



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



# **Zdraví 2020**

## **Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**

### **Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče**

**Ministerstvo zdravotnictví**

**2015**

# Obsah

<b>1 Úvod</b> .....	<b>1</b>
1.1 Zdroje použitých dat: .....	2
1.2 Definice výrazů nově zavedených na mezinárodní úrovni .....	2
<b>2 Shrnutí</b> .....	<b>3</b>
<b>3 SWOT analýza</b> .....	<b>7</b>
<b>4 Vztah k jiným strategickým materiálům</b> .....	<b>8</b>
<b>5 Analýza současného stavu</b> .....	<b>10</b>
5.1 Indikace léčby .....	10
5.2 Rozsah poskytovaných služeb .....	10
5.3 Dostupnost.....	12
5.4 Financování.....	14
5.5 Personál.....	16
5.6 Kvalita .....	16
5.7 Odpovědnost pacienta za své zdraví .....	19
5.8 Vazby zdravotního a sociálního systému .....	19
<b>6 Determinanty</b> .....	<b>20</b>
6.1 Demografický vývoj .....	21
6.2 Využití postakutní péče.....	24
6.3 Kapacita zařízení a kategorie pacientů.....	27
<b>7 Domácí péče</b> .....	<b>34</b>
<b>8 Navrhovaná řešení</b> .....	<b>37</b>
8.1 Kontinuální zvyšování kvality následné, dlouhodobé a domácí péče .....	37
8.1.1 Datová základna následné, dlouhodobé a domácí péče a analýza dat.....	37
8.1.2 Aktualizace vyhlášek pro poskytovatele následné, dlouhodobé a domácí péče (č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče).....	38
8.1.3 Postupné vyrovnání rozdílů kvality pobytových služeb s akutní péčí - nalézt a realizovat způsob finanční podpory zařízení následné, dlouhodobé a domácí péče .....	40

8.1.4	Motivace poskytovatele následné, dlouhodobé a domácí péče ke kontinuálnímu zvyšování kvality.....	40
8.1.5	Stabilizace personálu v následné, dlouhodobé a domácí péči .....	42
8.1.6	Zavedení nových standardů služeb v následné, dlouhodobé a domácí péči.....	44
8.2	Zlepšení dostupnosti indikované následné, dlouhodobé a domácí péče v souladu s demografickým vývojem populace .....	45
8.2.1	Definice pravidel pro přijetí a setrvání v systému následné, dlouhodobé a domácí péče .....	45
8.2.2	Optimální síť poskytovatelů následné, dlouhodobé a domácí péče.....	47
8.2.3	Zvýšení pozitivního vnímání následné, dlouhodobé a domácí péče ve všech jejích formách laickou i odbornou veřejností .....	48
8.3	Zvýšení efektivity poskytovaných služeb v následné, dlouhodobé a domácí péči .....	49
8.3.1	Návrh úhradového principu následné, dlouhodobé a domácí péče.....	49
8.3.2	Motivace zaměstnanců k efektivnímu chování.....	50
<b>9</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>51</b>
<b>10</b>	<b>Seznam tabulek, obrázků a příloh.....</b>	<b>54</b>

# 1 Úvod

Akční plán Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče (dále „akční plán“) vychází z materiálu, který byl vypracován v rámci Pracovní skupiny pro následnou a dlouhodobou péči PhDr. Petrem Wijou, MUDr. Ivanou Doleželovou, MBA, MUDr. Václavem Volejníkem, CSc. a paní Hanou Striebornou. Úpravou a konkretizací jednotlivých aktivit vznikl v rámci Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí předkládaný materiál, který se soustředí na zdravotní část následné, dlouhodobé a domácí péče.

V roce 2014 byla zahájena intenzivní jednání mezi resorty práce a sociálních věcí a zdravotnictví a to s ohledem na programové prohlášení vlády a setkání ministrů obou resortů na téma zdravotně sociálního pomezí. Akční plány jako celek pokrývají oblasti spadající převážně do působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR s přesahy do dalších oblastí. V těch je proto nezbytná spolupráce s ostatními resorty, v tomto případě práce a sociálních věcí. Předkládaný akční plán následné, dlouhodobé a domácí péče se soustředí převážně na zdravotní část této péče, ale při plnění jednotlivých aktivit bude mít na zřeteli a jednat v souladu s výstupy probíhajících meziresortních jednání mezi Ministerstvem práce a sociálních věcí a Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Snahou akčního plánu je řešit tři následující oblasti:

- kontinuální zvyšování kvality následné, dlouhodobé a domácí péče,
- zlepšení dostupnosti indikované péče v souladu s demografickým vývojem populace,
- zvýšení efektivity poskytovaných služeb následné, dlouhodobé a domácí péče.

Cílem akčního plánu je dosáhnout plnění aktivit ve všech třech uvedených oblastech v průběhu trvání akčního plánu, tj. do roku 2020, a tím zlepšit podmínky poskytování následné, dlouhodobé a domácí péče. Koordinátorem všech plánovaných aktivit bude Ministerstvo zdravotnictví („MZ“), některé dle povahy budou zajišťovány externím dodavatelem v souladu s platnými právními předpisy. Zástupci MZ budou při plnění aktivit akčního plánu konzultovat jednotlivé kroky se zmíněnou Pracovní skupinou pro následnou a dlouhodobou péči při MZ a budou zohledňovat také výstupy Pracovní skupiny pro poskytování domácí umělé plicní ventilace při MZ.

**Akční plán a v něm uvedené aktivity slouží jako podklad k vypracování konkrétních projektů, na jejichž základě bude poté možné čerpat finanční prostředky přidělené České republice v rámci Operačního programu Zaměstnanost a Integrovaný Regionální Operační Program.**

Každý úspěšně realizovaný projekt bude evaluován a spolu s tím bude také průběžně hodnocen akční plán. V případě nových zásadních zjištění budou plánované aktivity akčního plánu modifikovány tak, aby odpovídaly aktuální situaci.

Časový harmonogram plnění akčního plánu je nastavený tak, aby se s přípravou jednotlivých projektů započalo po schválení všech akčních plánů Vládou ČR, které je očekáváno v polovině roku 2015. Ministerstvo zdravotnictví připravuje v rámci Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí celkem jedenácti akčních plánů. Termín ukončení realizace všech aktivit je rok 2020.

### **1.1 Zdroje použitých dat:**

- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)
- Zdravotní pojišťovny
- Kvalifikované odhady
- Pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví ČR projekt k následné a dlouhodobé péči z roku 2013

### **1.2 Definice výrazů nově zavedených na mezinárodní úrovni**

Ekonomika zdraví - pojem charakterizující mikroekonomické a makroekonomické souvislosti a důsledky týkající se zdraví a zdravotnictví ([Ekonomika zdraví, Miroslav Barták, Wolters Kluwer ČR, a.s., 2010](#))

Nerovnosti ve zdraví - Nerovnosti v oblasti zdraví lze definovat jako rozdíly ve zdravotním stavu, nebo v distribuci determinant zdraví mezi různými skupinami obyvatelstva. Některé nerovnosti v oblasti zdraví jsou způsobeny biologickým variací nebo svobodné volby a další lze přičíst na vnější prostředí a podmínky, hlavně mimo kontrolu dotčených osob. (definice WHO, volný překlad zpracovatelů akčního plánu)

## 2 Shrnutí

Následná, dlouhodobá a domácí péče patří do komplexu systému zdravotně sociálních služeb v ČR mezi zdravotní služby a služby sociální péče. Tímto ohraničením je také determinován její rozsah, obsah a styčná místa s oběma uvedenými segmenty. Pro oblast zdravotních služeb se akční plán odvolává na zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále „zákon o zdravotních službách“). Pro oblast služeb sociální péče je platný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále „zákon o sociálních službách“).

Následná a dlouhodobá lůžková péče je vymezena v zákoně č. 372/2011Sb. (§ 9 odst. c) a d) o zdravotních službách:

- *Následná lůžková péče* (§ 9 Lůžková péče odst. c)) je podle stávajícího znění zákona poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.
- *Dlouhodobá lůžková péče* (§ 9 Lůžková péče odst. d)) je péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.
- *Domácí péče* (§ 10 Zdravotní péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta) je poskytována v rámci „zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí“ pacienta spolu s návštěvní službou. Součástí domácí péče je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.
- *Lázeňská péče* (§ 5 Druhy zdravotní péče odst. f)) je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav odpovídá podmínkám pro poskytování lázeňské léčebně

rehabilitační péče s využitím přírodního léčivého zdroje nebo klimatických podmínek vhodných k léčení podle lázeňského zákona.<sup>1</sup>

Pro výše uvedené druhy poskytované péče je též vžitý termín „postakutní péče“, jakožto péče poskytovaná následně po péči akutní a v tomto smyslu je také dále používána

V minulosti byla zdravotně sociální péče v ČR zajišťována v jednoduchém režimu zdravotní péče, který zahrnoval zdravotnická zařízení lůžková a ambulantní s vypracovaným systémem hierarchie služeb a prevence, navazující od roku 1972 na zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy a léčebny dlouhodobě nemocných - LDN) a na segment sociálních služeb (např. pečovatelské služby a domovy pro seniory). Součástí zdravotně sociální péče byly také specializované sestry – např. geriatrická a dětská terénní sestra.

Po roce 1989 vznikl nový systém zdravotních služeb, který byl modifikován zcela novým pojetím péče, založeným na poskytování služeb pacientovi také s ohledem na jeho informované rozhodnutí či přání a dále se zcela zásadními změnami v úhradových režimech zdravotních služeb. Systém zdravotních služeb v ČR tak vstoupil do dlouhodobé komplexní transformace, v jejímž rámci došlo na základě příslušné legislativy a vyhlášek k posílení důležitosti a potřeby segmentu postakutní péče (zejména transformací odborných léčebných ústavů a LDN). Současně byly do seznamu zdravotních výkonů mimo jiné zavedeny příslušné „ošetřovací dny“ resp. využití lůžek ve dnech.

Základními charakteristikami postakutní péče současnosti jsou:

- odborná heterogenita segmentu;
- poptávka po sociálně zdravotních službách následné, dlouhodobé a domácí péče v ČR převyšující pokrytí službami, možnosti segmentu;
- nekorespondující personální osazení a technické vybavení s rozsahem poskytované péče a služeb;
- neadekvátní investice do segmentu postakutní péče s ohledem na potřeby systému;

---

<sup>1</sup> Lázeňská péče je zvláštním typem péče, která je vzhledem ke svému charakteru služeb a financování již vymezená indikačním seznamem a legislativou a liší se tedy v mnoha směrech od ostatní lůžkové péče.



- nemotivující nastavení systému postakutní péče s ohledem na zlepšování kvality a efektivity na úrovni poskytovatele ani a efektivity služeb na úrovni pacienta;
- neodpovídající využívání služeb postakutní péče s ohledem na zdravotní potřeby a funkční možnosti pacientů;
- nedostačující systém sběru dat a vhodných indikátorů pro měření kvality a efektivity poskytované péče;
- nedostatečný systém kontroly fungování, kvality i efektivity jednotlivých typů služeb v segmentu postakutní péče.

Segment postakutní péče slouží jako další mezikrok v postupu pacientů systémem zdravotně sociálních služeb v ČR. Na vstupu přijímá pacienty zejména z akutních hospitalizací ke stabilizaci zdravotního stavu a k návratu funkčních schopností, na výstupu velmi úzce spolupracuje se systémem sociálních služeb. Za reálného předpokladu stále se zkracující doby hospitalizace akutní péče a s narůstající počtem pacientů ve vyšších stupních závislosti se bude potřeba a využití služeb postakutní péče kontinuálně zvyšovat. Zároveň by se měl měnit i charakter postakutní péče, a to od odborně pasivního a organizačně extenzivního zřizování nových lůžek k aktivní léčebné intervenci na lůžkách, která půjde ruku v ruce s aktivní prevencí v domácí péči a současně s pozitivní změnou ve vnímání domácího pečovatelsví a sociálních služeb. Aktivní léčebnou intervencí jsou myšleny aktivizační techniky, díky kterým je možné udržet pacienta co nejdéle na nejnižších stupních závislosti.

Prvním krokem k této změně musí být organizační a legislativní sjednocení podmínek provozování postakutní péče, což obnáší:

- zpřesnění zákonné definice postakutní péče včetně definování jejich odborností;
- novelizaci a pravidelnou aktualizaci Vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb;
- novelizaci a pravidelnou aktualizaci Vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče;
- nastavení systému sběru dat, určení vhodných indikátorů pro měření kvality a efektivity poskytované péče.

Dalším krokem je specializace jednotlivých složek postakutní péče ve vysokém profesionálním standardu<sup>2</sup>, k čemuž dopomůže:

- vzdělávání personálu nejprve v upraveném postgraduálním a později i upraveném pregraduálním vzdělávacím systému;
- nastavení diferencované úhrady služeb dle odborného standardu, tj. nastavení úhradové položky za poskytované služby tak, aby bylo možné finančně ohodnotit vzdělání a kvalifikaci zdravotnického personálu.

V takto zavedeném systému je potřeba dále stanovit podmínky vstupu a pravidla setrvání v systému zdravotních služeb, což povede ke:

- zvýšení dostupnosti individualizované a specializované péče pro nemocné dle jejich potřeb a funkčních schopností;
- zvýšení počtů pacientů odcházejících do domácí péče;
- zkrácení ošetrovací doby v jednotlivých typech péče;
- jasné hranici mezi zdravotními a sociálními službami.

Takto nastavený zdravotní systém zajistí plynulý přesun pacientů mezi jednotlivými typy zdravotních služeb od akutní péče, přes péči postakutní až do služeb sociální péče včetně možností strategického plánování postakutní péče v závislosti na měnícím se ekonomickém a sociálním prostředí v ČR.

---

<sup>2</sup> Sousedním je myšleno personální zajištění zdravotnických zařízení následné a dlouhodobé péče a domácí péče tak, aby byl k dispozici dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu. Důsledkem takového personálního vybavení by měla být vyšší kvalita i efektivita poskytovaných služeb.

### 3 SWOT analýza

Tabulka 1: SWOT analýza

<p><b>Silné stránky</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● segment péče tvořící více než polovinu lůžkového fondu ČR</li> <li>● nenahraditelná a nezbytná zdravotní péče poskytovaná kvalitativně na vysoké úrovni</li> <li>● velmi dobré akademické zázemí na poli vědy a výzkumu ve zdravotnictví</li> <li>● segment zdravotnictví je významným zaměstnavatelem</li> <li>● ochota odborných společností ke spolupráci</li> <li>● ochota krajských úřadů participovat na řešení v rámci svých kompetencí</li> <li>● dobré akademické zázemí ve zdravotnických oborech</li> <li>● rozsáhlá a dostupná síť zdravotnických zařízení</li> <li>● nárůst vysokoškolsky vzdělané populace</li> <li>● zvyšující se zájem o řešení problematiky ze strany odborníků, analytiků</li> </ul>	<p><b>Slabé stránky</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● absence státní politiky následné, dlouhodobé a domácí péče</li> <li>● nejednotná statistika a metodika sběru dat</li> <li>● nedostatečné personální zajištění, zejména nedostatek lékařů geriatrů, související s nedostatečným vzděláním v oborech postakutní péče</li> <li>● absence systému motivačních programů pro poskytovatele ke zvyšování kvality péče</li> <li>● systém financování služeb NP/DP velmi redukuje možnosti motivačních programů pro zaměstnance NP/DP</li> <li>● špatná materiální vybavenost</li> <li>● nedostatečná osvěta mezi odbornou i laickou veřejností</li> <li>● nedostatečná informovanost o problematice, tj. o hrozícím problému do budoucna</li> <li>● absence spolupráce s navazující sociální oblastí</li> <li>● pracovní přetížení a následně motivační „vyhoření“ lékařského a nelékařského personálu</li> </ul>
<p><b>Příležitosti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● vznik strategického materiálu – akčního plánu</li> <li>● možnost čerpat finanční prostředky ke zlepšení situace do roku 2020</li> <li>● deklarovaná dohoda ministrů MPSV a MZ na urychleném řešení situace</li> <li>● zdravotní péče jako jedna z priorit státní politiky</li> <li>● možnost dalšího vzdělávání lékařů a ostatních pracovníků</li> <li>● zvýšení zájmu veřejnosti o vlastní zdraví</li> <li>● větší vstřícnost pacientů a jejich rodinných příslušníků</li> <li>● ucelený systém postakutní péče</li> <li>● legislativní ukotvení</li> <li>● jednoznačné vymezení zdravotní a sociální péče</li> </ul>	<p><b>Hrozby</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nepřipravenost kapacit sociálních služeb s ohledem na demografický vývoj</li> <li>● pokles kvality poskytované péče</li> <li>● rezignovanost lékařského a nelékařského personálu při odsouvání řešení</li> <li>● odmítavý postoj MPSV k řešení sociálně zdravotní problematiky v ČR</li> <li>● negativní mediální kampaně jednotlivých excesů</li> <li>● nedostatečná finanční podpora segmentu postakutní péče</li> <li>● nedostatečná podpora odborných společností</li> <li>● nevhodně zvolené ukazatele kvality a efektivity</li> </ul>

ZDROJ: Vlastní zpracování

## 4 Vztah k jiným strategickým materiálům

Akční plán je orientován přednostně na naplnění Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí - Zdraví 2020, konkrétně Prioritní oblasti 3 *Posilovat zdravotní systémy zaměřené na lidi, zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb z hlediska příjemců, soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemocí, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích.*

Zdraví 2020 zdůrazňuje potřebu reagovat na demografické změny a změnu struktury nemocnosti, zejména s ohledem na duševní a chronické nemoci a stavy související se stárnutím, zvyšovat kvalitu a posilovat integraci služeb, zajistit kontinuitu péče, podporovat svépomoc pacientů a přiblížit péči co nejbližší k domovu a posilovat její bezpečnost a efektivitu.

Funkční a flexibilní zdravotní systém bude nápomocen při **podpoře aktivního stárnutí** díky preventivním vyšetřením, jejichž cílem je podpora „funkčního“ zdraví a soběstačnosti včasnou diagnostikou a léčebnou intervencí chorob vyššího věku a dopadů stárnutí. V neposlední řadě **podpoří aktivity k posílení zdravého životního stylu**. Potenciální zdravotní prospěch z preventivních programů, zejména sledování funkčního zdraví je u seniorského obyvatelstva velmi významný.

Akční plán, korespondující s demografickým vývojem a vývojem nemocnosti v ČR má dosah do systému vzdělávání a školení zdravotnických odborníků, zejména pokud se týká pohledu na týmovou spolupráci, zavádění nových forem zdravotních služeb a posilování role pacientů a jejich schopnosti v oblasti péče o sebe (služby asistovaného života, selfmonitoring).

Akční plán se bude prostřednictvím navrhovaných aktivit podílet na zlepšení strategického plánování, řízení zdravotního systému a iniciace meziresortních aktivit. To vše vyžaduje novou pracovní kulturu posilující nové formy spolupráce mezi odborníky veřejného zdravotnictví a zdravotní péče a rovněž spolupráci mezi odborníky z oborů zdravotních a sociálních služeb i dalších resortů.

Současně Akční plán reaguje v rámci Zdraví 2020 na Prioritní oblast 1 *Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu*. Přestože těžiště této priority

lze vidět v celospolečenských aktivitách mimo resort zdravotnictví, důležitou roli hraje kontakt všech zdravotních služeb (akutní, následná, dlouhodobá) a segmentů (primární a specializovaná péče).

#### **Akční plán dále navazuje na aktivity Zdraví 2020:**

- Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
- Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků
- Elektronizace zdravotnictví
- Zdravotní gramotnost – posílení zdravotní gramotnosti zdravotnických pracovníků, chronicky nemocných a neformálních pečujících členů rodiny v kontaktu se zdravotním systémem v oblasti následné a dlouhodobé péče, orientace na minimalizaci zdravotních a sociálních dopadů a dopadů do subjektivní spokojenosti a kvality života pacientů a pečujících osob. Zdravotní gramotnost chápeme jako schopnost získat, interpretovat a pochopit základní zdravotní informace a služby a schopnost využít tyto informace a služby k lepšímu zdraví (Zdraví 2020). Včasná a srozumitelná informovanost o cílech, smyslu a dostupnosti následné péče je jedním z faktorů jejich lepší dostupnosti a efektivnějšího využívání, a to nejen na straně pacientů, ale i na straně poskytovatelů následné a dlouhodobé péče
- Snižování nerovností ve zdraví – prostřednictvím zvýšení rovnosti v přístupu ke kvalitním a územně dostupným službám postakutní péče,
- Evidence-based přístupy – aplikace mezinárodních doporučení, poznatků z mezinárodních výzkumů a dobré praxe v oblasti následní a dlouhodobé péče
- Podpora zdraví během celého života – důraz na sekundární, terciární a kvartérní prevenci, zvládání životní situace a socioekonomických dopadů
- Ekonomika zdraví – efektivita, zvýšení dopadu péče na subjektivní kvalitu života,

## 5 Analýza současného stavu

Analytická část akčního plánu se zaměřuje na popis a vysvětlení jednotlivých aspektů následné, dlouhodobé a domácí péče. Uvádí také statistická data, kterými dokládá tvrzení uvedená v textu. Ambicí této části akčního plánu je popsat oblast postakutní péče v celém rozsahu a upozornit na problematické oblasti. Nicméně není snahou zpracovatelů tohoto akčního plánu obsáhnout řešení všech těchto nedostatků pomocí plánovaných projektů. Projekty a aktivity navržené v projektové části byly vytipovány s ohledem na jejich dopad na kvalitu, dostupnost a efektivitu postakutní péče. Cílem je dosáhnout obecných změn, které zasáhnou všechny subjekty, kterých se poskytování postakutní péče dotýká, a které je zasáhnou pozitivně ve smyslu zjednodušení a zpřehlednění nastaveného financování, vykazování a poskytování péče.

### 5.1 Indikace léčby

Pohyb pacienta zdravotním systémem v České republice není koordinovaný a ne vždy zcela odpovídá individuálním zdravotním potřebám pacienta. Pacienti jsou mnohdy urychleně propouštěni na následná lůžka v subakutním stavu, ačkoliv jejich zdravotní stav není plně stabilizován. Zejména ve velkých nemocnicích jsou pacienti propouštěni na lůžka následné péče s doporučením na provedení dalších vyšetření jako např. CT, magnetická rezonance, dokončení diagnostiky apod.

#### Nedostatky:

- Absence jasných indikačních pravidel k poskytování následné a dlouhodobé péče, absence pravidel pro přijetí a setrvání v péči.
- Vyšší požadavky na rozsah péče než je stávající personální a technická kapacita.

### 5.2 Rozsah poskytovaných služeb

Dosud nebyla vypracována koncepce následné, dlouhodobé a domácí péče jako celku, která by zapadala do současného systému zdravotních služeb a reagovala na potřeby každodenní praxe. U původních zařízení LDN došlo pouze ke změně názvu, později k modifikaci pracovní náplně, přičemž tento proces určovaly zejména zdravotní pojišťovny. Tak vznikla celá řada zdravotnických zařízení s různým rozsahem a různou

kvalitou poskytovaných služeb, zachovávající si mnohde téměř sociální charakter péče. Do tohoto systému zasahovaly odborné společnosti vytvářením izolovaných odborných koncepcí pro své obory. Základní rámec a existenci následné péče a dlouhodobé péče stanovil až zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách s doprovodnými vyhláškami č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ač. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb . Základní parametry kvality stanovila vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Zákonné normy pro následnou péči a dlouhodobou péči alespoň rámcově definovaly tuto péči, nikdy však nebyly plně uvedeny do praxe a nebyly promítnuty do úhrad pro jednotlivé typy péče. Po stránce formální dodnes zdravotní pojišťovny užívají termín LDN, který se vyskytuje i v některých vyhláškách jako název organizační a léčebné jednotky. Stejně i statistiky ÚZIS dodnes evidují zdravotnická zařízení dle firemního názvu, nikoliv dle odborné náplně a poskytovaných služeb a bohužel jednou z kategorií je stále LDN. Je zřejmé, že je nanejvýše nezbytné přesně definovat postakutní péči nejen v zákonných úpravách, ale především promítnout toto do praxe statistik, sledování a úhrad za péči.

Se vznikem definic následné péče a dlouhodobé péče v zákoně a s nekorespondujícími úhradami zdravotních pojišťoven, lze nalézt v segmentu zdravotní péče i zdravotnická zařízení, která jsou registrována jako tzv. následná péče (což by měl být typ ošetrovacího dne - OD 00021 až 00030), ale ve skutečnosti poskytují služby zdravotně-sociálního charakteru a přitom jsou hrazena zdravotními pojišťovnamí úhradou dle typu lůžek ošetrovatelské, tedy dlouhodobé péče (OD 0005). Je pak velmi obtížné identifikovat, při potřebě propuštění pacienta z akutního lůžka, cílové odpovídající zařízení postakutní péče, do kterého je medicínsky účelné pacienta přeložit. Jednoznačně chybí stanovené medicínské podmínky propouštění do následné péče a dlouhodobé péče a též podmínky délky a důvodů trvání poskytování zdravotních služeb následné péče a dlouhodobé péče. V současném systému poskytování zdravotní péče řada pacientů nečerpá potřebný a odpovídající rozsah služeb, protože systém není jednoznačně definován. Dokladem toho je i skutečnost, že jsou na lůžkách následné péče hospitalizováni i pacienti s dominující potřebou dlouhodobé péče a sociální problematikou.

## Nedostatky

- Rozdílná kvalita a rozdílný rozsah poskytovaných služeb v zařízeních postakutní péče, jejichž název a služby nejsou přesně definovány.
- Nesoulad v definicích postakutní péče u klíčových institucí (MZ, UZIS, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny) s dopadem na sběr dat a statistiky.
- Absence stanovených medicínských podmínek propuštění pacienta do následné péče a dlouhodobé péče a též podmínek délky a důvodů trvání poskytování zdravotních služeb následné péče a dlouhodobé péče.

## 5.3 Dostupnost

Následná a dlouhodobá lůžková péče je obecně hrazena formou výkonu ošetrovacího dne dle vyhlášky 134/1997Sb. Jedinou možností k zajištění maximálního objemu definovaného příjmu těchto zařízení je plné využití lůžkové kapacity. Za těchto podmínek může být snahou poskytovatele obsadit všechna lůžka v následné péči a to bez ohledu na potřebnost péče pro pacienta. Z ekonomického pohledu je pro poskytovatele péče výhodnější, aby na každém lůžku ležel jeden pacient co nejdéle, protože při delší hospitalizaci se snižují náklady na léčbu (materiál i léky), ostatní náklady nerostou a je zaručený stálý příjem od zdravotních pojišťoven. Nový pacient naopak znamená vyšší náklad na léčbu, resp. zvedá náklad na jedno lůžko do doby, než dojde ke stabilizaci jeho stavu. Tato situace je odlišná v případě dlouhodobé péče. Tento segment přebírá zároveň nemocné s progresivními nemocemi (Alzheimerova a Parkinsonova nemoc, amyotrofická laterální skleróza), demyelinizačními chorobami (zejména roztroušená skleróza) a dalšími onemocněními, jejichž příznaky se i přes dostupnou léčbu progresivně zhoršují, čímž se péče průběžně stává stále náročnější. Některé z těchto nemocí postihují i mladé lidi. Nárůst těchto typů onemocnění se zvýšenou potřebou služeb následné, dlouhodobé a domácí péče již nyní můžeme predikovat.

Dlouhodobé obsazení lůžka jedním pacientem může mít negativní dopad na dostupnost poskytované péče, která je navíc ještě limitována nedostatečnou připraveností celého systému zdravotně sociální péče na plánovaný, a mezioborově koordinovaný přechod



pacienta z lůžka postakutní péče, v závislosti na jeho zdravotním stavu a soběstačnosti, na lůžko následné péče, do domácího ošetření nebo ve výjimečných případech do pobytové sociální služby (jedná se o špatně nastavený systém, nezajišťující vhodné podmínky péče v domácím prostředí a nedávající dostatečné možnosti čerpání odpovídající ambulantní sociálně zdravotní péče). Bez systémového řešení návaznosti zdravotních a sociálních služeb, které poskytnou pacientovi jistotu, že situaci po propuštění zvládne s podporou rodiny a dostupných terénních zdravotních a sociálních služeb nelze očekávat změnu.

Situaci ještě zhoršuje zákonná úprava m (zákon č. 372/2011Sb.), která neumožňuje zastoupit pacienta osobou blízkou při souhlasu s hospitalizací. V případě, že pacient odmítne dát souhlas s propuštěním do sociální péče (většinou finanční motivace) může dojít v krajním případě k soudnímu řešení, což následně prodlužuje pobyty těchto pacientů ve zdravotnických zařízeních. Navíc tyto situace kladou velké psychické nároky na ošetřující personál, který musí situaci řešit s pacientem, který se zdráhá spolupracovat z důvodů oslabení nemocí, nízkou informovaností nebo vlastní nejistotou, a s jeho rodinnými příslušníky na jedné straně, a je pod hrozbou sankčních opatření od zdravotní pojišťovny za tzv. „sociální“ hospitalizaci na straně druhé. Účinným regulačním mechanismem, který svým způsobem v kombinaci s odnětím sociálních dávek po dobu hospitalizace motivoval pacienty k efektivnímu využívání lůžkové postakutní péče a včasnému odchodu z lůžkového zařízení, byl k 31. 12. 2014 již zrušený hospitalizační/regulační poplatek. Tlak na efektivní využívání rozsahu poskytované péče existuje ze strany zdravotních pojišťoven (revizní kontroly), pouze směrem k poskytovateli služeb, nikoliv k pacientovi. Revizní kontroly a sankční pokuty pouze směrem k poskytovateli jsou velmi těžko použitelné jako nástroj regulování indikací a efektivního využívání zdravotních služeb. V principu je tento systém neefektivní a časově i ekonomicky náročný (revizní lékaři, soudní procesy, smírčí jednání, právníci atd.). Navíc není dostatečně podložený zákonnými předpisy.

#### **Nedostatky:**

- Absence nástrojů monitoringu a regulace obratu pacientů na lůžku.
- Absence motivačních pobídek pro optimální využití péče pacientem (např. zrušené regulační poplatky).
- Absence návaznosti zdravotních a sociálních služeb.

- Absence mezioborové týmové spolupráce.
- Absence důrazu na aktivní koordinovanou rehabilitaci, podporující návrat k maximální možné soběstačnosti

## 5.4 Financování

Většina poskytovatelů lůžkové následné a dlouhodobé péče je financována jednozdrojově, tj. je finančně závislá pouze na úhradě péče z veřejného zdravotního pojištění. Ta však nepokrývá reálné náklady, zejména proto, že lůžková následná péče ošetřuje polymorbidní pacienty převážně seniorského věku v těsné návaznosti na akutní hospitalizaci resp. jsou přijímáni pacienti se stejným nastavením léčby, jaká jim byla poskytnuta na lůžkách akutních. Teprve se stabilizací zdravotního stavu v čase může dojít k mírné redukci medikace. Z léčby je možné po určité době vysadit některé léky nebo je možné redukovat jejich dávkování, zejména při přechodu na chronické dávkování léků. Zůstávají však ještě imunologické léky, léky pro léčbu osteoporózy, psychofarmaka, kognitiva, hormonální léky atd., které není možné uhradit z paušálů za jeden ošetrovací den. V případě neurodegenerativních a demyelinizačních onemocnění navíc dochází dokonce k progresi závažnosti stavu a zvyšování nákladů na péči. Jak je tedy zřejmé z praxe, náklady na léčbu převyšují příjmy. Dlouhodobé podfinancování segmentu postakutní péče je trvale diskutovaným problémem, který prozatím nenachází řešení. Postakutní zdravotní péče je v České republice hrazena pomocí tzv. platby za ošetrovací den. Úhradu pomocí ošetrovacích dnů (dále jen „OD“) popisuje Seznam zdravotních výkonů. Seznam definuje celkem 41 druhů OD, přičemž z hlediska postakutní péče jsou nejčastěji vykazovány OD číslo 00005 a potom 00021 až 00030 jednotlivých typů a dle kategorií pacienta:

**Tabulka 2:** *Kódy ošetřovací dnů (OD) v postakutní péči*

00005 se vykazuje na ošetřovatelských lůžkách všech odborností.
00021 se vykazuje na lůžkách psychiatrických odborných léčebných ústavů.
00022 se vykazuje na lůžkách rehabilitačních odborných léčebných ústavů.
00023 se vykazuje na lůžkách odborných léčebných ústavů pneumologie a ftizeologie.
00024 se vykazuje na lůžkách ostatních odborných léčebných ústavů.
00025 se vykazuje na lůžkách spinálních jednotek rehabilitačních odborných léčebných ústavů.
00026 se vykazuje na lůžkách dětských psychiatrických odborných léčebných ústavů.
00027 se vykazuje na lůžkách dětských rehabilitačních odborných léčebných ústavů.
00028 se vykazuje na lůžkách dětských odborných léčebných ústavů pneumologie.
00029 se vykazuje na lůžkách ostatních dětských odborných léčebných ústavů.

Financování v segmentu postakutní péče není systémové. Srovnatelní poskytovatelé péče jsou financováni rozdílně v závislosti na zřizovateli, na rozdílných ekonomických pravidlech a finančních zdrojích (zařízení přímo řízená ministerstvem zdravotnictví, krajská zařízení, lázeňská zařízení, soukromá zařízení atd.).

Současná situace je taková, že zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb mají v úhradové oblasti smluvní volnost. To znamená, že zdravotní pojišťovny nastavují takové úhrady, aby měly dostatečnou síť poskytovatelů zdravotních služeb k zajištění místní a časové dostupnosti zdravotních služeb pro své pojištěnce. Rozdíly financování tak nemusí nutně být koncepční problém, který by bylo nutné okamžitě řešit, ale je nezbytné zmapovat stávající situaci a zhodnotit, zda jsou současné rozdíly financování opodstatněné či nikoli a navrhnout možnosti řešení.

### **Nedostatky:**

- Chybí nástroj, jak zohlednit náročnost léčby a přizpůsobit jí úhrady
- Dlouhodobě chybí návrh efektivního financování a jeho realizace zainteresovanými stranami.

## **5.5 Personál**

Kvalita, kapacita i efektivita postakutní péče je přímo závislá na počtu, vzdělání a motivaci pracovníků. V řadě zařízení následné a dlouhodobé péče z ekonomických důvodů je obvykle splňováno pouze minimální personální vybavení, bez odpovídajícího vztahu k potřebám zajišťované léčebné péče. Pro pacienty následné a dlouhodobé péče je klíčová, zejména v počátečních stádiích, rehabilitační a ergoterapeutická péče, jež vede k delšímu udržení soběstačnosti nemocného (a tím nakonec i k dlouhodobému snížení nákladů na jeho péči). Tento aspekt péče nabývá na významu zejména v péči o pacienty s neurodegenerativními a demyelinizačními nemocemi. V současné době není velká část zařízení postakutní péče schopna potřebný rozsah a kvalitu služeb zajistit.

Zdravotní pojišťovny pouze kontrolují předepsaný základní personální pasport zařízení, čemuž jsou přizpůsobeny i úhrady za péči. Z důvodů absence jakéhokoliv jiného systému úhrad postakutní péče poskytovateli, který je smluvním zařízením zdravotní pojišťovny, není pro navýšení odbornosti nebo počtu zaměstnanců v úhradách finanční prostor. V současné době jsou v zařízeních postakutní péče zaměstnání zejména lékaři z východní Evropy a Ruska, často i lékaři nedostatečně kvalifikovaní a neobeznámení s problematikou postakutní péče, mnohdy i s kvalifikací ze vzdálených oborů. Tato skutečnost má dopady zejména na kvalitu poskytované péče.

### **Nedostatky**

- Nedostatek kvalifikovaných pracovníků v segmentu postakutní péče.
- Minimální personální obsazení dané vyhláškou je nedostačující k zajištění potřebné kvality péče.

## **5.6 Kvalita**

Zachování funkčního zdraví, soběstačnosti a autonomie je významným aspektem kvality života a jedním z klíčových kritérií hodnocení kvality. Jedná se o schopnost systému,

v rámci služeb dlouhodobé péče, přispívat k udržení funkčního zdraví, nezávislosti a schopnosti života ve vlastním prostředí, např. v Anglii tak dochází k posunu od výkonnosti (performance) k hodnocení dopadu péče (outcomes) jako klíčového aspektu efektivity (OECD/EC, 2013a)<sup>3</sup>.

Kvalita v postakutní péči vychází ze standardů ošetrovatelské péče, která je pomocí indikátorů sledována (nežádoucí události, dekubity), dále pak jsou sledovány obecné markery kvality jako např. výskyt nákaz spojených se zdravotní péčí, nežádoucí reakce na léky, transfuze apod. Segment postakutní péče za posledních 10 let přešel částečně z dominantního a pasivního ošetrovatelství do léčebných intervencí, a to lékařských, rehabilitačních, ergoterapeutických, logopedických atd.. Jejich realizací se zlepšuje funkční stav pacienta a zvyšuje jeho šance na zlepšení kvality života.

Zdravotní problémy, hodnocené výše uvedenými indikátory kvality, nejsou u křehkých pacientů v preterminálních fázích života úspěšně řešitelné ani nejlepší lékařskou nebo ošetrovatelskou péčí. Proto v těchto obdobích lidského života nabývá na významu psychosociální a duchovní rozměr dlouhodobé péče soustředěný zejména na kvalitu života každého jednotlivého člověka. Proto se zavádějí komplexnější systémy, které zahrnují indikátory postihující další aspekty kvality dlouhodobé péče a kvality života lidí, kteří ji potřebují (DoH, 2000, 2003, 2004; ECSWPR, 2010a)<sup>4</sup>.

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., je poskytovatel zdravotních služeb povinen, v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému minimální požadavky (uveřejněny ve Věstníku č.5/2012 Sb. a portálu kvality a bezpečí MZ) s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány.

---

<sup>3</sup> OECD/EC. (2013a). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care: OECD Publishing; European Commission.

<sup>4</sup> DoH. (2000). Care Homes for Older People National Minimum Standards Care Homes Regulations. London Department of Health.

DoH. (2003). Care Homes for Adults (18–65). National Minimum Standards Care Homes Regulations. London: Department of Health.

DoH. (2004). National Minimum Standards for Adult Placement Schemes London: Department of Health.

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je jako dobrovolný proces stanoven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb., a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Tyto předpisy byly vydány s cílem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua).

Doporučené postupy tedy musí zahrnovat kompletní péči a všechny fáze hospitalizace a domácí péči. Kompetentní instituce musí sledovat dodržování stanovených kritérií, včetně kontrol. Programy kvality rovněž přispějí k vyššímu hodnocení akreditovaného zdravotnického zařízení. Trvalá snaha o zvyšování kvality v následné a dlouhodobé péči by měla být zaměřena na vytváření kodexů správné medicínské praxe, zaměřených na jednotlivé pracovní postupy a procesy. Podporou pravidelné výměny informací a zkušeností dosáhneme systematické výchovy a vzdělávání v následné, dlouhodobé a domácí péči. Pracoviště budou motivována k akreditacím (naplnění odborných a kvalitativních norem ČR, případně EU). Kromě akreditací organizačně provozních je nutné brát v úvahu také akreditace poskytovatelů pro další vzdělávání lékařů i nelékařských zdravotních pracovníků a stanovit podmínky pro jejich akreditaci tak, aby byly logické a splnitelné.

Poskytovatelé zdravotních služeb postakutní péče musí dle legislativy pracovat na vytváření a udržování vhodných systémů pro řízení kvality, které budou mít přímý dopad na kvalitu následné a dlouhodobé péče.

Vzhledem k rozsahu a změně poskytovaných služeb je nutné nadefinovat nové a aktuálnější, specifické standardy kvality, které budou přednostně monitorovat vývoj funkčního stavu pacienta.

#### **Nedostatky:**

- Monitoring kvality péče neeviduje odbornou kvalitu poskytovaných služeb ve vztahu ke změně funkčního zdraví
- Neexistence kontrol, zda poskytovatelé zdravotních služeb zavedli a dodržují interní systém hodnocení kvality a bezpečí.

## 5.7 Odpovědnost pacienta za své zdraví

Současná legislativa nevyváženě preferuje pacienta nad možnostmi poskytovatele zejména v oblasti dodržování léčebného režimu, dodržování zásad zdravého životního stylu a odpovědnosti za zdraví jednotlivce. Podobně není kladen důraz na prevenci, účast v preventivních programech ani zvyšování osvěty obecně.

Zdravotní systém dosud nepřipustil ani žádnou formu finanční spoluúčasti pacienta na zdravotních službách segmentu postakutní péče kromě lázeňské péče.

### Nedostatky

- Chybí nástroje k posílení role a odpovědnosti pacientů za své zdraví, přístupu k dodržování léčebného režimu, chybí efektivní způsob motivace.
- Chybí jakákoliv možnost soukromého komerčního připojištění na stáří (pro generaci, která bude v roce 2050 ve věku 75+, je pro zavedení toho typu připojištění nejvyšší čas).
- Chybí spoluúčast pacienta na úhradě vybraných služeb segmentu postakutní péče.

## 5.8 Vazby zdravotního a sociálního systému

Celý segment následné a dlouhodobé péče již dvacet let čeká na nastavení systému postakutní péče, který by zajistil řádnou provázanost činnosti všech typů lůžkových zařízení a jejich návaznost na domácí a ambulantní péči. Stejně tak dlouhodobou adekvátní péči o zhoršujícího se pacienta s neurodegenerativním onemocněním nelze zajistit z úrovně primární péče nebo ambulantní specializované péče.

Také společná dohoda zajišťující organizaci a koordinaci služeb mezi zdravotním a sociálním systémem doposud neexistuje. Stejně tak chybí mezirezortní konsenzus na definici dlouhodobé péče, v návaznosti, dostupnosti a průchodnosti pacienta oběma systémy. Je tedy nezbytně nutné vyřešit vazby v plánování komplexní péče, její dostupnosti a kvalitě a v personálních standardech u dlouhodobé zdravotně sociální péče a i v dalších podpůrných službách. Rovněž není vybudován jednotný návazný systém zajištění sociálních služeb při propouštění ze zdravotnického zařízení a odpovídající standardy zdravotní péče v pobytových službách, kde řada klientů potřebuje kvalifikovanou ošetrovatelskou a lékařskou péči, srovnatelnou s ambulantními zdravotními službami.

Při řešení výše uvedené problematiky je potřeba vzít v úvahu také rostoucí diferenciaci sociálně ekonomického statusu (SES) lidí. Na jedné straně bude přibývat pacientů s omezenou možností podílet se na hrazení postakutní péče, na druhé vzrůst počet těch, kteří budou schopni zvýšenou měrou přispívat. Nejsou však pro to připraveny etické, ani ekonomické přístupy.

### **Nedostatky**

- Absence mezirezortního konsenzu na definici dlouhodobé péče, v návaznosti, dostupnosti a průchodnosti pacienta oběma systémy.
- Absence jednotného návazného systému pro zajištění sociálních služeb při propouštění ze zdravotnického zařízení.
- Není dostatečně ujasněná celá koncepce zdravotnictví.
- Chybí ucelené koncepční řešení komplexu služeb následné a dlouhodobé péče v návaznosti na akutní péči a sociální služby.
- Není jednoznačně deklarovaná priorita rozvoje terénních sociálních a zdravotních služeb tak, aby pacient mohl co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí.

## **6 Determinanty**

Do kapitoly analýzy současné situace byla zařazena také kapitola Determinanty postakutní péče, která má poukázat na odhadovaný vývoj společnosti a dopady do segmentu následné a dlouhodobé péče. Tuto péči významně ovlivňují trendy, kterými jsou zvyšující se věk obyvatelstva, kapacita lůžkových zařízení a schopnost reagovat na zvyšující se poptávku veřejnosti po různých typech péče (např. domácí). Ne všechna data, poskytnuta Ústavem zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS) a Českým statistickým ústavem (ČSÚ), jsou dnes využitelná pro poměrně přesné odhady budoucího vývoje a nastavení a směřování akčního plánu následné, dlouhodobé a domácí péče. Akční plán proto stanovuje prioritní podmínku úspěšné realizace úpravy systému a rozšíření sběru i zpracování dat pro aktuální i dlouhodobé potřeby segmentu postakutní péče.

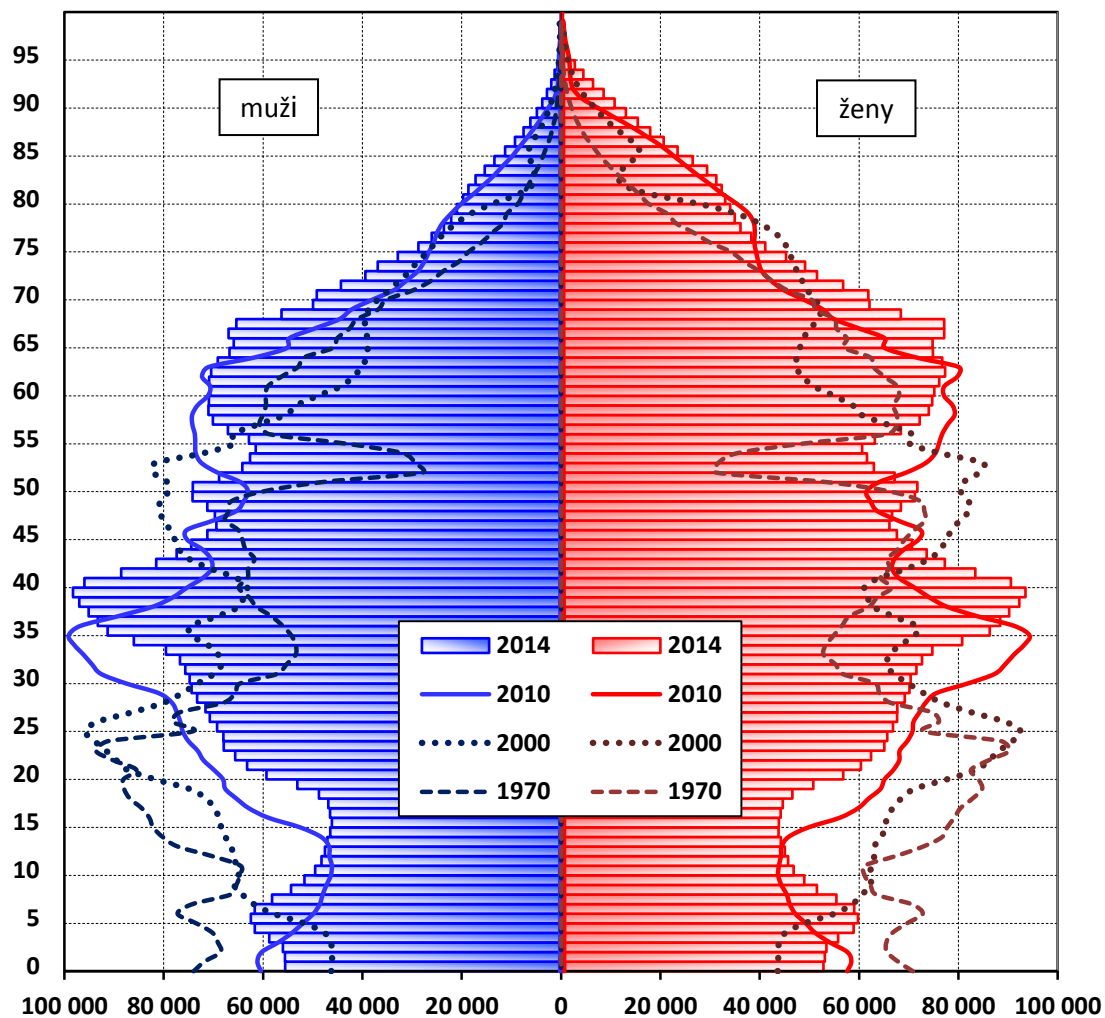


## 6.1 Demografický vývoj

Čerpání služeb následné, dlouhodobé a domácí péče se dotýká všech věkových skupin obyvatel. Současnou nejvíce dotčenou skupinou jsou senioři ve věkové kategorii 65 + let, která tvoří zhruba 17 % obyvatel ČR. Index stáří, což je počet osob starších 64 let na 100 dětí ve věku do 15 let, dosáhl v roce 2013 hodnoty 115,7. V nejvyšší věkové kategorii 85 a více let bylo v roce 2013 zhruba 175 tisíc osob (z toho přes 4,6 tisíc obyvatel ve věku 95+), což je zhruba dvojnásobek oproti roku 2003. Z hlediska genderového rozdělení, tvoří skupina ve věku 65+ lehce přes 20 % všech žen a téměř 15 % všech mužů (v roce 2003 to bylo necelých 17 %, resp. 11 %). Naopak podíl současné ekonomicky aktivní části populace ve věkové kategorii 15-64 let se neustále snižuje. A jak naznačují populační prognózy, nebude tomu až do roku 2050 jinak.

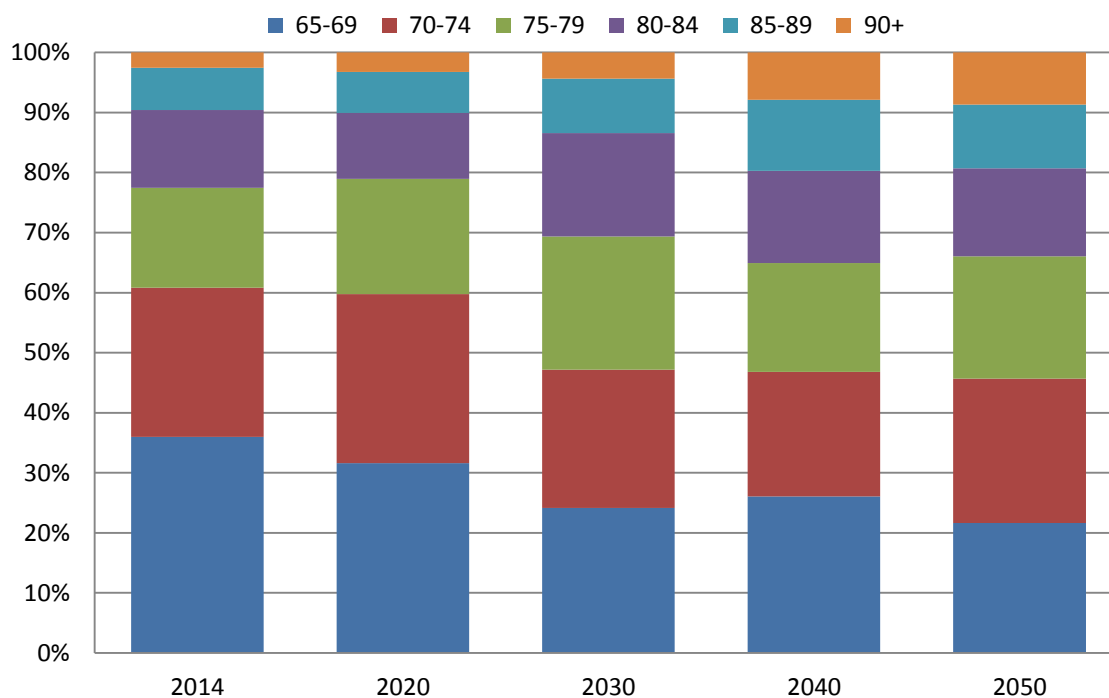
Počet živě narozených dětí se v ČR od roku 2008 kontinuálně snižuje. V roce 2013 se živě narodilo 106 751 dětí, z toho 54 702 chlapců a 52 049 dívek. Střední délka života při narození byla 75,23 let u mužů a 81,13 let u žen. V roce 2003 to bylo 72,03 let u mužů a 78,51 let u žen. Je tedy vysoce pravděpodobné, že se bude i do budoucna tento věk zvyšovat a s ním se bude i přímo úměrně rozšiřovat věková skupina 65+. Tato věková skupina pak bude potřebovat zajistit adekvátní zdravotní a sociální služby. Zejména se očekává narůstající využití následné, dlouhodobé i domácí péče, která by za současných předpokladů byla více než alarmující a ani zdaleka by nepokryla poptávku.

Obrázek 1 Věkové složení



Populační prognózy a projekce rovněž poukazují na problém stárnutí populace, které bude mít za následek vysoký nárůst obyvatelstva zejména ve věkové kategorii 80+ a současně silné ekonomické zatížení obyvatelstva v produktivním věku.

**Obrázek 2** Očekávaný vývoj podílu věkových skupin v populaci nad 65 let v letech 2014-2050



ZDROJ: vlastní graf vycházející z dat ČSÚ

### **Mezi základní teze patří:**

Nejrychleji porostou počty nejstarších skupin populace nad 80 let. Lze předpokládat mírný posun počátku chronické nemocnosti a s ní spojené disability do vyššího věku.

Skupina příjemců jednotlivých zdravotních služeb napříč zdravotním systémem bude výrazně stárnout. Tento vývoj skupiny spotřebitelů si vyžádá uzpůsobení všech segmentů zdravotní péče, nejen následné a dlouhodobé, ale také akutní a primární péče.

Významně bude stárnout také skupina lidí se zdravotním postižením.

Poměrně dynamicky poroste počet osob s demencí, předpokládané je až trojnásobné navýšení osob s demencí do roku 2050.

Do roku 2050 bude významně klesat dostupnost neformální péče, zejména osob/pečovatelů 50plus v důsledku zvyšování průměrného věku odchodu z trhu práce (důchodového věku), vyrovnávání mezi muži a ženami a růstu zaměstnanosti žen, zejména pokud nebudou vytvořeny podmínky na trhu práce a respitních služeb umožňujících kombinaci péče o blízké se zaměstnáním.

## 6.2 Využití postakutní péče

Využití následné, dlouhodobé a domácí péče je přímo úměrná vývoji chronické nemoci obyvatel a kvalitě zdravotního systému, zejména prevence a akutní péče. S narůstajícím věkem pak stoupá počet osob s chronickým onemocněním a disabilitou. Predikce v ČR ukazují na nárůst staré a velmi staré populace obyvatel, nárůst chronické nemoci zejména onemocnění kardiovaskulárních, včetně CMP (cévní mozková příhoda), psychiatrických onemocnění (zejména deprese a demence), neurodegenerativních onemocnění (s nejčastějšími projevy poruchy hybnosti a demence), nádorových onemocnění, degenerativních onemocnění kloubních, diabetu a stárnutí osob se zdravotním postižením.

Příjemci dlouhodobé péče (statisticky uváděných 13 % české populace) jsou polymorbidní pacienti čerpající nejen dlouhodobou péči a sociální podporu, ale tvořící významný podíl na čerpání medicínské péče akutní i postakutní napříč celým zdravotním systémem, a to po celou dobu trvání jejich chronických nemocí a disability. Dlouhodobá péče je ve statistikách OECD chápána zejména jako zdravotně sociální služba, resp. komplex zdravotních, sociálních a dalších služeb a opatření poskytovaná pacientům s disabilitou a vůbec neodráží potřebu a využití zdravotních služeb polymorbidních a osob s disabilitou v našich podmínkách (Colombo, Llena-Nozal, Mercier&Tjadens, 2011; EC, 2014; OECD, 2005; OECD/EC, 2013).

Při predikci a hodnocení potřebnosti zdravotních služeb segmentu postakutní péče zdravotního systému ČR, s ohledem na věk, nemocnost a disabilitu, nelze považovat data disability a statistiku institucionalizované a neinstitucionalizované dlouhodobé péče OECD jako ekvivalent potřeby a využití postakutních zdravotních služeb.

**Tabulka 3** Vývoj počtu hospitalizovaných a ošetřovacích dnů v nemocnicích, 2005-2014

**Vývoj počtu hospitalizovaných a ošetřovacích dnů v nemocnicích, 2005-2014**

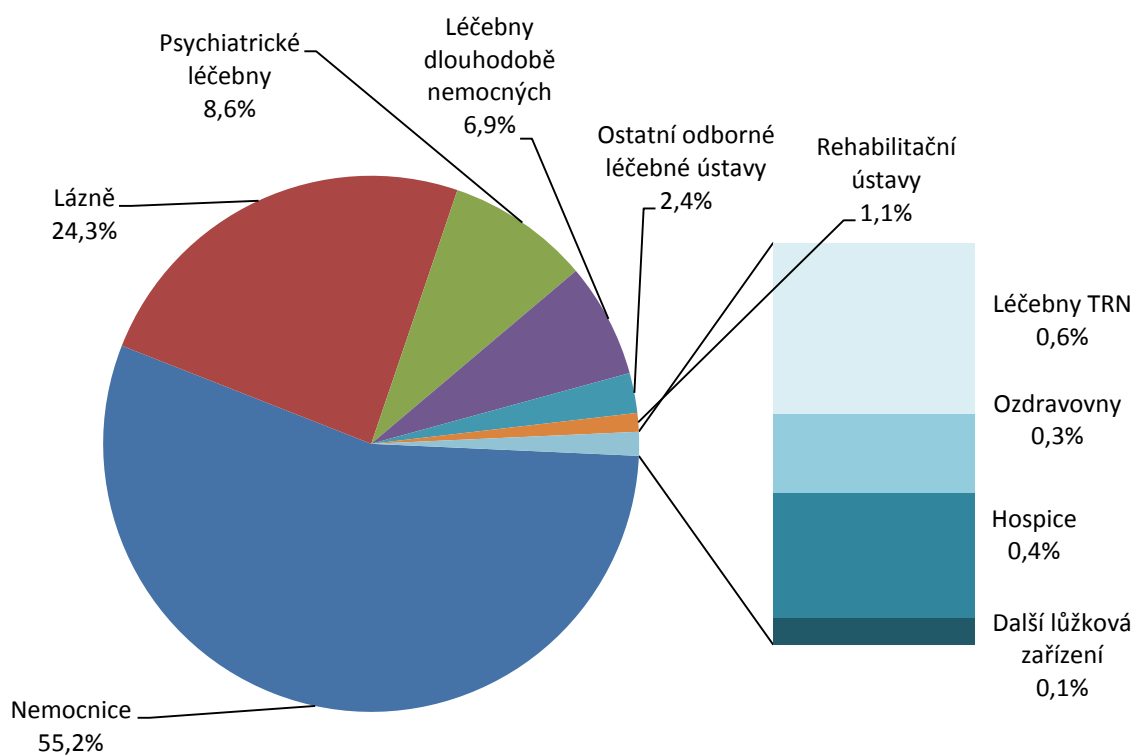
Rok	Lůžka akutní péče (vč. lůžek novorozeneckých)		Lůžka následné péče	
	hospitalizovaní	ošetřovací dny	hospitalizovaní	ošetřovací dny
2005	2 184 743	15 566 748	49 177	2 141 077
2006	2 144 936	14 997 986	48 209	2 142 882
2007	2 148 518	14 725 767	46 690	2 096 523
2008	2 122 640	14 031 664	48 431	2 047 277
2009	2 120 750	13 910 345	51 098	2 186 439
2010	2 109 839	13 507 103	51 745	2 284 614
2011	2 086 825	12 963 031	51 388	2 318 090
2012	2 136 326	12 732 426	51 573	2 360 841
2013	2 108 925	12 352 683	54 295	2 392 065
2014	2 132 742	12 393 096	57 152	2 521 945

ZDROJ: (ÚZIS)<sup>5</sup>

Kapacita lůžkového fondu v ČR je rovnoměrně rozložená mezi segment akutní a postakutní péče. Zohledníme-li fakt, že lůžkový fond nemocnic obsahuje taktéž lůžka následná a dlouhodobá, která nejsou statisticky evidována v kapacitě postakutní péče, pak lůžkový fond postakutní péče tvoří polovinu lůžkového fondu ČR. Zavádějícím ukazatelem hodnocení celkové lůžkové kapacity postakutní péče je fakt, že téměř polovinu této kapacity tvoří lázně, jejichž využití pro nejpočetnější skupinu uživatelů postakutní péče (75+) ke zlepšení disability a zmírnění následků chronických nemocí je minimální. Kapacita postakutní lůžkové péče pro nejrychleji rostoucí skupinu 75+ využitelná ke zlepšení jejich zdraví a disability tvoří ve skutečnosti 25% lůžkového fondu ČR. Dalším, ne zcela příznivým ukazatelem vývoje lůžkové kapacity postakutní péče je prokazatelný větší nárůst lůžek lázeňské péče než všech ostatních zbylých lůžek v segmentu postakutní péče. Jistě nezanedbatelný vliv na růst lůžkové kapacity lázní má možnost komerčního využití poskytovaných léčebných služeb.

<sup>5</sup> ÚZIS Síť zdravotnických zařízení 2012

**Obrázek 3** Rozložení lůžkového fondu v ČR v roce 2014 dle druhu zařízení



ZDROJ: ÚZIS ČR, Lůžková péče 2014

U následné péče byl zaznamenán nárůst, v počtu hospitalizovaných o 5,0 % a v počtu ošetrovacích dnů o 1,3 %.

### 6.3 Kapacita zařízení a kategorie pacientů

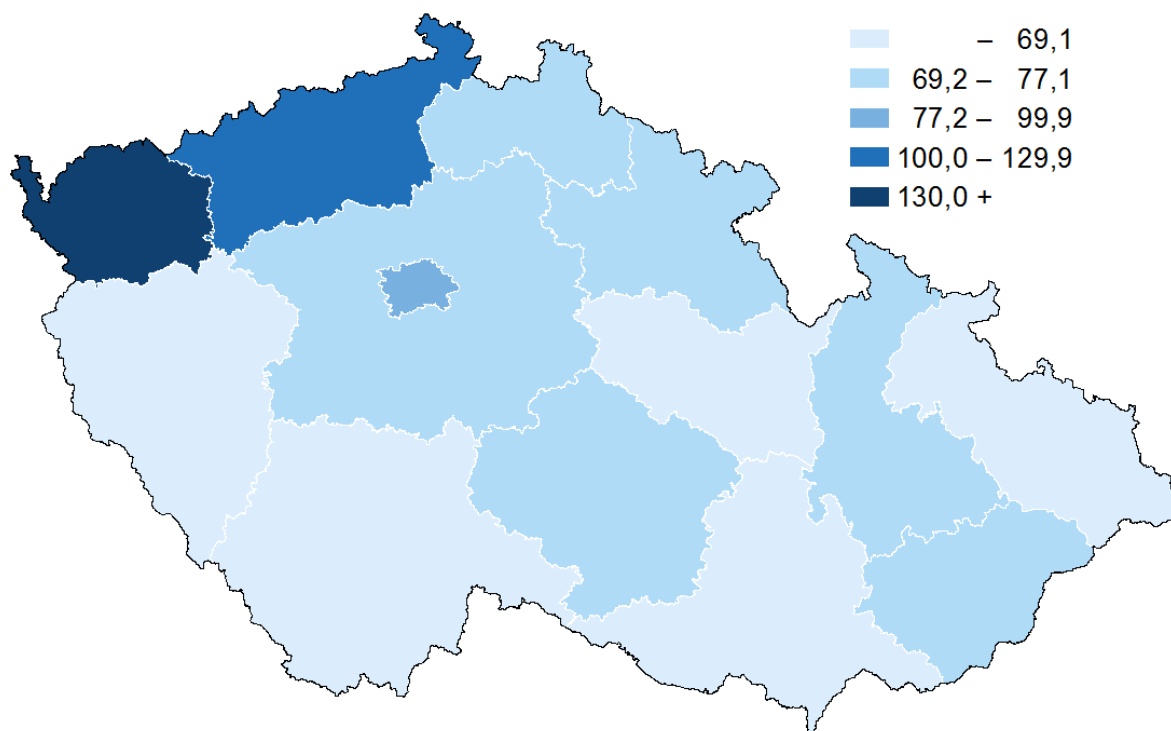
Vývoj nových technologií a postupů v medicíně vedou k méně invazivním zásahům a zkracování doby hospitalizace. Odborně řečeno dochází k přesunu výkonů od hospitalizačního do ambulantního či jednodenního provedení a centralizace vysoce specializovaných výkonů.

Tabulka 4 Vývoj vybraných ukazatelů v lůžkových zařízeních ČR

Rok	Počet hospitalizovaných	Ošetřovací dny	Využití lůžek ve dnech max. kapacity	Využití v %	Průměrná ošetřovací doba	Počet lůžek
1999	2 133 346	24 118 716	260,8	74,8	11,3	91 708
2000	2 145 734	24 450 332	270,7	77,4	11,4	90 124
2001	2 165 115	24 377 597	270,9	77,9	11,3	89 972
2002	2 244 960	24 926 438	276,9	79,5	11,1	90 020
2003	2 317 473	25 375 207	282,1	81,0	10,9	89 527
2004	2 363 157	25 379 955	285,4	81,9	10,7	88 677
2005	2 363 990	25 056 279	284,5	82,0	10,6	87 896
2006	2 319 605	24 377 105	280,2	81,1	10,5	86 888
2007	2 319 939	23 918 941	277,9	80,9	10,3	85 853
2008	2 292 676	22 961 125	269,4	79,0	10,0	85 268
2009	2 298 445	22 965 305	271,0	79,6	10,0	84 696
2010	2 291 394	22 770 991	271,3	78,9	9,9	83 983
2011	2 271 187	22 269 714	268,8	78,2	9,8	82 008
2012	2 318 422	21 940 958	272,1	78,0	9,5	80 302
2013	2 292 333	21 466 756	274,3	78,6	9,4	78 004
2014	2 326 994	21 783 129	280,6	79,9	9,4	77 586

Síť zdravotnických lůžkových zařízení byla koncem roku 2013 složena ze 188 nemocnic s celkovým počtem 56 807 lůžek (v tom 47 033 lůžek akutní péče, 7 652 lůžek následné péče a 2 122 novorozeneckých lůžek) a 158 odborných léčebných ústavů s celkem 21 197 lůžky (z toho 73 LDN s 7 171 lůžky). Na 10 000 obyvatel připadalo v průměru 74,2 lůžka (v tom 54,0 lůžek nemocničních a 20,2 lůžek odborných léčebných ústavů).

**Obrázek 3** Lůžka následné ošetrovatelské péče v nemocnicích, LDN a hospicích v roce 2014 na 10 000 obyvatel starších 65 let



ZDROJ: ÚZIS ČR, Lůžková péče 2014

Na nárůst ošetrovatelské náročnosti ukazuje zvýšení podílu pacientů v kategorii 3-5 níže. Níže uvedená tabulka prezentuje nárůst ošetrovatelské náročnosti zejména na lůžkách následné a dlouhodobé péče v řádu 30-50 % za sledované období. Rozdíly v rychlosti nárůstu ošetrovatelské náročnosti mezi jednotlivými typy postaktuní péče nejsou sledovány diferencovaným nárůstem personálního obsazení pro konkrétní typy péče.



**Tabulka 5** Vývoj podílu kategorizovaných dnů v kategorii 3-5 na celkovém počtu kategorizovaných dnů v postakutní péči v letech 2004-2013

Zařízení	Sledovaný rok									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fakultní nemocnice (oddělení 89 a 90)*	59%	61%	74%	88%	94%	89%	80%	78%	76%	72%
Nemocnice (oddělení 89 a 90)*	41%	50%	54%	64%	74%	76%	79%	82%	82%	82%
Nemocnice následné péče	22%	37%	44%	54%	67%	71%	76%	76%	78%	80%
Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	47%	43%	48%	62%	78%	79%	82%	84%	83%	86%
Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)	18%	15%	20%	25%	25%	27%	31%	33%	21%	34%
Psychiatrická léčebna	84%	74%	75%	66%	68%	69%	71%	74%	75%	78%
Rehabilitační ústav	12%	18%	16%	16%	18%	18%	18%	19%	19%	24%
Ostatní odborné léčebné ústavy	24%	32%	33%	30%	44%	43%	36%	36%	33%	35%
Dětská psychiatrická léčebna	0%	89%	89%	98%	97%	97%	96%	96%	97%	95%
Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	22%	24%	19%	18%	23%	22%	20%	22%	19%	26%
Hospic	99%	99%	96%	97%	96%	98%	97%	96%	99%	100%
Další lůžkové zařízení	0%	42%	16%	7%	8%	6%	6%	7%	0%	0%

ZDROJ: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

\* Pozn.: 89 (ošetřovat. péče), 90 (Dlouhodobá intenzivní ošetř. péče)

Kategorie pacienta se vykazuje u všech hospitalizovaných pacientů za každý den hospitalizace kromě dne ukončení hospitalizace.

*Kategorie 3 = pacient vyžadující zvýšený dohled* - lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje téměř úplnou obsluhu, psychicky alterovaný pacient nebo pacient vykazující středně těžké příznaky duševní poruchy vyžadující zvýšený dohled, případně přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění dítě od 2 do 6 let.

*Kategorie 4 = pacient imobilní* - lucidní, zcela imobilní pacient, případně inkontinentní, vyžaduje ošetřovatelskou pomoc při všech úkonech, pacient vykazující příznaky závažné duševní poruchy vyžadující omezení pohybu a farmakologické zklidnění dítěte do 2 let věku.

*Kategorie 5 = pacient v bezvědomí - pacient je v bezvědomí, případně v deliriózním stavu, pacient vykazující příznaky těžké duševní poruchy, nebezpečný sobě či okolí, vyžadující trvalý ošetrovatelský dohled, případně použití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče.*

**Tabulka 6** Počet vykázaných ošetrovacích dnů podle typů a kategorie pacienta

Rok 2013	Název	Kategorie pacienta					Celkový součet řádků	
		1	2	3	4	5		
Typ ošetrovacího dne	5	Ošetrovatelská lůžka	8 165	74 296	342 897	347 137	8 826	<b>781 321</b>
	21	Psychiatrické ústavy	279 117	244 432	905 883	541 609	76 115	<b>2 047 156</b>
	22	Rehabilitační ústavy	128 976	181 827	114 687	49 443	521	<b>475 454</b>
	23	Ústavy pneumologie a ftizeologie	24 714	73 261	43 397	13 994	256	<b>155 622</b>
	24	Ostatní léčebné ústavy (LDN)	33 261	314 715	1 239 226	1 123 930	26 040	<b>2 737 172</b>
	25	Rehabilitační spinální ústavy	74	2 386	8 027	9 418	0	<b>19 905</b>
	26	Dětské psychiatrické ústavy	48	976	24 108	10 601	21 539	<b>57 272</b>
	27	Dětské rehabilitační ústavy	2 328	2 726	3 148	4 208	54	<b>12 464</b>
	28	Dětské pneumologické ústavy	866	1 675	3 542	108	0	<b>6 191</b>
	29	Ostatní dětské léčebné ústavy	15 904	12 868	11 995	716	0	<b>41 483</b>
<b>Celkový součet sloupců:</b>			<b>493 453</b>	<b>909 162</b>	<b>2 696 910</b>	<b>2 101 164</b>	<b>133 351</b>	<b>6 334 040</b>

ZDROJ: data VZP/MZ

Z tabulky je patrné, že nejčastěji vykazované kategorie pacienta jsou kategorie 3 a 4, které dohromady tvoří více jak tři čtvrtiny celkového počtu OD, což ukazuje extrémní podíl náročnosti ošetrovatelské péče. Co se týče druhů OD, nejčastěji vykazovanými druhy jsou 00021 (Psychiatrie) a 00024 (LDN), kterých bylo v roce 2013 vykázáno více než dva miliony. Počty vykázaných OD zdravotním pojišťovněm jsou přímým ukazatelem spotřeby následné (00021-00030) péče a péče ošetrovatelské (0005), přičemž péče OD 0005 je ve smyslu zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách

definována jako péče dlouhodobá. Výše uvedená tabulka dokladuje, že současná spotřeba postakutní péče je pouze z 12% tvořena péčí dlouhodobou, ostatní lůžková kapacita segmentu postakutní péče je rozdělena mezi jednotlivé typy péče následné, vyjma lůžní.

**Tabulka 7 Počty pojištěnců (UOP) podle OD (2010-2013) – VZP**

Kód	Sledovaný rok			
	2010	2011	2012	2013
<b>00005</b>	13 715	13 419	14 046	14 869
<b>00021</b>	25 428	25 707	24 872	24 214
<b>00022</b>	17 315	17 324	14 948	13 640
<b>00023</b>	4 396	4 241	3 916	3 779
<b>00024</b>	51 023	51 673	51 932	52 334
<b>00025</b>	260	316	271	267
<b>00026</b>	918	930	866	876
<b>00027</b>	386	366	354	327
<b>00028</b>	285	293	240	231
<b>00029</b>	1 522	1 747	1 453	1 476
<b>Celkový součet</b>	<b>115 248</b>	<b>116 016</b>	<b>112 898</b>	<b>112 013</b>

ZDROJ: data VZP/MZ

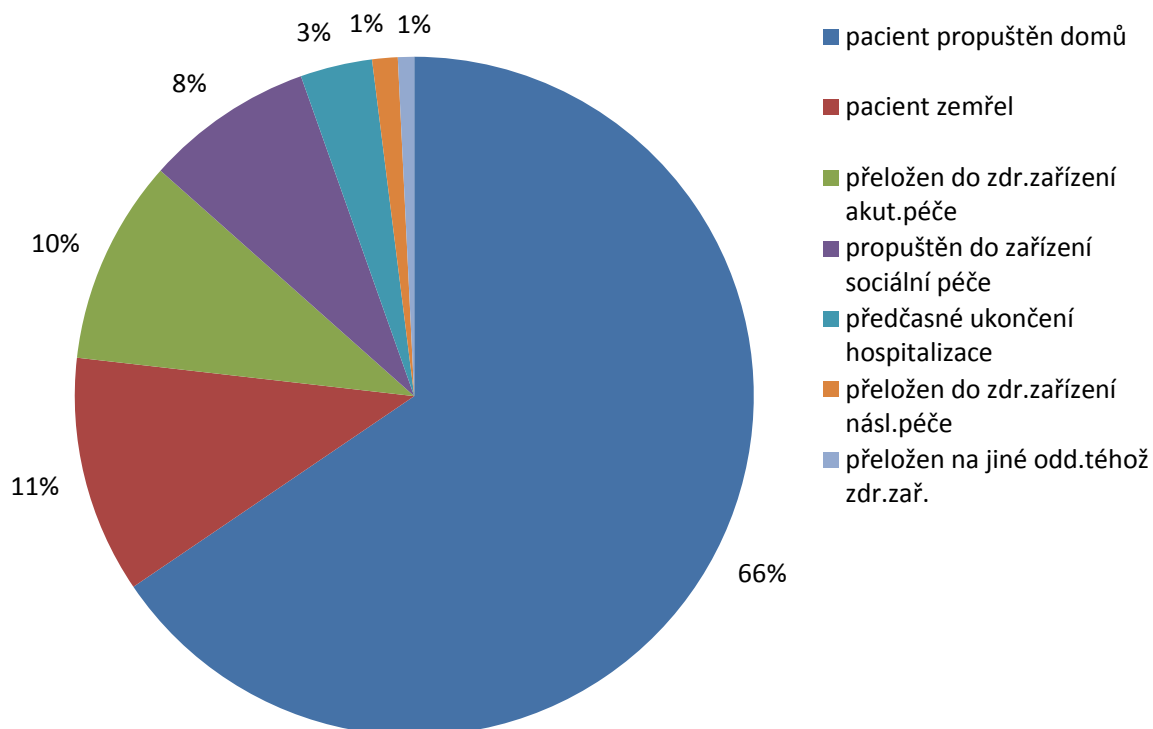
UOP - počet unikátních pojištěnců v této kombinaci

OD - počet ošetřovacích dnů v této kombinaci

Za období sledovaných 4 let (2010-2013) se nemění celkové počty pacientů na lůžkách následné a dlouhodobé péče. Rozložení pacientů v lůžkové části segmentu následné, dlouhodobé a domácí péče zůstává taktéž beze změny. Pacienti zdravotních služeb dlouhodobé lůžkové péče tvoří 12 až 13 % ošetřených nemocných z celého segmentu následné, dlouhodobé a domácí péče, vyjma lůžní.

Z hlediska mobility mezi postakutní a akutní péčí a návaznosti sociálních služeb a podpory v domácím prostředí prostřednictvím domácí péče a terénních a ambulantních sociálních služeb je důležitý vývoj pacientů postakutní péče z hlediska struktury ukončení případů hospitalizace.

**Obrázek 4** Struktura ukončení případů hospitalizace v následné a dlouhodobé péči



ZDROJ: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných

Pozn.: Zahrnuje druhy zařízení: 105-Nemocnice následné péče; 110-Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN); 111-Léčebna tuberkul. a respir.nemocí (TRN); 112-Psychiatrická léčebna; 113-Rehabilitační ústav; 119-Ostatní odborné léčebné ústavy; 122-Dětská psychiatrická léčebna; 129-Ostatní dětské odborné léčebné ústavy; 180-Hospic; 190-Další lůžkové zařízení;

Z lůžkové části segmentu postakutní péče, která tvoří 25 % celkové lůžkové kapacity zdravotního systému, odchází do domácího prostředí cestou propouštění z hospitalizace 66 % pacientů s různým rozsahem polymorbidity, polypragmatie a s různým stupněm disability. Tito nemocní setrvávají dále ve zdravotní péči ambulantních lékařů a agentur domácí péče a v různých časových intervalech opětovně využívají péči zdravotní lůžkovou. Navíc v době svého pobytu v domácím prostředí čerpají dostupnou péči sociálního systému v závislosti na stupni disability. S populačním nárůstem vysokověkých seniorů a zvyšující se kvalitou postakutní péče bude postupně přibývat pacientů s polymorbiditou a disabilitou, léčených v domácím prostředí. V soulase s tímto vývojem bude narůstat i potřeba zejména terénních sociálních služeb.

**Tabulka 8** Vývoj hospitalizací ve zdravotnických zařízeních poskytovatelů lůžkové péče v letech 2004 až 2013

Rok	2005	2007	2009	2011	2013
<b>Kód a Druh zařízení Fakultní nemocnice (pouze oddělení a pracoviště 89 a 90)</b>					
Počet případů hospitalizace	1923	1864	2262	2012	1669
Průměrná ošetrovací doba (dny)	45,7	44,2	43,8	49,7	55,9
Průměrný denní stav pacientů	240,9	225,6	271,6	274,1	255,8
Podíl kategorizovaných dnů	57%	76%	75%	61%	56%
z toho podíl dnů v kategorii 3-5	61%	88%	89%	78%	72%
<b>Kód a Druh zařízení Nemocnice (pouze oddělení a pracoviště 89 a 90)</b>					
Počet případů hospitalizace	28457	29533	31259	31994	33471
Průměrná ošetrovací doba (dny)	38,6	37,2	36,6	37,6	37,9
Průměrný denní stav pacientů	3007,5	3007,5	3134,0	3294,7	3472,6
Podíl kategorizovaných dnů	77%	93%	96%	97%	95%
z toho podíl dnů v kategorii 3-5	50%	64%	76%	82%	82%
<b>Kód a Druh zařízení Nemocnice následné péče</b>					
Počet případů hospitalizace	13051	13479	13510	14720	14898
Průměrná ošetrovací doba (dny)	54,2	56,5	53,8	54,0	55,0
Průměrný denní stav pacientů	1937,3	2086,5	1990,3	2178,0	2246,3
Podíl kategorizovaných dnů	36%	48%	59%	60%	69%
z toho podíl dnů v kategorii 3-5	37%	54%	71%	76%	80%
<b>Kód a Druh zařízení Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)</b>					
Počet případů hospitalizace	36333	35763	37303	40279	43808
Průměrná ošetrovací doba (dny)	60,3	63,1	55,6	56,1	49,4
Průměrný denní stav pacientů	5999,9	6179,3	5681,3	6191,7	5923,1
Podíl kategorizovaných dnů	63%	72%	82%	81%	77%
z toho podíl dnů v kategorii 3-5	43%	62%	79%	84%	86%
<b>Kód a Druh zařízení Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)</b>					
Počet případů hospitalizace	7510	6459	5386	4821	4181
Průměrná ošetrovací doba (dny)	36,4	41,8	41,0	40,1	38,8
Průměrný denní stav pacientů	749,0	739,9	605,7	529,2	443,9
Podíl kategorizovaných dnů	69%	44%	49%	49%	46%
z toho podíl dnů v kategorii 3-5	15%	25%	27%	33%	34%
<b>Kód a Druh zařízení Psychiatrická léčebna</b>					
Počet případů hospitalizace	40541	37896	38182	39768	39543
Průměrná ošetrovací doba (dny)	85,6	81,6	84,0	84,8	79,0
Průměrný denní stav pacientů	9507,2	8477,2	8784,1	9244,2	8561,5
Podíl kategorizovaných dnů	58%	75%	84%	90%	99%
z toho podíl dnů v kategorii 3-5	74%	66%	69%	74%	78%
<b>Kód a Druh zařízení Rehabilitační ústav</b>					
Počet případů hospitalizace	9058	9343	10131	10625	8796
Průměrná ošetrovací doba (dny)	36,2	37,4	38,5	39,1	44,4
Průměrný denní stav pacientů	897,4	958,2	1068,3	1138,4	1069,7
Podíl kategorizovaných dnů	73%	78%	73%	72%	84%
z toho podíl dnů v kategorii 3-5	18%	16%	18%	19%	24%

## 7 Domácí péče

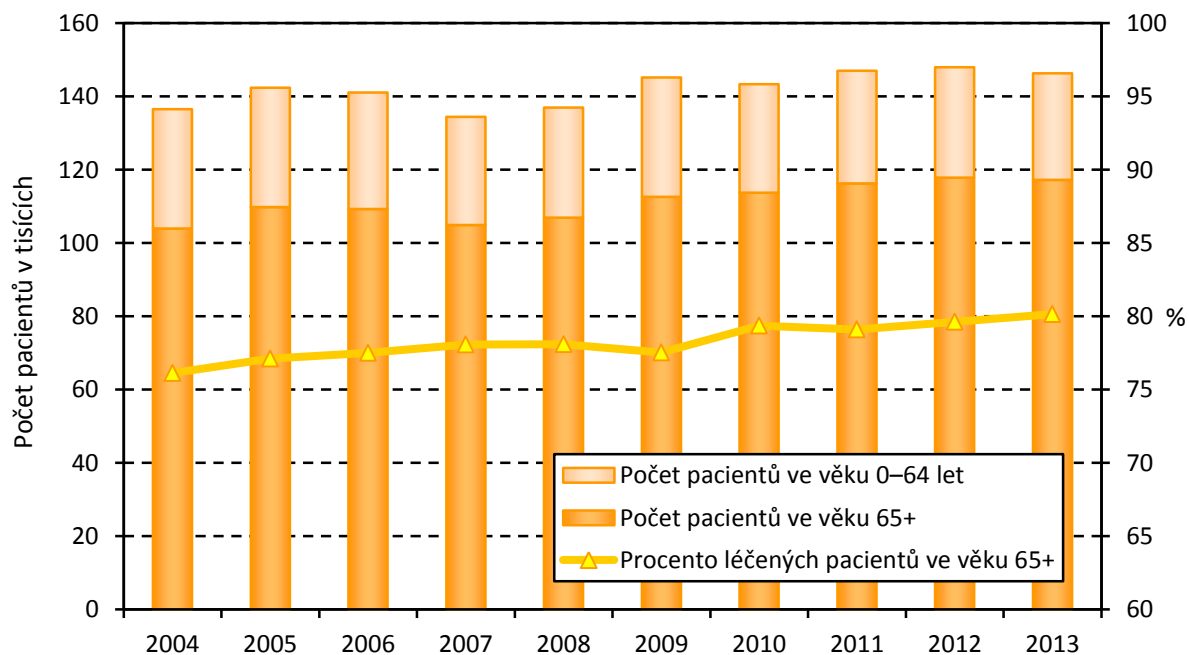
Síť pracovišť domácí zdravotní péče začala být v České republice budována po roce 1990. Přibližně od roku 2005 lze pozorovat stabilizaci sítě i rozsahu činnosti domácí zdravotní péče, přičemž přetrvávají výrazné rozdíly mezi jednotlivými kraji.

Poskytování domácí zdravotní péče umožňuje zkrácení pobytu pacienta na akutním nemocničním lůžku, jeho dřívější propuštění a doléčení v psychicky příznivějším domácím prostředí. V posledních letech je nevyhlášeným pacientům poskytována v rodinném prostředí i hospicová péče.

Koncem roku 2013 poskytovalo v České republice domácí zdravotní péči (DZP) 496 pracovišť, z nichž 440 odevzdalo výkaz (89 %). Služby domácí zdravotní péče zajišťovalo dle odevzdaných výkazů DZP (jedná se o průměrné roční přepočtené počty na plné úvazky, včetně smluvních pracovníků) 10,4 lékařů, 68,6 fyzioterapeutů, 2 455,4 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (ZPBD) a 113,1 ostatních odborných pracovníků. Všeobecné sestry se specializací tvořily 51 % ZPBD.

Služeb domácí zdravotní péče využilo v roce 2013 více než 146 tisíc pacientů, z toho 80 % jich bylo ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny (63 %) tvořily ženy. Praktickým lékařem byla domácí zdravotní péče indikována u více než 150 tisíc pacientů a ošetřujícím lékařem při ukončení hospitalizace u zhruba 28 tisíc pacientů. Z celkového počtu pacientů DZP představovali chroničtí pacienti 84 %. Domácí hospicová péče byla poskytována 6 279 pacientům.

**Obrázek 5** Vývoj počtu pacientů domácí zdravotní péče v letech 2004-2013

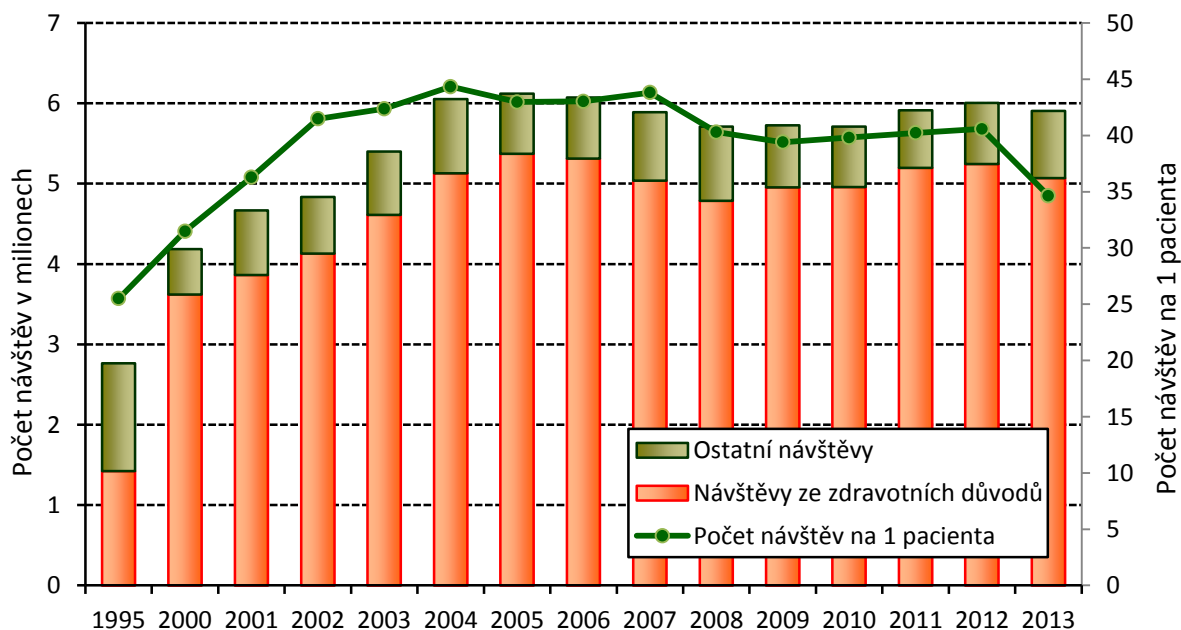


ZDROJ: ÚZIS ČR, Síť zdravotnických zařízení 2013

V České republice připadalo v průměru 65 pacientů DZP ve věku 65 let a více na 1 000 obyvatel ve stejném věku, tj. příjemcem DZP bylo v průměru přibližně 6,5 % seniorů. Nejvyšší byl tento poměr v Pardubickém (106) a Ústeckém kraji (102) a naopak nejnižší v kraji Vysočina (32) a Hl. městě Praze (44).

V roce 2013 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče u svých pacientů celkem 5,9 milionů návštěv, z nichž v 85,8 % případů bylo pacientům provedeno pouze zdravotní ošetření. Na 1 zdravotnického pracovníka nelékaře (ZPBD) připadalo v průměru 6,6 návštěv denně (v jednotlivých krajích činilo rozpětí od 4,4–9,4 návštěv; nejméně v Kraji Vysočina a ve Středočeském kraji, nejvíce v Ústeckém a Karlovarském kraji), na 1 pacienta připadlo pak v průměru 40,4 návštěv za rok (v jednotlivých krajích mezi 27,1–68,6 návštěvami).

**Obrázek 6** Vývoj počtu návštěv domácí zdravotní péče v letech 1995-2013



ZDROJ: ÚZIS ČR, Síť zdravotnických zařízení 2013

U pacientů bylo pracovníky domácí zdravotní péče provedeno celkem 10,5 milionu výkonů, z nichž 96 % bylo hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Z celkového počtu 406,4 tisíc výkonů nehrazených zdravotními pojišťovnami bylo 1,5 % zdravotních výkonů, ostatní výkony se týkaly sociální péče, částečně nebo plně hrazené pacientem. Z celkového počtu všech výkonů jich bylo 55 % provedeno u imobilních pacientů (ÚZIS, Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013).

Výše uváděná statistická data vývoje lůžkového fondu následné a dlouhodobé péče v globálním součtu reprezentují současnou celkovou kapacitu postakutní péče vyjma lůžní. Sběr dat a zpracování vycházejí z metodiky období před platností zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách. Důsledkem je ne zcela přesné přiřazení sledovaných skupin zdravotnických zařízení ke konkrétním formám zdravotních služeb dle zmiňovaného zákona (lůžková následná, lůžková dlouhodobá). Z tohoto důvodů nelze přesně určit aktuální kapacitu jednotlivých konkrétních forem péče (následné a dlouhodobé) dle zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a postavit na těchto statistických datech predikci budoucí potřebné kapacity segmentu následné, dlouhodobé a domácí péče.



## 8 Navrhovaná řešení

Tato část obsahuje tři klíčové priority, resp. oblasti akčního plánu, které jsou rozpracovány do konkrétních projektů. Na zpracování a plnění každého projektu se v navrhovaném časovém úseku budou podílet uvedení gestoři plnění a to s ohledem na stávající situaci, plánovaný cílový stav a bude zohledněna také udržitelnost navrhovaných změn.

Náklady jednotlivých aktivit jsou uvedené na základě zkušeností předkladatele materiálu a tyto náklady budou následně konkretizovány při vlastním zpracování každého jednotlivého projektu. U každé navrhované aktivity je uveden indikátor plnění dle charakteru plánované aktivity, a pokud je to možné, měřitelný. Plněním jednotlivých indikátorů lze zároveň sledovat plnění cílů Zdraví 2020.

### 8.1 Kontinuální zvyšování kvality následné, dlouhodobé a domácí péče

#### 8.1.1 Datová základna následné, dlouhodobé a domácí péče a analýza dat

##### 8.1.1.1 stanovení metodiky sběru a vytěžování dat v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) vč. zpracování návrhu na přijetí vytipovaného mezinárodního benchmarkingu

<b>Popis:</b> Výsledky aktivity by měly sloužit ke strategickému plánování segmentu následné, dlouhodobé a domácí péče. Rozsah metodiky a sběru dat by měl postihovat informace o rozložení jednotlivých typů následné, dlouhodobé a domácí péče, jejich kvalitě, nabídce a lokální poptávce.
<b>Gestor plnění:</b> ÚZIS, sekce zdravotní péče MZ/ odbor zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny
<b>Časový harmonogram:</b> 5 měsíců
<b>Indikátor plnění:</b> relevantní data
<b>Náklady:</b> 280 tis. Kč v případě nutnosti dočasného personálního navýšení ze strany ÚZIS (vzhledem k realizaci aktivit dalších akčních plánů); o prioritách plnění aktivit

jednotlivých akčních plánů rozhodne vedení MZ

**8.1.1.2 vytvoření databáze/ internetového portálu s informacemi o poskytovatelích následné, dlouhodobé a domácí péči obsahující data o kvalitě, dostupnosti a efektivitě daného pracoviště a výběrově přístupný laické i odborné veřejnosti**

**Popis:** Cílem databáze / internetového portálu je soustředění dat o lůžkové následné a dlouhodobé péči a o domácí péči odděleně pro odbornou a laickou veřejnost. Soustředěná a relevantní data by poskytla a zlepšila informovanost o dostupnosti, kvalitě a efektivitě poskytovaných služeb v ČR laiků i odborníků a současně by byla databází pro strategické plánování tohoto segmentu péče, apod.

**Gestor plnění:** sekce zdravotní péče MZ ve spolupráci s týmem akčního plánu elektronizace zdravotnictví

**Časový harmonogram:** 3 měsíce

**Indikátor plnění:** databáze / internetový portál

**Náklady:** 50 tis. Kč

**8.1.2 Aktualizace vyhlášek pro poskytovatele následné, dlouhodobé a domácí péče (č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče)**

**8.1.2.1 aktualizace znění příslušných vyhlášek v rozšířeném rozsahu tak, aby také zajistily vyrovnání rozdílů kvality pobytových služeb s akutní péčí; připravit návrh znění příslušných vyhlášek**

**Popis:** Cílem aktivity je zajistit požadovanou kvalitu péče. Současné požadavky na

kvalitu péče v segmentu převyšují možnosti stávajícího personálního a technického vybavení segmentu.
<b>Gestor plnění:</b> sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ ve spolupráci s pracovní skupinou pro přípravu návrhu novely vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
<b>Časový harmonogram:</b> 8 měsíců
<b>Indikátor plnění:</b> novela vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, novela vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
<b>Náklady:</b> bude hrazeno z interních zdrojů

#### 8.1.2.2 zpracování plánu komunikace změn směrem k poskytovatelům následné, dlouhodobé a domácí péče a návrhu postupného prosazování přijatých změn (mediální kampaň)

<b>Popis:</b> Zpracování plánu komunikace a plánu prosazování změn je nezbytnou podmínkou řízené diskuse a managementu změny.
<b>Gestor plnění:</b> sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb a externí dodavatel ve spolupráci s odbornými společnostmi
<b>Časový harmonogram:</b> 2 měsíce
<b>Indikátor plnění:</b> navýšení počtu certifikovaných poskytovatelů následné, dlouhodobé a domácí péče
<b>Náklady:</b> 80 tis. Kč

**8.1.3 Postupné vyrovnání rozdílů kvality pobytových služeb s akutní péčí -  
nalézt a realizovat způsob finanční podpory zařízení následné,  
dlouhodobé a domácí péče**

**8.1.3.1 Vytvoření metodického orgánu pro hodnocení propojení zařízení následné, dlouhodobé a domácí péče na regionální úrovni a účelné rozdělování prostředků na základě ověřených projektů**

Popis: Aktivita má vést k vytvoření analýzy pro transparentní přehled existujících zařízení následné, dlouhodobé a domácí péče, jejich fungování a naplňování zákonných norem a povinností včetně fyzického ověřování stavu a jeho vybavení pracovníky MZ. Hodnocení propojení těchto zařízení na regionální úrovni s ohledem na dobrou dostupnost a účelné využívání v rámci ČR. Rozdělování prostředků na základě projektů předkládaných těmito zařízeními.

Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ, sekce ekonomiky a přímo řízených organizací MZ, ve spolupráci s odbornými společnostmi

Časový harmonogram: průběžně

Indikátor plnění: funkční systém podpory

Náklady: 320 000 tis. Kč

**8.1.4 Motivace poskytovatele následné, dlouhodobé a domácí péče  
ke kontinuálnímu zvyšování kvality**

**8.1.4.1 zpracování návrhu způsobů neekonomické motivace poskytovatelů následné, dlouhodobé a domácí péče ke kontinuálnímu zvyšování kvality**

Popis: V současných podmínkách a při platné legislativní úpravě jsou regulátorem kvality vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče., vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci a č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.. Ty zajišťují základní podmínky k provozování

zdravotnického zařízení. Zpracování návrhů neekonomické motivace zvyšování kvality by mělo nastavit konkurenční prostředí v segmentu nejen na úrovni odborné, ale i v oblasti komunikace, v organizaci služeb, inovativních přístupech péče o pacienty. Důsledkem by mělo být i větší přiblížení poskytovaných služeb potřebám pacientů při zachování vysoké odbornosti.

Uvedená aktivita bude zahrnovat průzkum a analýzu stávajícího přístupu poskytovatelů k zachování a zvyšování kvality poskytovaných služeb, nastavených podmínek ze strany zdravotních pojišťoven a dalších dotčených subjektů vč. osobních návštěv vybraných reprezentačních zařízení. Dále vypracování podrobného doporučení na změnu stávajícího stavu a návodu pro poskytovatele jaké kroky provádět, aby se zvýšila spokojenost jak poskytovatelů a jejich zaměstnanců, tak pacientů při poskytování zdravotních služeb.

Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ, externí dodavatel, ve spolupráci s odbornými společnostmi

Časový harmonogram: 4 měsíce

Indikátor plnění: seznam způsobů neekonomické motivace a návrhy jejich prosazení

Náklady: 200 tis. Kč

#### **8.1.4.2 stanovení pravidel pro externí certifikaci jednotlivých typů péče v oblasti následné, dlouhodobé a domácí péče a stanovení a implementace finančních bonusů za nepovinné externí hodnocení kvality**

Popis: Aktivita zajistí odbornou kvalitu služeb v segmentu a sjednotí dosud velmi heterogenní skupiny poskytovatelů následné, dlouhodobé a domácí péče v jednotlivých oborech napříč ČR. Certifikovaná pracoviště, poskytující stejný rozsah a typ služeb, by měla poskytovat tyto služby ve stejné kvalitě kdekoliv v ČR. Certifikace zajistí nadstandardní kvalitu služeb, která by měla být promítnuta do úhrady služby.

Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce ochrany a podpory veřejného zdraví MZ, sekce zdravotního pojištění MZ, zdravotní pojišťovny

Časový harmonogram: 5 měsíců

Indikátor plnění: vznik pravidel pro externí certifikace poskytovatelů následné, dlouhodobé a domácí péče a návrh způsobů bonifikace

Náklady: bude hrazeno z interních zdrojů

### *8.1.5 Stabilizace personálu v následné, dlouhodobé a domácí péči*

#### **8.1.5.1 zpracování plánu dlouhodobé medializace následné, dlouhodobé a domácí péče (horizont min. 10 let) pro laickou i odbornou veřejnost o hlavních aspektech následné, dlouhodobé a domácí péče a o jejich možnostech a významu a následně realizace úvodní mediální kampaně**

Popis: Cílem aktivity je zvýšit informovanost veřejnosti o postavení a úloze následné, dlouhodobé a domácí péče v systému zdravotních služeb, a tím pomoci povýšit dosud velmi nízkou prestiž některých typů zdravotních služeb v segmentu. Cílem je zlepšit spolupráci a komunikaci mezi poskytovateli a spotřebiteli služeb, zvýšit důvěru v odbornost zdravotních služeb v segmentu.

V rámci aktivity bude zpracován plán dlouhodobé medializace následné, dlouhodobé a domácí péče v horizontu 10ti let, vycházející ze současných podmínek. K tomu budou využita data z aktivity 8.1.1.1. Dále bude poté realizována úvodní mediální kampaň.

Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, ve spolupráci s odbornými společnostmi

Časový harmonogram: 12 měsíců

Indikátor plnění: existující plán a výstupy kampaně

Náklady: 360 tis. Kč

**8.1.5.2 zavedení povinných podpůrných forem vzdělávání zdravotnických pracovníků v následné, dlouhodobé a domácí péči (supervize apod.) vč. udržitelné specifikace finančních zdrojů a následná realizace úvodních kurzů (ověření formou pilotního projektu)**

<p>Popis: Aktivita má značnou důležitost pro zlepšení komunikačních schopností zdravotnických pracovníků služeb následné, dlouhodobé a domácí péči, čím se povýší kvalita poskytovaných služeb. Pomůže v identifikaci syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků poskytovatele zdravotních služeb a nastavení včasné prevence i terapie.</p> <p>Cílem aktivity je vytipovat a navrhnout na základě dat z aktivity 8.1.1.1 vhodné podpůrné formy vzdělávání zdravotnických pracovníků v následné, dlouhodobé a domácí péči a v rámci pilotního projektu zrealizovat úvodní kurzy pro vybraný vzorek účastníků.</p>
<p>Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb ve spolupráci s odborem vědy a lékařských povolání a odborem ošetřovatelství a nelékařských povolání, sekce zdravotního pojištění MZ, IPVZ, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny</p>
<p>Časový harmonogram: průběžně</p>
<p>Indikátor plnění: plán vzdělávání</p>
<p>Náklady: 4 320 tis. Kč</p>

**8.1.5.3 zvýšení kvality i rozsahu vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v oblasti geriatrické a dlouhodobé péče (1-2 roky krátkodobý cíl - kurz geriatrické společnosti; dlouhodobý cíl - zařadit do povinných osnov v rámci pregraduálního studia) (krátkodobý cíl ověřit formou pilotního projektu)**

<p>Popis: Vzhledem k tomu, že převážná většina pacientů lůžkové i ambulantní následné i dlouhodobé péče jsou senioři a jejich počet, především vysokověkých seniorů, bude narůstat, je nezbytné, aby vedoucí pracovníci lékařských i nelékařských profesí byli</p>
--

<p>vyškolení v dopadech stárnutí na zdraví a funkční schopnosti, a aby byli proškoleni zejména pak s věkem narůstajícím interakčním potenciálem léků (rehospitalizace pro lékové interakce tvoří 25-30% hospitalizací seniorů ve vyšším věku, přičemž z toho 60% se dá předejít dobrými znalostmi geriatrické a geriatrické farmakoterapie).</p> <p>Cílem aktivity je navrhnout na základě dat z aktivity 8.1.1.1 kurz geriatrické společnosti a poskytnout v rámci pilotního projektu vzdělání v oblasti geriatrické a dlouhodobé péče zdravotnickým pracovníkům v následné, dlouhodobé a domácí péči. Dalším krokem bude navrhnout a do povinných osnov pregraduálního studia zavést vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v oblasti geriatrické a dlouhodobé péče.</p>
<p>Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb ve spolupráci s odborem vědy a lékařských povolání a odborem ošetrovatelství a nelékařských povolání, IPVZ, odborné společnosti</p>
<p>Časový harmonogram: 36 měsíců</p>
<p>Indikátor plnění: vznik akreditovaného kurzu v geriatrické, plán vzdělávání v oboru geriatrické</p>
<p>Náklady: 2 000 tis. Kč</p>

### 8.1.6 Zavedení nových standardů služeb v následné, dlouhodobé a domácí péči

#### **8.1.6.1 aktualizace a inovace odborných standardů následné, dlouhodobé a domácí péče vč. určení periodicity aktualizací**

<p>Popis: aktualizovat a inovovat odborné standardy s ohledem na cíle následné a dlouhodobé péče, tj. především zachování funkčního zdraví a prodloužení délky pobytu v domácím prostředí, odborné standardy s tímto cílem rozšířit i do ostatních profesních odborností než jen ošetrovatelství.</p>
<p>Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, odborné společnosti</p>
<p>Časový harmonogram: 24 měsíců</p>
<p>Indikátor plnění: vznik nových standardů</p>



Náklady: bude hrazeno z interních zdrojů

## **8.2 Zlepšení dostupnosti indikované následné, dlouhodobé a domácí péče v souladu s demografickým vývojem populace**

### **8.2.1 Definice pravidel pro přijetí a setrvání v systému následné, dlouhodobé a domácí péče**

#### **8.2.1.1 změna definice následné, dlouhodobé a domácí péče v platné právní úpravě**

Popis: Je nezbytné upravit základní definice, které budou odpovídat současné denní praxi ve smyslu zpřesnění definic a rozsahu poskytovaných služeb. Do segmentu následné, dlouhodobé a domácí péče smysluplně začlenit oblast lázeňství, které svými jednoznačnými indikačními podmínkami (indikační seznam), možnostmi úhrad za služby i možnostmi a způsoby čerpání služeb tvoří výjimku v segmentu následné lůžkové péče.

Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ, sekce legislativy a práva MZ, odborné společnosti

Časový harmonogram: 15 měsíců

Indikátor plnění: novela zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a souvisejících právních předpisů

Náklady: bude hrazeno z vnitřních zdrojů; v případě řešení v rámci pracovní skupiny, kterou určí vedení MZ, jsou možné náklady na proplacení cestovních výdajů externím členům pracovní skupiny nebo proplacení zpracování návrhů znění zákona, to vše bude řešeno následně po rozhodnutí vedení MZ a dle platného statutu a jednacího řádu určené pracovní skupiny

### **8.2.1.2 zpracování návrhu pravidel pro přijetí a setrvání v systému následné, dlouhodobé a domácí péče vč. ohodnocení rozsahu odborné práce, nákladovosti apod. (formou pilotního projektu)**

<p>Popis: Cílem aktivity je zpřesnit indikace do jednotlivých typů zdravotních zařízení následné a dlouhodobé péče podle aktuálních funkčních schopností pacienta a podle potřebného rozsahu péče, nutné k dosažení stabilizace a zlepšení funkčního i zdravotního stavu léčených. Poskytovaná péče bude více individualizovaná pro konkrétní postižení / funkční handicap a bude poskytována v rozsahu a náročnosti odpovídající možnostem a schopnostem pacienta. Systém umožní snadnou kontrolu rozsahu poskytované péče a její dopad na zlepšení celkového stavu nemocného pro spotřebitele, poskytovatele i plátce služeb.</p> <p>Aktivita bude plněna formou pilotního projektu po dohodě se zúčastněnými stranami.</p>
<p>Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ, sekce legislativy a práva MZ, odborné společnosti</p>
<p>Časový harmonogram: 12 měsíců</p>
<p>Indikátor plnění: pravidla pro přijetí a setrvání v systému následné, dlouhodobé a domácí péče</p>
<p>Náklady: 720 tis. Kč</p>

### **8.2.1.3 zpracování návrhu návaznosti zdravotních a sociálních služeb v následné, dlouhodobé a domácí péči v souladu s novými pravidly pro přijetí a setrvání v systému následné, dlouhodobé a domácí péče**

<p>Popis: Cílem je rozpracovat pozici geriatrické sestry (komunitní sestry), která by prováděla depistáž a byla by kompetentní v oblasti komplexního geriatrického hodnocení pacienta v domácím prostředí a poté v předávání informací o potřebách pacienta a v koordinaci péče mezi relevantními subjekty v regionu. Dále je cílem zpřesnit úlohu sociálních pracovníků ve zdravotních zařízeních a jejich přesah do ambulantních služeb a na obce (odbory sociálních věcí, úřady práce), nastavit základní směry návaznosti a koordinace zdravotní péče při přestupu pacienta z lůžkové péče do</p>
---

ambulantní péče a nastavit základní pravidla pro předávání informací mezi zdravotním a sociálním systémem. Posílit pozici zdravotních sester v pobytových sociálních službách, ekonomicky vyrovnat hodnotu jejich práce
Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ, sekce legislativy a práva MZ, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, MPSV
Časový harmonogram: 15 měsíců
Indikátor plnění: návrh návaznosti zdravotních a sociálních služeb v následné, dlouhodobé a domácí péči
Náklady: bude hrazeno z interních zdrojů

## 8.2.2 Optimální síť poskytovatelů následné, dlouhodobé a domácí péče

### **8.2.2.1 příprava kapacitní dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče vč. možnosti měnit nastavené parametry podle aktuální situace**

Popis: Cílem aktivity je reagovat na aktuální potřeby následné, dlouhodobé a domácí péče v regionech na základě dostupných dat, v závislosti na demografickém vývoji a nemocnosti populace. Nabídka služeb následné, dlouhodobé a domácí péče by měla rovnoměrně pokrýt celou ČR.
Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ, sekce legislativy a práva MZ, sekce strategií MZ/odbor informatiky, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny
Časový harmonogram: 10 měsíců
Indikátor plnění: nová vyhláška o dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče
Náklady: 400 tis. Kč (nákup modernějšího software na zobrazení kapacitní dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče)

### **8.2.2.2 zavedení vhodných nástrojů asistovaného života vč. nastavení systémů finančních podpory (formou pilotního projektu)**

Popis: Pro současnou i budoucí generaci je zavedení vhodných nástrojů asistovaného života nezbytným prvkem spoluúčasti na péči a léčbě ve vlastním sociálním prostředí (např. selfmonitoring). Jedná se např. o rozšíření nabídky léčebných služeb (např. terapeutické skupiny a telekonference s terapeutem, s lékařem), screeningové metody (např. monitoring kognitivních poruch), pro poskytovatele těchto služeb by měla fungovat snadnější dostupnost informací při propojení se systémem užívaným v lékárnách i možnost přesného monitoringu spotřeby léků, možnost vydávání chronicky předepisovaného léku v lékárně bez předpisu v případě nouze pacienta (služební cesta, dovolená apod.).
Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ, sekce legislativy a práva MZ, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, Svaz měst a obcí
Časový harmonogram: 24 měsíců
Indikátor plnění: návrh systému podpory asistovaného života (výstup pilotního projektu)
Náklady: 3 360 tis. Kč

### ***8.2.3 Zvýšení pozitivního vnímání následné, dlouhodobé a domácí péče ve všech jejích formách laickou i odbornou veřejností***

#### **8.2.3.1 podpora informovanosti laické veřejnosti o regionální dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče a cílená zdravotní osvěta veřejnosti týkající se následné, dlouhodobé a domácí péče (mediální kampaň a osvětové akce pro veřejnost)**

Popis: Aktivita by měla pomoci vyjasnit roli následné, dlouhodobé a domácí péče, její možnosti a úlohu při uzdravení pacientů a udržování jejich funkčního zdraví a také význam neformální rodinné péče. Tím se může předejít nepochopení ze strany pacientů, více rodinných příslušníků a jejich tlaku na zaměstnance zdravotního zařízení
---

k zajištění medicínsky nedosažitelného (např. k indikaci některých typů služeb, zejména rehabilitace u pacientů bez zachovalých funkčních schopností a zdravotních předpokladů tuto léčbu absolvovat); sociální rehabilitace a adaptace na přítomnost funkčního postižení a podpora v pozitivním přístupu k využití zbylého funkčního potenciálu pacienta ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky (zejm. fyzioterapeuty a ergoterapeuty). Aktivita má proto také přesah k aktivitě stabilizace personálu a měla by navázat na celonárodní kampaň, která přispěje též k sociálnímu začlenění lidí s postižením a ke společenské podpoře neformální rodinné péče.

Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce ochrany a podpory veřejného zdraví MZ, externí dodavatel ve spolupráci s odbornými společnostmi

Časový harmonogram: 24 měsíců

Indikátor plnění: proběhlá mediální kampaň a osvětové akce pro veřejnost

Náklady: 900 tis. Kč

### **8.3 Zvýšení efektivity poskytovaných služeb v následné, dlouhodobé a domácí péči**

#### ***8.3.1 Návrh úhradového principu následné, dlouhodobé a domácí péče***

##### **8.3.1.1 stanovení jednotného způsobu procentního členění jednotky ošetrovacího dne na mzdy, léky a ostatní náklady jako základ pro přechod na novou formu úhrady např. podle funkčního stavu pacienta**

Popis: Aktivita by měla sloužit jako východisko k ocenění za případ (nelze hradit podle DRG), je nutný přechod k jiné formě úhrady a provedení kategorizace úhrad. Výstupem aktivity by měl být návrh nového úhradového principu, který bude přesněji odpovídat míře nákladů na konkrétního pacienta, např. dle jeho funkčních schopností a potřeb při zajištění požadované úrovně kvality a stupně odbornosti zařízení, které péči poskytuje.

Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění MZ, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, ÚZIS

Časový harmonogram: 12 měsíců
Indikátor plnění: návrh procentního členění jednotky ošetrovatelského dne
Náklady: 1 080tis. Kč pokud bude doporučena realizace pilotního projektu, jinak bude hrazeno z interních zdrojů

### 8.3.2 Motivace zaměstnanců k efektivnímu chování

#### **8.3.2.1 zpracování přehledu možností motivace zaměstnanců v oblasti dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče s cílem zlepšení odborně ekonomicky efektivního chování (jak se chovat v pracovním prostředí efektivně) v souladu s 1.3; 1.4 a 1.5 (aktivity číslovány dle logického rámce)**

<p>Popis: Aktivita by měla sloužit jako podpůrný nástroj pro zaměstnavatele k motivaci zaměstnanců k dodržování nastavených zásad efektivního chování, resp. jeho maximálního dodržování.</p> <p>Cílem aktivity je zmapovat a analyzovat stávající problémy poskytovatelů zdravotních služeb i jejich zaměstnanců, k tomu mimo budou využita data získaná z aktivity 8.1.1.1, a navrhnout účinné způsoby motivace pro různé modelové situace. Součástí výstupů budou i způsoby získání zpětné vazby a brožura.</p>
Gestor plnění: sekce zdravotní péče MZ/odbor zdravotních služeb, odborné společnosti, externí dodavatel
Časový harmonogram: 12 měsíců
Indikátor plnění: brožura s náležitostmi specifikovanými v projektu
Náklady: 720 tis. Kč.

## 9 Závěr

Akční plán a jím navrhované aktivity by měly vést ke zlepšení stávající situace minimálně ve zdravotní části následné, dlouhodobé a domácí péče. Pro předběžné hodnocení byly vtipovány dopady aktivit na tento segment péče.

Očekávané pozitivní přínosy:

- Standardizovaná úroveň poskytovaných služeb v segmentu v celé ČR;
- Zpřístupnění lůžkové kapacity následné, dlouhodobé a domácí péče pacientům dle funkčních schopností a funkčních možností, zajišťující maximální profit z léčby;
- Zlepšení návaznosti akutních zdravotních služeb na lůžka následné, dlouhodobé a domácí péče a zlepšení návaznosti péče sociální;
- Vyrovnání dostupnosti a rozsahu poskytovaných zdravotních služeb v domácím a nemocničním prostředí (aby se nestávalo, že jediným důvodem pokračující hospitalizace pacienta je nedostupnost odpovídajících a potřebných zdravotních služeb v jeho dosahu), často se toto týká dostupnosti rehabilitačních služeb v domácím prostředí poskytovaných rehabilitačními pracovníky;
- Zlepšení koordinace komplexní domácí péče (zdravotní a sociální služby budou indikovány dle funkčních potřeb pacienta a jejich poskytování bude koordinováno);
- Zprůhlednění a jasnější definice indikací zdravotních služeb;
- Upřesnění rozsahu potřebných zdravotních a sociálních služeb pro nemocné dle funkčního stavu;
- Navýšení počtu funkčně zdatnějších nemocných v domácím prostředí než je tomu doposud (v současné době zaujímáme 3. - 6. místo mezi zeměmi OECD s nejnižší institucionalizací pacientů na 65+ a proti Švédsku s 2x3 těžší disabilitou);
- Postupné vyrovnávání kvality pobytových služeb a prostředí lůžkových zařízení následné, dlouhodobé a domácí péče se zařízeními akutní lůžkové péče;

- Restrukturalizace personálního obsazení následné, dlouhodobé a domácí péče dle potřeby, kompetencí a využitelnosti odborných kapacit jednotlivých zdravotnických profesí;
- Zvýšení informovanosti veřejnosti o zdraví, prevenci a vědomí spoluodpovědnosti jednotlivce za svou disabilitu a imobilitu ve stáří;
- Předefinování odpovědnosti revizních lékařů zdravotních pojišťoven při indikacích služeb následné, dlouhodobé a domácí péče (při jasně definovaných indikačních podmínkách lze omezit rozhodovací povinnost revizních lékařů zdravotních pojišťoven o poskytování některých zdravotních služeb a takto uvolněné kapacity mohou být využity při kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven).

Negativní dopady ve srovnání se současností a to bez ohledu na výše uvedené přínosy:

- Směrem do akutní péče – navýšení odborné činnosti o testování a vyhodnocování funkčních testů - cílená indikace pacienta na konkrétní pracoviště následné, dlouhodobé a domácí péče dle indikačních podmínek na základě prováděného funkčního hodnocení pacienta. Dnes je již zdravotními sestrami prováděn test fyzických funkčních schopností (ADL- Barthelové), jeho vyhodnocení však není využíváno pro indikaci do zařízení následné, dlouhodobé a domácí péče;
- Směrem do primární péče - zásah do stávajících povinností, činností a odpovědnosti lékařů primární péče;
- Předpokládané navýšení poptávky po lůžkové/pobytové kapacitě sociálních zařízení pro pacienty nejtěžším stupněm nesoběstačnosti;
- Zvýšení poptávky po zdravotních a zejména pečovatelských službách domácí péče;
- Zvýšení požadavků na komunitní služby s ohledem na větší počet disabilních pacientů v domácí péči;
- V delším horizontu navýšení požadavků na transformaci služeb a infrastruktury (doprava, stavby, veřejná správa apod.) vzhledem k narůstající disabilní skupině občanů v domácím prostředí;



- V delším horizontu nutnost zajistit finanční a jiné zdroje na podporu neformálních pečujících (k zajištění odpovídající životní úrovně rodin starajících se o disabilní pacienty v domácím prostředí).

Obecně lze uvést, že pokud oblasti následné, dlouhodobé a domácí péče nebude věnována systémová péče ve smyslu pozitivních změn, začne se kvalita poskytované péče zhoršovat, finanční prostředky vynakládané na její provoz nebudou účelně a efektivně využity a to s sebou ponese rostoucí nespokojenost občanů, neuznání legitimacy výdajů na zdravotnictví, nespokojenost se stavem zdravotnictví a neochota jeho podpory. Velkou a reálnou hrozbou je fluktuace a nedostatek kvalifikovaných a kvalitních pracovníků následné, dlouhodobé a domácí péče.

Rizikem, které může plnění jednotlivých aktivit ohrozit, nedostatečný konsensus: nepřijetí u odborných společností, neboť existuje významná roztržičnost zájmů odborných společností, jak dle oborů, tak jednotlivých osobností. Dále pomalé přijímání legislativních změn nutných k uskutečnění akčního plánu a nedostatek finančních prostředků. Konkrétní rizika jsou dále uvedena v logickém rámci u jednotlivých aktivit jako předpoklady plnění těchto aktivit.

**Základními podmínkami pro funkčnost obou systémů zdravotní i sociální péče jsou:**

- jasné definice úloh a kompetencí jednotlivých složek systému;
- vzájemná komunikace a spolupráce mezi těmito složkami;
- **dostatečné personální zajištění a vyhovující technické vybavení všech složek systému s ohledem na rozsah poskytované péče, úkoly a kompetence tak, aby byla zajištěna odpovídající kvalita poskytovaných služeb.**

Ministerstvo zdravotnictví ČR jako hlavní koordinátor aktivit předkládaného akčního plánu využije veškerých možností i nabízené spolupráce k postupné realizaci uvedených aktivit.

## **10 Seznam tabulek, obrázků a příloh**

### **Tabulky:**

Tabulka 2: SWOT analýza

Tabulka 3: Vývoj počtu hospitalizovaných a ošetrovacích dnů v nemocnicích, 2005-2013

Tabulka 4: Vývoj vybraných ukazatelů v lůžkových zařízeních ČR

Tabulka 5: Vývoj podílu kategorizovaných dnů v kategorii 3-5 na celkovém počtu kategorizovaných dnů v postakutní péči v letech 2004-2013

Tabulka 6: Počet vykázaných ošetrovacích dnů podle typů a kategorie pacienta

Tabulka 7: Počty pojištěnců (UOP) podle OD (2010-2013) – VZP

Tabulka 8: Vývoj hospitalizací ve zdravotnických zařízeních poskytovatelů lůžkové péče v letech 2004 až 2013

### **Obrázky:**

Obrázek 7: Věkové složení

Obrázek 8: Očekávaný vývoj podílu věkových skupin v populaci nad 65 let v letech 2013-2050

Obrázek 9: Rozložení lůžkového fondu v ČR v roce 2013 dle druhu zařízení

Obrázek 10: Lůžka následné ošetrovatelské péče v nemocnicích, LDN a hospicích v roce 2013 na 10 000 obyvatel starších 65 let

Obrázek 11: Struktura ukončení případů hospitalizace v následné a dlouhodobé péči

Obrázek 12: Vývoj počtu pacientů domácí zdravotní péče v letech 2004-2013

Obrázek 13: Vývoj počtu návštěv domácí zdravotní péče v letech 1995-2013

### **Přílohy:**

Příloha č. 1 Logický rámec

***Členové pracovní skupiny pro tvorbu AP ke zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče:***

MUDr. Ivana Doleželová, MBA	Česká gerontologická a geriatrická společnost, zástupce primáře geriatric-LDN TN Krč
MUDr. Jan Marounek, MBA	ředitel odboru zdravotních služeb, Ministerstvo zdravotnictví ČR
PhDr. Ludmila Vostřáková	vedoucí odd. zdravotně sociálních služeb, Ministerstvo zdravotnictví ČR
Mgr. Martina Brzková	odd. zdravotně sociálních služeb, Ministerstvo zdravotnictví ČR
Mgr. Veronika Svěráková	odd. koncepcí zdravotní péče, Ministerstvo zdravotnictví ČR
Ing. Martin Doležal	odd. koncepcí zdravotní péče, Ministerstvo zdravotnictví ČR

***Konzultováno s:***

Pracovní skupina následné a dlouhodobé péče při Ministerstvu zdravotnictví ČR

***Garant akčního plánu:***

Prof. Josef Vymazal, DSc. náměstek ministra pro zdravotní péči, Ministerstvo zdravotnictví ČR

