, kterému život ohrožující nemoc významně zasahuje do kvality života, má přístup k důstojné, dostupné a koordinované paliativní péči, která respektuje jeho hodnoty, potřeby a přání – bez ohledu na věk, diagnózu či místo, kde žije.

Motto

Společně pro důstojný závěr života

3.2 Vymezení slabých míst a problémových prvků v paliativní péči Pardubického kraje

Formulace slabých míst a problémových segmentů v paliativní péči Pardubického kraje je založena na výsledcích analytické části, zejména datech od ÚZIS, rozhovorech a dotaznících od poskytovatelů a SWOT analýze. Přehled všech identifikovaných slabých míst a problémových segmentů přináší obrázek č. 9.

Obr. 9 - Schéma slabých míst a problémových segmentů



1. Nesystematické poskytování paliativní péče ze strany poskytovatelů obecné paliativní péče

Poskytovatelé obecné paliativní péče vykazují různou úroveň systematického přístupu k poskytování paliativní péče či péče v závěru života a s tím související metodické podchycení odpovídajících procesů. Tyto se mimo jiné týkají identifikace potřeby paliativní péče a terminální fáze onemocnění, plánování péče v závěru života, kontroly symptomů, pozůstalostní péče, zpětné vazby na kvalitu poskytované paliativní péče, multidisciplinární a meziorganizační spolupráce.

Právě systematické ukotvení relevantních procesů v organizacích poskytovatelů je klíčové pro dlouhodobě udržitelný rozvoj. Podporou poskytovatelům v této oblasti mohou být různé formy vzdělávání, implementace vhodných metodik, síťování a sdílení zkušeností a mentorská podpora. V kraji v každém segmentu péče existují příklady dobré praxe, na kterých je možno stavět a jejichž zkušenosti mohou inspirovat ostatní.

2. Nedostatečné pokrytí území Pardubického kraje poskytovateli paliativní péče

Výsledky analytické části odhalily nedostatečný počet a kapacitu konziliárních týmů paliativní péče (odbornost 929) v nemocnicích. Aktuálně chybí týmy minimálně v okresech Chrudim a Svitavy. Z přítomnosti týmů by mohla profitovat i lůžka dlouhodobé a následné péče, která jsou specializovanou paliativní péčí aktuálně nepokrytá. Pokrytí MSPP v kraji se zlepšuje, plánuje se rozběhnutí MSPP v okrese Chrudim. V současné chvíli však není pokrytí MSPP stabilně a srovnatelně dostupné ve všech okresech kraje. Důležité se rovněž jeví podpoření ambulancí paliativní medicíny (odbornost 720), kterých je relativně dost, nicméně nemají kapacitu na zajištění plného rozsahu služeb vč. konání domácích návštěv.

3. Nekoordinovaný přechod mezi nemocničním a domácím prostředím či pobytovou péčí

Problematika přechodů mezi nemocničním a domácím prostředím či pobytovou službou leží v rovině širší spolupráce zdravotních a sociálních služeb, jde tedy za rámec samotného poskytování paliativní péče. Nekoordinované přechody negativně ovlivňují kvalitu života pacientů a jejich blízkých a zvyšují riziko zbytečných hospitalizací. Poskytovatelé sdíleli, že přechody pacientů mezi akutní nemocniční péčí a následnou domácí nebo pobytovou péčí jsou často nekoordinované, neplánované a organizačně náročné. Poskytovatelé pobytových služeb poukazují na to, že nemocnice informují o propuštění pacienta velmi pozdě, často bez předchozí domluvy, bez zohlednění jejich kapacit a potřebné přípravy. Chybí také dobře nastavené mechanismy včasné identifikace pacientů v závěru života a plánování péče (tzv. *advance care planning*). Absence kontinuity a předávání informací nejen komplikuje organizaci péče, ale přispívá i k pocitu, že sociální sektor je ze strany nemocnic vnímán jako „podřadnější služba“. Neefektivní přechody mezi zdravotními a sociálními službami jsou rovněž ovlivněné celou řadou dalších faktorů, omezenými kapacitami poskytovatelů služeb (častěji se týká služeb sociálních než zdravotních); omezenými možnostmi poskytovatelů služeb poskytnout péči klientům/pacientům s vyšší náročností péče vzhledem ke kompetencím pracovníků či nedostatečnému technickému vybavení poskytovatelů. Přechody

mezi službami jsou ale ovlivněné i mnoha dalšími faktory zde nezmíněnými; je třeba brát v potaz aktuální trendy a tlaky na úrovni systému, organizace služeb, zaměstnanců těchto služeb i klientů, jejich blízkých a jejich vzájemnými vztahy, nároky, možnostmi a očekáváními, která se mohou lišit.

4. Obtížně dostupné možnosti vzdělávání v paliativní péči pro pracovníky v praxi

Vzdělávání pracovníků v oblasti dětské i dospělé paliativní péče v Pardubickém kraji je sice obecně vnímáno jako priorita, ale jeho dostupnost a realizace naráží na řadu praktických omezení. Z odpovědí poskytovatelů zdravotních i sociálních služeb vyplývá, že by uvítali větší možnosti pro zajištění školení nebo supervize zaměřené přímo na praxi v paliativní péči. Vzdělávací aktivity přímo v kraji jsou spíše ojedinělé, závislé na individuální iniciativě konkrétních zařízení nebo pracovníků. V kraji rovněž chybí dostatek akreditovaných pracovišť pro výuku paliativní medicíny, což může znesnadňovat získávání atestací v paliativní medicíně lékařům, kteří z různých důvodů nemohou cestovat na delší časové úseky do jiných krajů.

Problémem není jen nabídka vzdělávacích aktivit, ale také jejich financování – přibližně třetině organizací na vzdělávání scházejí prostředky. Přestože je paliativní péče formálně zařazena do kurikula zdravotnických škol, potřeba prakticky zaměřeného, kontinuálního vzdělávání pro pracovníky v praxi přímo v prostředí služeb zůstává výrazně nenaplněna.

5. Problematické personální zajištění - nedostupnost klíčových profesí (zejména psycholog a lékař s paliativní atestací) a demografické stárnutí profesí

Jedním z kritických problémů rozvoje paliativní péče v Pardubickém kraji je výrazný nedostatek klíčových profesí, zejména lékařů se specializací v paliativní medicíně (paliatrů) a psychologů. Psychologická podpora je navíc prakticky nedostupná – ačkoliv je považována za nedílnou součást PP, většina poskytovatelů ji nemá jak zajistit. Demografické stárnutí rovněž negativně ovlivňuje personální kapacity a výhled do budoucna na jejich zajištění - zejména u všeobecných sester a lékařů.

6. Zapojení praktických lékařů v poskytování paliativní péče je individuální, nerovnoměrné a někdy nedostatečné

Zapojení praktických lékařů do poskytování paliativní péče je nerovnoměrné, v některých případech rovněž nefunkční. Někteří lékaři se v poskytování paliativní péče neangažují (důvodem může být neznalost, neochota, také ale kapacitní možnosti), v kraji jsou ale i příklady velmi dobré praxe. Pro poskytovatele je v některých případech obtížné zajistit funkční spolupráci.

7. Omezená znalost o paliativní péči a jejích poskytovatelích mezi poskytovateli i veřejností

Poskytovatelé sdíleli, že se setkávají s tím, že se pacienti případně jejich pečující neorientují v systému zdravotních a sociálních služeb vč. služeb paliativní péče. Neví, že služby existují, neví, co umožňují, či na koho se v případě potřeby obrátit. To vede k pozdní iniciaci žádostí a překladů a v některých případech také k nemožnosti služby využít z důvodu příliš křehkého zdravotního stavu nemocného.

Z dostupných dat rovněž vyplývá, že ani někteří poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb si nejsou jistí, jaké jsou možnosti poskytovatelů paliativní péče, jaké jsou hranice poskytování obecné a specializované paliativní péče. Mohou se tak tvořit lichá očekávání, šířit nepřesné informace, což dále ztěžuje orientaci pacientů i neformálních pečujících, také dochází k neefektivní spolupráci na zajištění paliativních potřeb pacientů.

8. Poskytovatelé obecné paliativní péče nemají k dispozici standardy, ke kterým by se mohli vztahovat

Neexistence standardu k poskytování paliativní péče u poskytovatelů obecné paliativní péče znesnadňuje hodnocení kvality služeb či získání případné finanční motivace k rozvoji těchto služeb u poskytovatelů.

3.3 Vazba díla na rozvojové zdravotnické dokumenty na národní a mezinárodní úrovni

Paliativní péče je svou povahou rozkročena mezi segmenty zdravotní a sociální péče. Věnuje se dětským i dospělým pacientům, zahrnuje jak medicínské intervence, tak psychosociální podporu - jak v ústavní, tak v komunitní péči, pomoc během zármutku a mnoho dalšího. Potenciální směry jejího rozvoje je proto třeba reflektovat z perspektivy dalších iniciativ, které se věnují těmto jednotlivým oblastem, i komplexních plánů rozvoje zdravotnictví a sociálních služeb jako celku. Návrhová část koncepce paliativní péče Pardubického kraje je proto formulována s ohledem na relevantní strategické dokumenty a rámcová doporučení, které byly formulovány na národní i mezinárodní úrovni. Mezi ně patří zejména:

Strategie Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví

Strategický dokument vlády ČR „Zdraví 2030“ vymezuje klíčové priority zdravotní politiky. Jednou z nich je i důraz na zvýšení dostupnosti péče pro zranitelné skupiny, zajištění kontinuity péče a rozvoj péče zaměřené na kvalitu života. Explicitně zmiňuje rozvoj paliativní péče jako jednu z priorit, především v oblasti rozvoje časně paliativní péče, propojení zdravotních a sociálních služeb, podpory multidisciplinarity a zajištění dostupnosti péče v domácím prostředí.

NAPAN – Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další typy demencí (2020–2030)

NAPAN klade důraz na důstojné zacházení, podporu kvality života a dostupnost specializovaných forem péče u lidí s demencí, zejména v pokročilých stádiích nemoci. Dokument podporuje rozvoj paliativního přístupu jako standardní součásti péče o pacienty s kognitivním deficitem a doporučuje vyšší míru koordinace mezi zdravotními a sociálními službami. V tomto směru je krajská koncepce plně kompatibilní – počítá s rozvojem služeb paliativní péče také v domovech se zvláštním režimem a v přímé návaznosti na neurologická a geriatrická pracoviště.

Memorandum o spolupráci mezi Ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnami a ČSPM (2019)

Toto memorandum, podepsané všemi hlavními zdravotními pojišťovnami, Ministerstvem zdravotnictví a Českou společností paliativní medicíny, deklaruje společnou vůli rozvíjet udržitelný model financování a poskytování paliativní péče v České republice. Stanovuje cíle, jako je vytvoření sítě dostupných služeb napříč regiony, možnost volby místa péče, podpora rodin a zajištění kvality prostřednictvím standardů a indikačních kritérií. Zásadní je závazek zdravotních pojišťoven ke smluvní politice podporující dostupnost služeb podle doporučení odborné společnosti.

Tab. 19 Přehled ostatních strategických dokumentů, na nichž je koncepce založena

Dokument	Hlavní přínos
Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035 (analytická část, návrhová část je v přípravě)	Celostátní rámec pro rozvoj všech typů paliativní péče, včetně akcentu na rovnoměrnou dostupnost
Věstník MZ ČR 1/2022 – Standardy konziliárních týmů	Zakotvení role nemocničních konziliárních týmů, popis jejich složení a standardů poskytování péče
EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče (2009)	Evropské doporučení pro strukturu, rozsah a kvalitu specializované paliativní péče
Mezinárodní standardy dětské paliativní péče (ICPCN, 2023)	Globální rámec péče o děti se závažným onemocněním a jejich rodiny
Koncepce péče o děti a dospívající se závažnou život limitující a život ohrožující diagnózou a jejich rodiny	Klíčový koncepční materiál pro rozvoj dětské paliativní péče, vypracovaný sekci dětské paliativní péče při ČSPM ve spolupráci s Institutem Pallium.
Koncepce dlouhodobé lůžkové péče a zdravotní respitní péče o děti se závažnou život limitující diagnózou	Strategický koncepční materiál sekce dětské paliativní péče při ČSPM, který mimo jiné poskytuje řadu definičních rámců a doporučených standardů pro poskytovatele dětské paliativní péče.
Regionální koncepce ostatních krajů	Inspirace z již vytvořených a v některých případech implementovaných modelů krajské koordinace

Výše uvedené dokumenty upozorňují na souvislosti paliativní péče a jejího rozvoje se širším vývojem zdravotnictví a sociálních služeb v naší zemi. V některých případech nabízí také argumentaci nebo konkrétní metodická doporučení. Z toho pohledu bude pro úspěšné naplnění akčního plánu nezbytné, aby se při realizaci jednotlivých opatření bral v potaz i tento

širší kontext. Klíčová bude mimo jiné Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035, která bude dokončena pravděpodobně na přelomu let 2025 a 2026. Vyhodnocení povinností, možností a trendů, které budou tyto a podobné dokumenty v budoucnu přinášet, by mělo spadat do kompetence krajského koordinátora paliativní péče v rámci příprav na pravidelnou evaluaci akčního plánu, o které se zmiňují níže uvedené strategické cíle.

3.4 Strategické cíle paliativní péče Pardubického kraje celkové a pro jednotlivé její segmenty pro léta 2025 až 2030

Tento akční plán obsahuje 8 strategických cílů pro rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji na období 2025 - 2030. Jejich formulace vychází z revize specifických cílů akčního plánu Střednědobé koncepce zdravotnictví Pardubického kraje, schválené Zastupitelstvem Pardubického kraje 13. prosince 2022. Z původních pěti cílů zůstávají tři a dalších pět reflektuje nová zjištění z analytické části této koncepce. Níže jsou uvedeny všechny původní specifické cíle ze střednědobé koncepce zdravotnictví s komentářem k aktuálnímu stavu jejich realizace a stručným doporučením pro zachování, přeformulování, nebo zrušení jednotlivých cílů. V navazující kapitole číslo 5 je pak osm zachovaných nebo nově navržených strategických cílů podrobněji rozepsáno na úrovni souvisejících opatření a aktivit. Pokud není uvedeno jinak, opatření směřují na oblast dětské i dospělé paliativní péče, jejichž rozvoj kraj vnímá jako vzájemně provázaný a obě oblasti považuje za klíčové.

Tab. 20 Specifické cíle k rozvoji paliativní péče z akčního plánu Střednědobé koncepce zdravotnictví (přijaté Zastupitelstvem Pk 12/2022)

Specifický cíl	Opatření	Konečný výstup	Realizace od/do	Gestor	Stav k 07/2025
1. Nastavit systematický sběr dat a jejich analýzu pro následné budování sítě paliativní péče v Pk	1.1. Identifikace struktury dat, zdrojů informací, způsobu sběru, zpracování a vyhodnocování	Nastavený systém sběru a vyhodnocování dat o paliativní péči a jeho zakomponování do systému práce s informacemi o stavu zdravotnictví v Pk	2024	NHZ	Částečně splněno
Komentář a doporučení V této oblasti došlo k částečné implementaci. Byl definován požadavek na typy dat od ÚZISu, které se podařilo získat. Zároveň vznikl podklad pro koncepční rámec a byla zorganizována prezentace profesora Duška. Nadále však chybí jasné doporučení pro další kroky a způsob, jak s daty systematicky pracovat v rámci strategického rozvoje paliativní péče v kraji. Naším doporučením je konkretizace opatření (viz. strategický cíl 1 v následující kapitole)					
2. V rámci NPK, a.s. zajistit vytvoření paliativních týmů, které pokryjí péči o celé spektrum pacientů od dětí po dospělé	2.1. Nastavit složení paliativních týmů, způsob jejich práce a zaintegrování do poskytování zdravotní péče v NPK, a.s.	Nastavené složení paliativních týmů a metodika jejich práce	2022-2023	generální ředitel NPK, a.s.	Částečně splněno
	2.2. Zajistit postupné personální obsazení jednotlivých paliativních týmů v nemocnicích	Fungující paliativní týmy, které zajišťují péči o celé spektrum pacientů v NPK, a.s.	2023-2028	generální ředitel NPK, a.s.	Částečně splněno
Komentář a doporučení Cíl byl splněn pouze částečně. Ve dvou zařízeních Nemocnic Pardubického kraje již fungují paliativní týmy, které jsou místními poskytovateli vnímány velmi pozitivně. V ostatních nemocnicích však takové týmy dosud neexistují. Neexistuje také sdílená metodika pro zajištění této péče napříč nemocnicemi. Její vytvoření bude klíčové pro nastavení modelu péče a jejího zajištění ve všech nemocnicích kraje (viz. strategický cíl 2 v následující kapitole).					

3. Vytvořit na úrovni Pk v rámci úseku náměstkyně hejtmána pro zdravotnictví) pozici odborného garanta (koordinátora) pro paliativní péči v Pk	3.1. Identifikovat potenciální odborné garanty, stanovení podmínek spolupráce, jejich oslovení a výběr vhodného koordinátora	Vybraný odborný garant pro paliativní péči v Pk včetně sjednání podmínek spolupráce	2022	NHZ	Splněno
Komentář a doporučení V rámci krajského úřadu byla zřízena pozice odborného garanta pro paliativní péči. Tato role je zatím časově vymezena na 3–4 roky s cílem vytvořit strategický rámec a metodické vedení rozvoje paliativní péče v kraji. Pro dlouhodobou udržitelnost je však nutné tuto pozici systémově zakotvit. Ačkoliv je cíl splněný, propasal se do strategického cíle č. 4, který se zabývá efektivním způsobem práce s akčním plánem.					
4. Podpořit tvorbu sítě poskytovatelů specializované paliativní péče – domácí hospice se začleněním pediatrií pro péči o dětské pacienty včetně případného pilotního projektu	4.1. Vytipovat vhodný fungující domácí hospic a realizovat pilotní projekt s využitím metodiky připravované MZ ČR	Realizovaný pilotní projekt v oblasti domácího hospice pro péči o dětské pacienty	2025 - 2026	NHZ	Částečně splněno
	4.2. Zpracovat hodnotící zprávu o realizovaném pilotním projektu	Hodnotící zpráva pro potřeby legislativních opatření	2027	vedoucí pilotního projektu	Částečně splněno
Komentář a doporučení Cíl byl naplněn pouze částečně. Podpora sítě poskytovatelů specializované paliativní péče sice proběhla, ale nikoli prostřednictvím plánovaného pilotního programu, nýbrž díky jiným souvisejícím iniciativám a okolnostem. V současnosti má kraj funkční model péče o dětské pacienty, který zahrnuje podporu napříč nemocnicemi, ambulancemi i domácí péčí. Segment péče MSPP však stále potřebuje systematickou podporu – zejména v oblasti financování, rozvoje a posílení kapacit. Výše zmíněné je zohledněno v revidovaném znění tohoto cíle (nyní strategický cíl č. 3.)					

5. Aktivně se zapojit do realizace projektů MZ ČR při naplňování Strategického rámce Zdraví 2030 v oblasti paliativní péče včetně souvisejícího systému jejího financování	5.1. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 2.1.8 Programy optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách	Plná integrace paliativní péče do systému zdravotních služeb v nemocnicích i ve vlastním sociálním prostředí pacientů	2022-2030	vedoucí OZ	Částečně splněno
	5.2. Spolupráce na řešení dílčího cíle číslo 2.1.9 Programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovatелů v dlouhodobé péči	Zajištění podpory rodin pacientů a dalších pečujících osob	2022-2030	vedoucí OZ	Částečně splněno
Komentář a doporučení Cíl je aktuálně splněn pouze částečně. Koordinátorka paliativní péče i příslušná náměstkyně se aktivně účastní národních aktivit v rámci Strategického rámce Zdraví 2030 a Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035. Z těchto platform je zajištěn pravidelný přenos informací na krajskou úroveň. Jedním z konkrétních výstupů těchto aktivit je příprava koncepce paliativní péče pro kraj, která by měla pomoci s implementací národních cílů do krajských struktur. V případě, že budou k dispozici dotační programy či granty z národní úrovně, kraj je připraven je efektivně využít a přenést podporu směrem k poskytovatelům – podobně jako se to daří v oblasti sociálních služeb (např. podpora domovů pro seniory nebo vzdělávání). Cíl jako takový je však formulován poměrně vágně a obtížně se měří jeho naplnění. Doporučujeme proto tento cíl zrušit a jeho podstatu zpracovat v rámci nově formulovaných strategických cílů.					

3.5 Opatření a aktivity pro rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji

V této části jsou rozepsány jednotlivé strategické cíle a související opatření. Přehledně jsou poté ještě shrnuty v tabulce akčního plánu v následující kapitole. U každého opatření jsou uvedeny následující informace:

Význam opatření: stručný popis důvodů pro dané opatření a způsobů jeho realizace

Důležitost opatření: priorita 1, 2 nebo 3

Priorita 1 zahrnuje kriticky důležitá opatření, která vytváří předpoklad pro úspěšnou realizaci dalších navazujících opatření a koncepce jako celku. Priorita 2 zahrnuje opatření, která mají zásadní význam pro naplnění cílů koncepce, ale jejich realizace vyžaduje předchozí naplnění opatření s prioritou 1. Priorita 3 zahrnuje opatření, která mohou pomoci s efektivním naplněním cílů koncepce, ale jejich odložení by nemělo zásadní vliv na celkové zlepšení situace.

Nákladnost: minimální (< 200 tis. Kč)
střední (201 tis. - 1 mil. Kč)
vysoká (> 1 mil. Kč)

Harmonogram: krátkodobý úkol (opatření možné realizovat během 1-6 měsíců)
střednědobý úkol (opatření možné realizovat během 24 měsíců)
dlouhodobý úkol (opatření možné realizovat během 2 a více let)

Typ opatření z hlediska segmentu: obecná a systémová
spadající primárně do oblasti zdravotní péče
spadající primárně do oblasti sociální péče

Gestor: určení osoby odpovědné za realizaci daného opatření

Tabulkové zobrazení akčního plánu (kapitola 6) navíc obsahuje i doporučené etapy realizace na období 2026-2027 a 2028-2030.

strategický cíl 1

Nastavit systematický sběr dat a jejich analýzu pro následné budování sítě paliativní péče v Pardubickém kraji.

Tento strategický cíl, stejně jako dva následující, je převzatý ze Střednědobé koncepce zdravotnictví z roku 2022. Znění tohoto cíle je nezměněno. V souvislosti s Koncepcí paliativní péče došlo k revizi opatření vázaného k tomuto cíli, které nyní vychází ze zkušenosti se sběrem dat pro analytickou část této koncepce. Součástí zajištění sběru dat pro Koncepci paliativní péče bylo získání dat od ÚZISu (formulaci požadavku vykonali představitelé Pardubického kraje) a poskytovatelů paliativní péče. Zjištěním tohoto sběru dat byla vysoká míra zapojení a motivovanosti poskytovatelů paliativní péče.

Opatření 1.1 Definovat klíčové parametry sledování (např. trajektorie pacientů, dostupnost služeb), zpracovat návrh metodiky práce s daty z ÚZISu a navrhnout způsob sběru doplňujících dat od poskytovatelů paliativní péče, s důrazem na minimalizaci administrativní zátěže.

Význam opatření

V rámci tvorby koncepce se Pardubickému kraji poprvé podařilo získat a analyzovat komplexní data z ÚZISu a dalších zdrojů, což vytvořilo důležitý základ pro řízení a plánování služeb paliativní péče. Na tento krok je nutné navázat formalizací toho, jaká data budou sledována dlouhodobě, jak budou pravidelně vyhodnocována, a kdo bude odpovědný za jejich sběr a interpretaci. Opatření si klade za cíl zavést efektivní a administrativně únosný rámec pro sběr doplňujících dat (např. dostupnost služeb, počet pacientů v péči, trajektorie, personální kapacity), který bude postaven na využití stávajících výkazů i nově zjišťovaných dat od poskytovatelů a dostupných veřejných datových toků. Cílem je zajistit, aby kraj měl v rukou nástroj pro řízení sítě PP, a to bez zbytečné zátěže na straně poskytovatelů.

Důležitost opatření: priorita 2

Nákladnost: minimální (< 200 tis. Kč)

Harmonogram: střednědobý úkol (opatření možné realizovat během 24 měsíců)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: KPP

strategický cíl 2

V rámci všech pěti nemocnic Nemocnice Pardubického kraje, a.s. zajistit dostupnost paliativní péče pokrývající celé spektrum pacientů od dětí po dospělé.

Jedná se o původní cíl, který byl na základě revize částečně upraven. Záměrem cíle je zajistit rovnoměrnou dostupnost SPP ve všech nemocnicích NPK, a.s., a to včetně péče o dětské⁸¹ i dospělé pacienty. Aktuální stav, kdy jsou funkční týmy jen ve dvou nemocnicích, neumožňuje systémové pokrytí regionu. Přístup může být variabilní podle kapacit nemocnice, důležité je však zajistit, aby ve všech zařízeních existoval tým či program schopný garantovat odbornou paliativní péči. Vzhledem k rozdílné velikosti a možnostem jednotlivých nemocnic se

⁸¹ Do zajištění péče o dětské pacienty zahrnujeme v tomto koncepčním dokumentu i péči perinatální.

předpokládá, že některé z nich využijí možnosti sdílených týmů nebo jiných modelů spolupráce. Definování personálního zajištění a základních minimálních standardů dostupnosti péče bude klíčovým krokem ke snížení nerovností mezi nemocnicemi.

Opatření 2.1 Vytvořit závazný dokument popisující zajištění specializované paliativní péče v rámci všech pěti nemocnic NPK, a.s.

Význam opatření

Toto opatření má za cíl vytvořit jednotný rámec a metodické ukotvení poskytování paliativní péče v nemocnicích zřizovaných Pardubickým krajem. V praxi dnes fungují týmy ve dvou nemocnicích NPK, a.s., avšak bez opory v oficiálním dokumentu či metodice, což komplikuje přenos dobré praxe do dalších zařízení.

Závazný dokument umožní definovat minimální personální a organizační požadavky, kompetence členů týmů, rozsah jejich činností a možnosti spolupráce mezi nemocnicemi. Tím přispěje k rovnoměrnému a udržitelnému rozvoji PP v rámci celé krajské nemocniční sítě. Zároveň poslouží jako odkaz na národní metodiky (např. MZČR) a vytvoří prostor pro navazující systém podpory a kontroly kvality.

Důležitost opatření: priorita 2

Nákladnost: minimální (< 200 tis. Kč)

Harmonogram: střednědobý úkol (opatření možné realizovat během 24 měsíců)

Typ opatření: zdravotní

Gestor: ředitel NPK, a.s.

Opatření 2.2 Ve všech pěti nemocnicích NPK, a.s. zavést buď:

a) KTPP (odbornost 929)

b) tým, který bude fungovat bez úhrady 929 a bude personálně vycházet z možností a potřeb daného zařízení.

c) a/nebo ambulance paliativní medicíny

Význam opatření

Cílem tohoto opatření je praktické zajištění dostupnosti SPP ve všech nemocnicích NPK, a.s. bez ohledu na jejich velikost nebo personální možnosti. Opatření umožňuje flexibilní model – buď formální zřízení KTPP (registrované pracoviště s odborností 929), nebo vznik alternativního týmu s podobnými funkcemi, který funguje v rámci běžného provozu, a/nebo vznik ambulance paliativní medicíny. Varianta B umožňuje zapojení i těch nemocnic, které aktuálně nemají kapacitu pro formální registraci KTPP, ale mohou využít interní zdroje nebo spolupráci s již existujícími týmy v kraji (např. formou konziliárních návštěv nebo vzdálené podpory). Díky tomu se paliativní péče stává běžnou součástí nemocniční péče, nikoli výjimkou v několika málo zařízeních.

Důležitost opatření: priorita 1

Nákladnost: střední (201 tis. - 1 mil.Kč)

Harmonogram: dlouhodobý úkol (opatření možné realizovat během 2 a více let)

Typ opatření: zdravotní

Gestor: ředitel NPK, a.s.

strategický cíl 3

Ve všech okresech Pardubického kraje je stabilně dostupná péče mobilní specializované paliativní péče.

Tento původní cíl prošel značnou úpravou a zjednodušením. Cíl reaguje na potřebu dlouhodobé udržitelnosti a stabilizace specializované paliativní péče poskytované v přirozeném prostředí pacienta. V kraji aktuálně působí čtyři poskytovatelé MSPP (jeden teprve vzniká), jejichž provoz je ve většině případů finančně deficitní. Dosavadní závislost na soukromých dárcích a krátkodobých projektech představuje zásadní riziko kontinuity a rozvoje služeb. Systematická krajská podpora, ať už formou přímého spolufinancování, navázání na dotační tituly nebo stabilizačních grantů, je klíčem k zachování dostupnosti péče v celém kraji.

Opatření 3.1 Vytvořit dotační program na podporu činnosti mobilní specializované paliativní péče z rozpočtu Pardubického kraje.

Význam opatření

Opatření reaguje na akutní provozní nejistotu poskytovatelů MSPP, která se týká až 2–3 milionů korun ročně na jednoho poskytovatele. Nedostatečná úhrada ze zdravotního pojištění nutí organizace sahat po dárcovství, čímž dochází k vyčerpávání potenciálu komunitní podpory a brzdění inovací. Stabilizace provozních nákladů je nutnou podmínkou nejen pro zachování existujících kapacit, ale i pro jejich případné navýšení v oblastech, které zůstávají bez adekvátního pokrytí (např. část ORP Přelouč). Kraj zde může sehrát zásadní roli zajištěním systémového spolufinancování, případně vyjednáváním s dalšími veřejnými zdroji.

Důležitost opatření: priorita 1

Nákladnost: vysoká (> 1 mil. Kč)

Harmonogram: dlouhodobý úkol (opatření možné realizovat během 2 a více let)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: KPP

Opatření 3.2 Zajistit dostupnost odborného sociálního poradenství v rámci koordinovaného přístupu s týmy mobilní specializované paliativní péče.

Význam opatření

V situaci, kdy člověk potřebuje paliativní péči, lze předpokládat, že jeho potřeby budou nejen v oblasti zdraví, ale i v oblasti sociální. Proto je vhodné, aby bylo odborné sociální poradenství poskytováno koordinovaně s poskytováním zdravotní paliativní péče (viz Doporučený postup MPSV č. 1/2025 Odborné sociální poradenství v paliativní péči). Nedílnou součástí komplexní péče o osoby s potřebou paliativní péče a pečující osoby je poskytování poradenství a podpory v následujících oblastech:

- obtížná životní situace související s nevléčitelným onemocněním, s péčí o nevléčitelně nemocného člověka,
- pomoc a podpora při posouzení situace, zvážení možností setrvání a péče ve vlastním sociálním prostředí,
- finanční zajištění,
- plánování a realizace péče v domácím prostředí,
- podpora v orientaci a v rozhodování při volbě vhodného typu sociální služby,

- svéprávnost, opatrovnictví, uspořádání osobních záležitostí,
- zprostředkování odborné pomoci,
- komunikace s úřady, institucemi atp.,
- základní psychosociální podpora aj.

Naplňování opatření bude koordinováno s definicí sítě sociálních služeb Pardubického kraje a musí být koordinováno také se standardním case managementem již fungujícím v konkrétních sociálních službách.

Důležitost opatření: priorita 2

Nákladnost: vysoká (> 1 mil. Kč)

Harmonogram: střednědobý úkol (opatření možné realizovat během 24 měsíců)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: VOS

strategický cíl 4

Zajistit efektivní způsob práce s akčním plánem tak, aby se dařila realizace jednotlivých opatření i reflexe jejich postupného naplňování.

Toto je nový cíl, formulovaný na základě výsledků analytické části, zejména rozhovorů s poskytovateli a revizi akčního plánu Střednědobé koncepce zdravotnictví z roku 2022. Během této revize se ukázalo, že u některých cílů, které byly formulovány v tehdejší dokumentu, je obtížné monitorovat průběh jejich naplňování. Zároveň tato koncepce přináší nové podněty a potřebu robustnější koordinace jednotlivých opatření a aktivit, která budou s realizací strategických cílů souviset. Navrhujeme proto následující tři opatření:

Opatření 4.1 Přehledně pojmenovat kompetence krajského koordinátora s ohledem na koordinaci a plnění jednotlivých opatření akčního plánu.

Význam opatření

Koordinátor paliativní péče, jehož pozici se podařilo v souvislosti s naplňováním cílů Střednědobé koncepce zdravotnictví Pardubického kraje vytvořit, potřebuje jasnější definici kompetencí, zejména s ohledem na jeho možnosti kontroly úkolů, řešených gestory jednotlivých opatření a také pro zpřehlednění jeho role v rámci průběžného vyhodnocování akčního plánu.

Důležitost opatření: priorita 1

Nákladnost: minimální (<200 tis. Kč)

Harmonogram: krátkodobý úkol (opatření možné realizovat během 1-6 měsíců)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: KPP

Opatření 4.2 Zavést přehledný systém průběžného vyhodnocování akčního plánu.

Význam opatření

Je třeba jasně definovat, jakým způsobem bude probíhat průběžná evaluace naplňování akčního plánu. Tento postup by měl být přijat na úrovni zastupitelstva v rámci schvalování této koncepce. Doporučujeme, aby byl akční plán vyhodnocován v souladu se zvyklostmi práce s koncepčními materiály kraje, minimálně **jednou ročně** na základě pracovního jednání se zástupci relevantních pracovišť krajského úřadu, náměstka pro zdravotnictví a náměstka pro sociální věci a zástupců poskytovatelů, pro něž zajistí podkladový materiál krajský koordinátor paliativní péče v součinnosti s odborem zdravotnictví, odborem sociálních věcí a gestory jednotlivých opatření akčního plánu.

Důležitost opatření: priorita 1

Nákladnost: minimální (<200 tis. Kč)

Harmonogram: krátkodobý úkol (opatření možné realizovat během 1-6 měsíců)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: KPP

Opatření 4.3 Do konce roku 2026 vytvořit specializovaný krajský dotační program určený pro podporu poskytování specializované i obecné paliativní péče.

Význam opatření

Finanční podpora není jediným, ale je přesto klíčovým nástrojem, který může krajský úřad pro rozvoj paliativní péče využít, ať již se jedná o poskytování obecné paliativní péče⁸² či specializované paliativní péče⁸³. V řadě krajů⁸⁴ existují specifické dotační tituly, kterými kraje tuto oblast rozvíjí. Specifický dotační titul umožňuje efektivní a intenzivní podporu klíčových oblastí, ale také sběr dat a vyhodnocování efektivity investic u podpořených projektů, dává větší jistotu a stabilitu poskytovatelům, kteří jsou mezi způsobilými žadateli a zároveň takový program umožňuje flexibilně cílit podporu na aktuální témata.

Ze zkušeností jiných krajů vyplývá, že základní rozdělení podobných programů je na úrovni obecného cíle dotací, který může sledovat buď podporu provozních nákladů nebo rozvoj a inovace. Doporučujeme, (pokud to struktura přidělování finančních prostředků v rámci kraje bude umožňovat) aby Pardubický kraj v rámci dotačního titulu cílil **v první řadě** na podporu provozních nákladů poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče (viz strategický cíl 3) a konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích, a v této oblasti zároveň sledoval splnění odborných parametrů kvality jednotlivých poskytovatelů, kteří by měli díky podpoře kraje postupně dosáhnout na splnění požadavků pro registraci odbornosti 926 / 929 a tím mimo jiné maximální možné úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dotace na provoz by tedy dlouhodobě neměla pouze vykrývat provozní ztrátu poskytovatele, ale přispět k jeho udržitelné ekonomické stabilizaci díky naplnění personálních a odborných indikátorů, umožňujících pokrytí poskytnuté péče z prostředků pojištění. Rozvoj týmů bude vyžadovat

⁸² Např. praktičtí lékaři, zdravotnická záchraná služba, poskytovatelé domácí zdravotní péče, lůžek následné a dlouhodobé péče, terénních a pobytových sociálních služeb

⁸³ Např. poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče, ambulancí paliativní medicíny, konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích, lůžek hospicového typu

⁸⁴ Dostupné dokumenty k dotačním programům ostatních krajů jsou v příloze této koncepce.

podporu vzdělávání, na které je nutné také alokovat finanční zdroje, protože již ve stávající situaci poskytovatelé uvádí jejich nedostatek (viz také opatření 7.2).

Komplexní a multidisciplinární povaha paliativní péče, která se odehrává na pomezí zdravotní a sociální oblasti, nutně vede poskytovatele k vícezdrojovému financování za využití úhrad od pojišťoven, dotací a také osobní a firemní filantropie. Vhodný typ podpory je tudíž také ten, který organizacím umožní posílení jejich fundraisingových a projektových kapacit. Jedná se zároveň o relativně nové odvětví, které se stále vyvíjí i na odborné a procesní úrovni a vyžaduje implementaci nových postupů a nástrojů⁸⁵, pro jejichž vývoj, ověřování a implementaci poskytovatelé také potřebují finanční zdroje – ty je možné přidělit v rámci inovační části dotačního titulu. Na tomto místě je také vhodné reflektovat stávající dotační tituly kraje, které mohou organizacím s těmito tématy pomoci, ale nejsou aktuálně otevřené poskytovatelům zdravotních služeb (například program týkající se fundraisingu, tedy získávání finančních a jiných zdrojů).

Formulace dotačního titulu musí vycházet ze zvyklostí kraje, přičemž je možné inspirovat se z příkladů ostatních krajů (viz příloha). Zejména pro inovační část programu doporučujeme pro hodnocení projektů zapojení externích odborníků bez vazeb na jednotlivé poskytovatele péče.

Důležitost opatření: priorita 1

Nákladnost: vysoká (>1 mil. Kč)

Harmonogram: střednědobý úkol (opatření možné realizovat během 24 měsíců)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: KPP

strategický cíl 5

Zvýšit povědomí o paliativní péči mezi širokou i odbornou veřejností v kraji.

Jedná se také o nově formulovaný cíl, vycházející z identifikovaných potřeb v rámci analytické práce na této koncepci. Poskytovatelé často uvádí, že se setkávají s velmi omezenou informovaností o paliativní péči mezi veřejností, která se kvůli nedostatku nebo pozdě předaným informacím dostává k této péči později, než by bylo vhodné nebo přijetí už někdy ani není možné vzhledem k pokročilosti zdravotního stavu nemocného. Zároveň se ukazuje, že i poskytovatelé mezi sebou nemají vždy úplně přesné informace o povaze jednotlivých služeb, jejich dostupnosti a dalších podrobnostech. Navrhujeme proto dvě nová opatření pro řešení tohoto cíle.

Opatření 5.1 Vytvořit a udržovat aktuální informační rozcestník o paliativní péči na webu kraje.

Význam opatření

Výsledky analytické části ukázaly na problematický přístup k informacím o paliativní péči, které jsou pro občany těžko dostupné a často chybí i u poskytovatelů zdravotních a sociálních

⁸⁵ Příkladem mohou být nástroje pro měření kvality života pacientů v péči, nastavení automatizovaných nebo standardizovaných indikačních nástrojů pro identifikaci paliativních potřeb u hospitalizovaných pacientů nebo klientů pobytových služeb, implementace telemedicíny a další.

služeb. Webové stránky kraje představují důležitý komunikační kanál, který může tuto mezeru pomoci vyplnit.

Navrhujeme proto vytvořit na webu Pardubického kraje samostatnou záložku věnovanou paliativní péči, která bude obsahovat:

- základní informace o tom, co paliativní péče je, komu je určena a jaké přínosy může mít,
- přehled poskytovatelů mobilní, lůžkové a ambulantní paliativní péče v kraji (včetně územního pokrytí a kontaktů),
- odkazy na další relevantní zdroje a podporu (např. pro rodinné a další neformální pečující).

Stránka by měla být pravidelně aktualizována ve spolupráci s krajským koordinátorem paliativní péče a odbory zdravotnictví a sociálních věcí. Zároveň doporučujeme se věnovat i zajištění dostatečného povědomí o rozcestníku (viz. opatření 5.2).

Důležitost opatření: priorita 2
Nákladnost: minimální (< 200 tis. Kč)
Harmonogram: krátkodobý úkol (opatření možné realizovat během 1-6 měsíců)
Typ opatření: obecné a systémové
Gestor: KPP

Opatření 5.2 Zajistit dostupnost informačních materiálů o službách paliativní péče na klíčových pracovištích v kraji.

Význam opatření

Místa prvního kontaktu občanů se zdravotní péčí – jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, ordinace praktických lékařů nebo agentury domácí péče – představují klíčový prostor pro distribuci informací o paliativních službách. Cílem tohoto opatření je, aby zde byly trvale dostupné informační materiály (např. letáky, brožury, video) poskytovatelů paliativní péče v daném regionu.

Materiály by měly:

- být jednoduché, přehledné a srozumitelně vysvětlovat povahu služeb pro širokou veřejnost,
- obsahovat základní informace o možnostech paliativní péče a konkrétní kontakty,
- být distribuovány poskytovateli ve spolupráci s krajským úřadem a jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Zajištění této dostupnosti může přispět k včasnému zapojení poskytovatelů paliativní péče a lepší orientaci rodin v situaci konfrontace s vážným onemocněním.

Důležitost opatření: priorita 2
Nákladnost: minimální (<200 tis. Kč)
Harmonogram: krátkodobý úkol (opatření možné realizovat během 1-6 měsíců)
Typ opatření: obecné a systémové
Gestor: KPP

strategický cíl 6

Vytvořit příležitosti pro pravidelné setkávání poskytovatelů obecné i specializované paliativní péče s cílem zajištění efektivity spolupráce a zajištění paliativní péče v kraji.

Tento nově formulovaný cíl vzešel z výsledků analytické části koncepce, a to jak z rozhovorů s poskytovateli, tak z postojového dotazníku. Ze zkušeností jiných krajů, zejména pokud jsou setkání organizována krajem, mohou tato podpořit vzájemné poznání se, sdílení zkušeností, vytvoření metodik a standardů (např. pro předávání pacientů, sdílenou podobu plánů péče v závěru života aj.), zkvalitnění komunikace a spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami, zlepšení návaznosti předávání pacientů mezi službami navzájem (jak mezi zdravotními a sociálními, tak mezi zdravotními navzájem), což jsou oblasti, které v rámci rozhovorů aktéři zmiňovali mezi prioritami pro rozvoj paliativní péče v kraji.

Opatření 6.1 Vytvořit plán setkávání, který pracuje s potřebami poskytovatelů a realizovat tato setkávání.

Význam opatření

Podpořit vytvoření prostoru k setkávání, který bude reagovat na potřeby poskytovatelů obecné i specializované paliativní péče a který podpoří oblasti, které poskytovatelé jmenovali jako důležité, např. sdílení zkušeností, vzájemnou znalost poskytovatelů, zlepšení spolupráce mezi službami, zvýšení efektivity předávání pacientů mezi nimi za účelem kvalitnějšího poskytování péče v závěru života obyvatelům Pardubického kraje i jejich blízkým, předávání závěrů konzilií paliatrů v rámci propouštěcích zpráv, nabídne prostor k diskuzi a případnému nastavení standardů péče v závěru života, otevře dialog nad dalšími poskytovateli jmenovanými tématy, např. zřízení služby koronera či tvorba plánu péče v závěru života a podněty k efektivnímu předávání pacientů a sdílení dokumentace. Na základě zkušeností z jiných krajů doporučujeme, aby právě Pardubický kraj byl organizátorem takových setkání. Tím se rovněž zvýší participace poskytovatelů.

Aby setkání přinášela co nejvyšší užitek, doporučujeme vytvořit plán setkávání, a to tak, aby byl:

- na delší časové období - alespoň 2 let s pravidelnou revizí na další období,
- s určenou frekvencí setkávání
- vytvářený ve spolupráci se zástupci poskytovatelů odpovídajících sociálních i zdravotních služeb
- s určenou garancí za dodržení plánu i organizační zajištění setkání
- s odpovídajícím finančním krytím (např. na občerstvení, papírenské pomůcky, případné pronájmy prostor či lektorné).

Jednotlivá setkání mají mít:

- definovaný cíl/účel, reflektující potřeby vycházející z analytické části díla a/nebo z aktuálních potřeb poskytovatelů
- scénář či program
- odpovídající délku setkání
- vyjasněné účastníky setkání - složení a počet
- naplněné domluvené administrativní úkony (např. podepsané prezenční listiny, vytvořený zápis, získanou zpětnou vazbu aj.)
- garanta setkání.

Důležitost opatření: priorita 1
Nákladnost: střední (201 tis. - 1 mil. Kč)
Harmonogram: dlouhodobý úkol (opatření možné realizovat během 2 a více let)
Typ opatření: obecné a systémové
Gestor: KPP

Opatření 6.2 Nastavit systém průběžné evaluace efektu setkávání.

Význam opatření

Získávání zpětné vazby na proběhlá setkání za účelem zvyšování jejich přínosu pro účastníky setkávání.

Poměrně efektivním způsobem je získávání zpětné vazby pomocí dotazníků, které se zaměří na obsah, formu a organizační stránku setkání a dají prostor i pro volné vyjádření účastníků. Ke sběru dat doporučujeme rozhodnout o využití platformy určené ke sběru kvantitativních dat, např. Google Forms, Click4survey aj., které rovněž usnadní vyhodnocování. Dále se domluvit na způsobu distribuce dotazníku k účastníkům (např. prostřednictvím QR kódu, který účastníci obdrží při konci setkání či zaslání odkazu k vyplnění po skončení setkání). Aby opatření bylo funkční, doporučujeme určit osobu odpovědnou/osoby odpovědné za sběr dat, vyhodnocování dotazníků a implementaci zjištění do dalších setkání.

Důležitost opatření: priorita 2
Nákladnost: minimální (<200 tis. Kč)
Harmonogram: krátkodobý úkol (opatření možné realizovat během 1-6 měsíců)
Typ opatření: obecné a systémové
Gestor: KPP

strategický cíl 7

Zvýšit dostupnost vzdělávání v oblasti paliativní péče pro poskytovatele specializované a obecné paliativní péče.

Nově formulovaný strategický cíl č.7 a navržená opatření tvoří provázaný rámec pro zvýšení odborné kapacity systému paliativní péče v kraji. Opírají se o analýzu, která prokazuje rozdíly v míře vzdělání mezi sektory, nedostatečné finanční pokrytí a zároveň motivaci poskytovatelů se v oblasti PP dále rozvíjet. Doplnění stabilního systému vzdělávání – ať už prostřednictvím sdílených formátů, nebo cílených dotací – přispěje ke zvýšení kvality péče i k větší připravenosti na komplexní potřeby pacientů v závěru života.

Opatření 7.1 Zhodnotit příležitosti pro celokrajské vzdělávání z hlediska efektivity nákladů a potřeb organizací.

Význam opatření

Toto opatření cílí na zmapování stávajících vzdělávacích aktivit, potřeb jednotlivých typů poskytovatelů (OPP, SPP, PL, PLDD a další profese, které se na poli PP pohybují) a vyhodnocení ekonomické a organizační efektivity. Vzhledem k rozdílům mezi OPP a SPP

v míře provzdělanosti (např. pouze 48 % pracovníků přímé péče v OPP má jakékoli vzdělání v PP), je třeba přistoupit k cílenému a regionálně optimalizovanému systému. Zhodnocení také pomůže identifikovat překážky, např. nemožnost účasti kvůli personální kapacitě či chybějící akreditace. V rámci analýzy doporučujeme věnovat zvláštní pozornost možnostem specializačního vzdělávání paliatrů, kterých je v kraji stále nedostatek. Je třeba zjistit, zda je pro zájemce o toto vzdělávání jednodušší vycestovat mimo kraj, nebo zda by bylo vhodnější posílit akreditovaná pracoviště přímo v regionu. Zhodnocení umožní kraji připravit ucelený model podpory vzdělávání napříč sektory.

Důležitost opatření: priorita 2

Nákladnost: minimální (<200 tis. Kč)

Harmonogram: krátkodobý úkol (opatření možné realizovat během 1-6 měsíců)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: KPP

Opatření 7.2 Vytvořit specializovaný krajský dotační program určený pro poskytovatele specializované a obecné paliativní péče zaměřený na vzdělávání.

Význam opatření

Vzdělávání v paliativní péči je označováno poskytovateli jako klíčová rozvojová priorita, zejména v tématech jako je komunikace, plánování budoucí péče, krizové intervence nebo hodnotová anamnéza. V souvislosti se vzděláváním byl identifikován velký zájem také o stáže. Zhruba třetina poskytovatelů uvádí, že nemá prostředky na vzdělávání, což představuje strukturální bariéru k rozvoji kvality péče. Opatření tedy míří na odstranění finančních překážek a vytvoření motivačního rámce pro poskytovatele. Specifický dotační titul navíc umožní cíleně podpořit segmenty, které vzdělávání nemohou realizovat z vlastních zdrojů, včetně praktických lékařů, pracovníků v pobytových službách nebo malých týmů domácí péče. Vznik tohoto dotačního programu může být propojen s vytvořením specializovaného krajského dotačního programu určeného pro SPP a OPP (viz. opatření 4.3).

Důležitost opatření: priorita 2

Nákladnost: vysoká (>1 mil. Kč)

Harmonogram: střednědobý úkol (opatření možné realizovat během 24 měsíců)

Typ opatření: obecné a systémové

Gestor: KPP

strategický cíl 8

Zavést koordinátora paliativní péče v pobytových službách sociální péče, poskytujících sociálně-zdravotní služby

Jedná se o nový cíl, který byl formulován na základě výsledků analytické části této Koncepce. Analýza ukázala, že téma poskytování paliativní péče je relevantní pro všechny poskytovatele pobytových sociálních služeb. Významné je pak tam, kde se s umíráním klientů setkávají častěji, zejména pak v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem. Data naznačují, že i někteří z poskytovatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením se

setkávají s úmrtností srovnatelnou se službami určenými seniorům. Klienti těchto druhů pobytových služeb zvláště mohou profitovat ze systematického přístupu k poskytování paliativní péče. Analýza ukázala, že pobytové sociální služby v Pardubickém kraji jsou z hlediska zajištění paliativní péče na velmi různé úrovni. Výsledky celostátního projektu NF Abakus⁸⁶, zaměřeného na rozvoj paliativní péče v prostředí pobytových sociálních služeb pro seniory, ukázaly na zásadní význam pozice koordinátora paliativní péče, která je klíčová pro úspěšnou implementaci potřebných procesů, ale i vlastní zajištění paliativní péče v zařízeních. Následující opatření směřují k metodickému ošetření pozice a nastavení této pozice u poskytovatelů pobytových sociálních služeb v rámci Pardubického kraje.

Opatření 8.1 Vytvořit metodický rámec pro pozici koordinátora paliativní péče v pobytových službách sociální péče poskytujících sociálně-zdravotní služby.

Význam opatření

Pro většinu zařízení bude tato pozice představovat nový článek jejich organizační struktury, která s sebou zároveň přináší významné podněty pro celkovou organizační kulturu v organizaci.

Jak je uvedeno výše, ze zřízení pozice budou profitovat zejména ti poskytovatelé, kteří se s úmrtím klientů setkávají často, zejména tedy domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Relevantní ale může být i pro vybrané poskytovatele domovů pro osoby se zdravotním postižením či dalších typů pobytových služeb. Doporučujeme zahájit práci s vybraným segmentem (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem) a po vyhodnocení první etapy zvážit případně šíření modelu mezi další typy poskytovatelů.

Pro vytvoření pozice koordinátora paliativní péče a jeho možnou podporu je potřebné definovat určité parametry pozice, zejména minimální úvazek, pracovní náplň, zařazení v organizační struktuře, rovněž je třeba určit související formát působení koordinátora PP (zřízení pozice koordinátora PP na úrovni každého poskytovatele vs. jeden koordinátor pro více poskytovatelů vs. různé nastavení pro každý segment), způsob financování této pozice (viz. následující doporučení). Kromě již uvedeného, aby role koordinátora mohla být funkční, doporučujeme diskuzi poskytovatelů o potenciálních překážkách pro implementaci role koordinátora PP, mapování potřeb a vtělení výstupů diskuze do metodického rámce či pokynu. Oporou pro vznik metodického rámce může být metodika vytvořená v programu NF Abakus⁸⁷ a zkušenosti domovů v Pardubickém kraji, které se tohoto projektu účastnily (Litomyšl, Polička, Česká Třebová). Tato přípravná fáze také pomůže definovat počet zařízení, která budou schopna tuto pozici v nejbližším období začlenit.

Důležitost opatření: priorita 2

Nákladnost: minimální (<200 tis. Kč)

Harmonogram: střednědobý úkol (opatření možné realizovat během 24 měsíců)

Typ opatření: sociální

Gestor: VOS

⁸⁶ Abakus - Nadační fond zakladatelů Avastu (2025). Program rozvoje paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory 2021 - 2024: Evaluační zpráva. Dostupné z: <https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Evaluacni-zprava-2025-online.pdf>

⁸⁷ <https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Metodika-GeriPASS-zavadeni-paliativy-v-domovech-pro-seniory.pdf>

Opatření 8.2 Určit zdroje financování pozice koordinátora paliativní péče v pobytových službách sociální péče poskytujících sociálně-zdravotní služby a finančně podpořit pozici.

Význam a efektivitu této role podtrhuje skutečnost, že v pilotním programu NF Abakus zachovalo za navazující podpory zřizovatele tuto roli 28 z 30 zapojených domovů. Doporučujeme, aby kraj prodiskutoval, zda bude pozice koordinátora PP výhledově nepodkročitelnou podmínkou pro financování služeb z rozpočtu kraje nebo zda se bude jednat o rozvojový dobrovolný směr s podporou kraje. Vůči tomuto bude potřeba určit způsoby a zdroje financování této pozice, a to jak v příspěvkových organizacích, tak i v těch, které kraj přímo nezřizuje.

Opatření předpokládá, že kraj je zřizovatel a správce dotačního systému:

- vyhodnotí nejvhodnější model financování
- zajistí odpovídající rozpočtové krytí a navrhne technické podmínky pro čerpání podpory
- tím podpoří rozšíření pozice napříč sítí relevantních sociálních služeb.

Důležitost opatření: priorita 2

Nákladnost: vysoká (>1 mil. Kč)

Harmonogram: dlouhodobý úkol (opatření možné realizovat během 2 a více let)

Typ opatření: sociální

Gestor: VOS

3.6 Scénář rozvoje paliativní péče Pardubického kraje pro léta 2025 až 2030

Rozvoj paliativní péče v Pardubickém kraji v období let 2025 - 2030 bude probíhat postupně, s důrazem na budování stabilní a provázané sítě služeb, které budou dostupné ve všech okresech a pro všechny věkové skupiny obyvatel. Východiskem je vize, že každý člověk s život ohrožujícím onemocněním má mít přístup k důstojné, koordinované a na jeho potřeby orientované péči - ať již v nemocnici, doma, či v pobytových sociálních službách.

Scénář rozvoje stojí na třech základních pilířích: systematičnosti, dostupnosti a spolupráci.

1. Systematičnost bude zajištěna zavedením pravidelného sběru a vyhodnocování dat, vytvořením jednotných metodik a zakotvením pozice krajského koordinátora paliativní péče. Díky tomu bude možné řídit rozvoj služeb na základě ověřených informací a zároveň pružně reagovat na nové potřeby.
2. Dostupnost bude postupně posilována prostřednictvím vzniku nebo rozšíření nemocničních paliativních týmů ve všech pěti nemocnicích Nemocnic Pardubického kraje, a.s., stabilizací poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a jejich financování, podporou paliativních ambulancí i zajištěním role koordinátorů v pobytových sociálních službách. Výsledkem má být síť služeb, která bude dostupná v každém okrese a umožní pacientům i rodinám zůstat v prostředí, které si sami zvolí.
3. Spolupráce bude rozvíjena pravidelným setkáváním poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, zaváděním mechanismů pro hladké předávání pacientů a sdílené plánování péče. Významnou součástí spolupráce bude také zapojení praktických lékařů, vzdělávání pracovníků v obou sektorech a zvýšení povědomí veřejnosti o možnostech paliativní péče.

Výsledný cílový stav v roce 2030 lze popsat následovně:

- Všechny nemocnice Pardubického kraje disponují funkčním paliativním týmem nebo programem.
- Mobilní specializovaná paliativní péče je dostupná ve všech okresech a finančně stabilní.
- Každý domov pro seniory a domov se zvláštním režimem má k dispozici koordinátora paliativní péče.
- Existuje provázaná síť zdravotních a sociálních služeb, která umožňuje koordinované přechody mezi nemocniční, domácí a pobytovou péčí.
- Zdravotníci i sociální pracovníci mají přístup k systematickému vzdělávání a supervizi v oblasti paliativní péče.
- Veřejnost má snadno dostupné a srozumitelné informace o možnostech služeb v kraji.
- Rozvoj paliativní péče je průběžně vyhodnocován a podporován prostřednictvím krajských dotačních programů.

Tento scénář propojuje jednotlivá opatření do uceleného rámce, jehož cílem je, aby Pardubický kraj do roku 2030 vytvořil stabilní, udržitelný a spolupracující systém paliativní péče, který bude naplňovat vizi vytyčenou v úvodu tohoto dokumentu.

3.7 Shrnutí a závěry návrhové části díla

3.7.1 Návrh postupu implementace a monitoringu díla (koncepce) včetně popisu řídicí struktury a organizačního zajištění

Implementace koncepce paliativní péče Pardubického kraje bude probíhat prostřednictvím akčního plánu rozděleného do dvou etap: 2025 - 2027 a 2028 - 2030. Každá etapa bude obsahovat konkrétní opatření, časový harmonogram a vyhodnitelné ukazatele plnění.

Za realizaci a koordinaci implementace odpovídá krajský koordinátor paliativní péče (KPP), který bude metodicky vést a podporovat jednotlivé gestory opatření. Odbor zdravotnictví a Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Pardubického kraje zajistí organizační a administrativní podporu.

Řídicí struktura implementace:

- **Krajský koordinátor paliativní péče** - hlavní gestor akčního plánu, příprava podkladů pro monitoring a evaluaci, komunikace s poskytovateli.
- **Gestor opatření (ředitel NPK, a.s., vedoucí OZ/VOS apod.)** - odpovědný za realizaci jednotlivých opatření, poskytuje průběžné informace KPP.
- **Pracovní skupina pro paliativní péči** - poradní orgán složený ze zástupců poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, odborníků a zástupců patientských organizací; schází se minimálně 1× ročně. Frekvence setkávání, stejně jako počet členů a konkrétní jednací procesy pracovní skupiny doporučujeme specifikovat v rámci zřizovacího procesu.
- **Rada Pardubického kraje a Zastupitelstvo Pardubického kraje** - přijímají zásadní rozhodnutí, schvalují koncepční dokumenty a dotační programy.

Monitoring bude probíhat průběžně (na úrovni jednotlivých opatření) a systematicky s pravidelností a formátem odpovídajícím zvyklostem kraje, předpokladem je roční souhrnná zpráva, kterou zpracuje KPP ve spolupráci s gestory a která bude předložena Radě Pardubického kraje.

3.7.2 Metodika a východiska akčního plánu díla

Akční plán je navržen jako praktický nástroj k naplňování strategických cílů koncepce. Vychází z následujících metodických východisek:

1. **Provázanost s analytickou částí** – jednotlivá opatření přímo reagují na identifikovaná slabá místa a problémové segmenty paliativní péče v kraji.
2. **Strategické cíle** – akční plán rozpracovává osm strategických cílů do konkrétních opatření, která mají jasně definovaný význam, důležitost, nákladnost, harmonogram a zodpovědného gestora.
3. **Princip SMART** – opatření jsou formulována tak, aby byla specifická, měřitelná, dosažitelná, realistická a časově vymezená.
4. **Multisektorový přístup** – plán propojuje opatření zdravotní a sociální oblasti a

podporuje jejich koordinaci.

5. **Flexibilita a evaluace** – opatření jsou nastavena s možností úprav na základě pravidelného vyhodnocování a nových potřeb, které se mohou objevit v průběhu implementace.

Východiskem akčního plánu jsou rovněž **národní a mezinárodní strategické dokumenty** (Strategie Zdraví 2030, NAPAN, Memorandum mezi MZ, ČSPM a pojišťovnami, Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035 aj.), které zdůrazňují význam dostupnosti, koordinace a kvality paliativní péče.

3.7.3 Shrnutí a závěry implementace díla

Implementace koncepce paliativní péče v Pardubickém kraji v letech 2025–2030 je klíčovým krokem k vytvoření stabilní, dostupné a kvalitní sítě služeb, která bude reagovat na potřeby pacientů i jejich blízkých. Úspěch koncepce závisí na **aktivní spolupráci kraje, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, odborníků i občanů**.

Zavedením systematického monitoringu, podpory vzdělávání, stabilního financování a posílení spolupráce mezi sektory kraj vytvoří podmínky pro dlouhodobě udržitelný rozvoj. Zvláštní důraz je kladen na zajištění dostupnosti specializované paliativní péče ve všech okresech, rozvoj nemocničních týmů a podporu paliativního přístupu v pobytových sociálních službách.

Koncepce není jednorázovým dokumentem, ale **živým rámcem**, který bude pravidelně vyhodnocován a aktualizován v návaznosti na vývoj potřeb obyvatel a možností systému. Jejím cílem je, aby se Pardubický kraj stal regionem, kde je důstojná péče v závěru života samozřejmostí – naplněním motta „*společně pro důstojný závěr života*“.

4 Akční plán díla

Strategický cíl	Opatření	Konečný výstup/indikátor	Realizace od/do	Gestor	Spolupracující subjekty
1. Nastavit systematický sběr dat a jejich analýzu pro následné budování sítě paliativní péče v Pardubickém kraji.	1.1. Definovat klíčové parametry sledování (např. trajektorie pacientů, dostupnost služeb), zpracovat návrh metodiky práce s daty z ÚZISu a navrhnout způsob sběru doplňujících dat od poskytovatelů paliativní péče, s důrazem na minimalizaci administrativní zátěže.	Schválení souboru min. 6 klíčových indikátorů sledování paliativní péče a vytvoření metodiky jejich sběru, analýzy a prezentace, zahrnující data z ÚZISu i doplňující údaje od poskytovatelů	1/2026 - 12/2027	KPP	Poskytovatelé PP
2. V rámci všech pěti nemocnic Nemocnice Pardubického kraje, a.s. zajistit dostupnost paliativní péče pokrývající celé spektrum pacientů od dětí po dospělé.	2.1. Vytvořit závazný dokument popisující zajištění specializované paliativní péče v rámci všech pěti nemocnic NPK, a.s.	Schválení závazného dokumentu popisujícího strukturu, personální zajištění a minimální standardy dostupnosti paliativní péče ve všech pěti nemocnicích NPK, v souladu s metodikou MZČR	1/2026-12/2027	ředitel NPK	KPP, Nemocnice NPK, OZ
	2.2. Ve všech pěti nemocnicích NPK, a.s. zavést buď: a) KTPP (odbornost 929) b) tým, který bude fungovat bez úhrady 929 a bude personálně vycházet z možností a potřeb daného zařízení c) ambulanci paliativní medicíny	Zajištění paliativní péče formou buď KTPP (s registrací odbornosti 929), nebo týmem fungujícím podle krajské metodiky (doložené popisem struktury, odpovědností a zapojených úvazků) v každé nemocnici NPK, a.s.	1/2026-12/2028	ředitel NPK	KPP, Nemocnice NPK, OZ

Strategický cíl	Opatření	Konečný výstup/indikátor	Realizace od/do	Gestor	Spolupracující subjekty
3. Ve všech okresech Pardubického kraje je stabilně dostupná mobilní specializované paliativní péče.	3.1 Vytvořit dotační program na podporu činnosti mobilní specializované paliativní péče z rozpočtu Pardubického kraje.	Počet poskytovatelů MSPP, kteří v předchozím roce obdrželi financování na pokrytí minimálně 80 % svého provozního deficitu	1/2026-12/2028	KPP	OZ, OSV
	3.2 Zajistit dostupnost odborného sociálního poradenství v rámci koordinovaného přístupu s týmy mobilní specializované paliativní péče.	Počet poskytnutých konzultací odborného sociálního poradenství klientům MSPP a jejich pečujícím v předchozím roce	1/2026 – 12/2027	OSV	
4. Zajistit efektivní způsob práce s akčním plánem tak, aby se dařila realizace jednotlivých opatření i reflexe jejich postupného naplňování.	4.1 Přehledně pojmenovat kompetence krajského koordinátora s ohledem na koordinaci a plnění jednotlivých opatření akčního plánu.	Kompetenční model krajského koordinátora paliativní péče, formulovaný s ohledem na koordinaci agend akčního plánu - dokument	1/2026 – 6/2026	KPP	
	4.2 Zavést přehledný systém průběžného vyhodnocování akčního plánu.	Harmonogram realizace akčního plánu koncepce, který se daří pravidelně vyhodnocovat a aktualizovat podle průběhu naplňování jednotlivých opatření	1/2026 - 6/2026	KPP	
	4.3 Do konce roku 2026 vytvořit specializovaný krajský dotační program určený pro podporu poskytování specializované i obecné paliativní péče..	Specializovaný krajský dotační program, který bude určen na rozvoj paliativní péče a bude poskytovat finanční prostředky na opatření akčního plánu, která nebudou financována jinak.	1/2026 - 12/2026	KPP	OZ, OSV

Strategický cíl	Opatření	Konečný výstup/indikátor	Realizace od/do	Gestor	Spolupracující subjekty
5. Zvýšit povědomí o paliativní péči mezi širokou i odbornou veřejností v kraji.	5.1 Zajistit dostupnost informačních materiálů o službách paliativní péče na klíčových pracovištích v kraji.	Na webu kraje doplněna záložka s aktuálními informacemi o poskytovatelích paliativní péče, včetně informace o podstatě a možnostech této péče	4/2026 - 9/2026	KPP	IT krajského úřadu, odbor komunikace
	5.2 Zajistit dostupnost informačních materiálů o službách paliativní péče na klíčových pracovištích v kraji.	Letáky a informační materiály o poskytovatelích paliativní péče umístěné na klíčových pracovištích v kraji	4/2026 - 9/2026	KPP	poskytovatelé služeb
6. Vytvořit příležitosti pro pravidelné setkávání poskytovatelů obecné i specializované paliativní péče s cílem zajištění efektivity spolupráce a zajištění paliativní péče v kraji.	6.1 Vytvořit plán setkávání, který pracuje s potřebami poskytovatelů a realizovat tato setkávání.	Existuje plán setkávání s: uvedenými termíny, garanty jednotlivých setkání, popsanými cíli a předpokládanými účastníky setkávání (počet, složení). Je nastavený systém realizace setkávání Podepsané prezenční listiny ze setkání	1/2026 - 12/2030	KPP	poskytovatelé služeb
	6.2 Nastavit systém průběžné evaluace efektu setkávání.	Je popsán způsob sběru zpětné vazby na setkávání, určeny odpovědnosti, vytvořeny podpůrné nástroje	1/2026 - 6/2026	KPP	
7. Zvýšit dostupnost vzdělávání v oblasti paliativní péče pro poskytovatele specializované a obecné paliativní péče.	7.1 Zhodnotit příležitosti pro celokrajské vzdělávání z hlediska efektivity nákladů a potřeb organizací.	Zveřejněná evaluace krajského modelu vzdělávání v oblasti paliativní péče, včetně doporučení k jeho rozvoji.	1/2026- 5/2026	KPP	
	7.2 Vytvořit specializovaný krajský dotační program určený pro poskytovatele specializované a obecné paliativní péče zaměřený na vzdělávání.	Spuštění specializovaného dotačního titulu kraje na vzdělávání v paliativní péči do 31. 1. 2027	2/2026- 1/2027	KPP	

Strategický cíl	Opatření	Konečný výstup/indikátor	Realizace od/do	Gestor	Spolupracující subjekty
8. Zavést koordinátora paliativní péče v pobytových službách sociální péče, které poskytují sociálně-zdravotní služby.	8.1 Vytvořit metodický rámec pro pozici koordinátora paliativní péče v pobytových službách sociální péče poskytujících sociálně-zdravotní služby v Pardubickém kraji.	Vytvořený dokument	1/2026 - 12/2026	OSV	KPP
	8.2 Určit zdroje financování pozice koordinátora paliativní péče v pobytových službách sociální péče poskytujících sociálně-zdravotní služby a finančně podpořit pozici.	Počty organizací, které získaly podporu na pozici koordinátor paliativní péče	1/2027 - 12/2030	OSV	KPP

5 Zdroje

Center to Advance Palliative Care. (n.d.). *Policy Matters*. <https://www.capc.org/policy-matters/>

Český statistický úřad. (2023, prosinec 20). *Statistická ročenka Pardubického kraje r. 2024*. <https://csu.gov.cz/produkty/statisticka-rocenka-pardubickeho-kraje-2023>

Český statistický úřad. (2024, říjen 31). *Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Pardubického kraje – 2023*. <https://csu.gov.cz/produkty/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomickeho-vyvoje-pardubickeho-kraje-2023>

Český statistický úřad. (n.d.-a). *Charakteristika kraje*. https://csu.gov.cz/hkk/strucna_charakteristika_kraje

Český statistický úřad. (n.d.-b). *Charakteristiky SO ORP*. <https://csu.gov.cz/pak/charakteristiky-so-orp>

Dotační portál Pardubického kraje. (2025). *Podpora subjektů činných v sociální oblasti a neziskovém sektoru*. <https://dotace.pardubickykraj.cz/grants/d3fbdafe-ef53-42c9-80a4-d18ce814767e>

Důstojná péče o lidi v závěru života se v Pardubickém kraji zlepšuje, jak v sociálních tak i ve zdravotnických zařízeních. (n.d.). *e-Pardubicko.cz*. <https://www.e-pardubicko.cz/zpravy/7382-dustojna-pece...>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (n.d.-a). *Oblastní charita Polička – Seznam akreditací*. <https://akreditace.mzcr.cz/poskytovatele/view/63382>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2025, duben 30). *Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035: Analytická část*. <https://mzd.gov.cz/analyticka-cast-strategie-rozvoje-paliativni-pece-v-cr-do-roku-2035/>

Murtagh, F. E. M., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49–58. <https://doi.org/10.1177/0269216313489367>

nzip.cz. (2025, únor 18a). *Počty zemřelých dle kapitol příčin úmrtí a věkové kategorie*. <https://www.nzip.cz/data/2109-zemreli-kapitoly-pricin-umrti-vekove-kategorie-datovy-souhrn>

nzip.cz. (2025, únor 18b). *Zemřelí dle pohlaví, věkových kategorií, vnějších a vybraných prvotních příčin úmrtí a místa úmrtí*. <https://www.nzip.cz/data/2108-zemreli-vekove-kategorie-prvotni-vnejsi-priciny-misto-umrti-datovy-souhrn>

nzip.cz. (n.d.). *Lůžkový fond a jeho využití*. <https://www.nzip.cz/data/1778-luzkovy-fond-vyuziti-otevrena-data>

Pardubický kraj. (2025, červen 18). *Prezentace prof. Duška na Krajském úřadě Pardubického kraje*.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. (n.d.). Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2025, březen 31). *Data dodaná na základě žádosti podané Pardubickým krajem 5.2.2025*.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2025, červen 4). *Data dodaná na základě žádosti podané Pardubickým krajem 5.2.2025*.

Všeobecná zdravotní pojišťovna. (2025, květen 12). *Data VZP*.

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. (2010). *European Journal of Palliative Care*, 17(1).

Zpráva o činnosti a plnění úkolů 2024. (2024). *Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje*. <https://www.zzspak.cz/o-nas/ke-stazeni>

6 Přílohy

Příloha č.1 - Přehled zastoupených služeb v rozhovorech dle okresů

Tab. 18 Přehled zastoupených typů služeb v rozhovorech dle okresů

Typ poskytovatele	Chrudim	Pardubice	Svitavy	Ústí nad Orlicí	celkem
720		2	1	1	4
926	1	1	1	1	4
domácí hospic (bez 926)	1				1
929		1		1	2
lůžkový hospic	1			1	2
dětská PP	1	1	1	1	4
LDN	1	1			2
nemocnice		1		2	3
925	1	1	2	1	5
praktický lékař pro děti a dorost				1	1
všeobecný praktický lékař	1				1
zdravotnická záchranná služba					1
osobní asistence		1	1		2
pečovatelská služba		1	1	2	4
pobytové odlehčovací služby		1	1	1	3
pobytové sociální služby pro seniory		2	3	1	6
Celkem	7	13	11	13	48