



Národní plán rozvoje geriatrické péče v České republice do roku 2035

Březen 2025

Verze 1.0

Poděkování

Ministerstvo zdravotnictví ČR si dovoluje vyjádřit velké poděkování všem, kteří aktivně přispěli svými odbornými i procesními znalostmi k tvorbě Národního plánu rozvoje geriatrické péče v České republice do roku 2035 (dále jen „NPGP ČR“), a to nejen při formulaci jeho vizí a cílů, ale i při tvorbě dalších nezbytných analytických a odborných podkladů. Ministerstvo zdravotnictví ČR si cení četných konstruktivních diskusí s členy Pracovní skupiny pro koncepční řešení rozvoje geriatrické péče v České republice (dále jen „PS Geriatrie“) i dalšími odborníky za aktivní spolupráci při procesu komunikace a nastavování jednotlivých cílů dokumentu. Významné poděkování náleží členům PS Geriatrie a zástupcům České geriatrické a gerontologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně za jejich aktivní a pozitivní přístup k formulaci cílů NPGP ČR v souladu s výzvami a možnostmi současného systému. Díky jejich vizím, odborným vstupům a konzultacím se nastavený směr NPGP ČR setkává v oblasti reálných dopadů jednotlivých plánovaných aktivit s očekáváními a potřebami současné geriatrické praxe. Zvláštní poděkování patří rovněž Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR za flexibilní analytickou podporu a Ministerstvu práce a sociálních věcí při řešení provázanosti geriatrické péče se sociálními potřebami geriatrických pacientů.

Tabulka 1: Seznam zkratk	
AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic
AN ČR	Asociace nemocnic České republiky
AKL	Asociace klinických logopedů České republiky
ALOS	ALOS (Average Length of Stay – průměrná doba hospitalizace)
APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb
AZV	Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky
CAU	Odbor cen a úhrad
CT	Computed tomography (počítačová tomografie)
ČDS ČLS JEP	Česká diabetologická společnost ČLS JEP
ČFS ČLS JEP	Česká farmaceutická společnost ČLS JEP
ČGGS ČLS JEP	Česká geriatrická a gerontologická společnost ČLS JEP
ČKS	Česká kardiologická společnost
ČLK	Česká lékařská komora
ČLnK	Česká lékárnická komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNS	Česká nefrologická společnost
ČR	Česká republika
ČSAT	Česká společnost pro aterosklerózu
ČSPM ČLS JEP	Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
ČSÚ	Český statistický úřad
DCCI	Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové
DP	Domácí (zdravotní) péče
DRG	Diagnosis-Related Groups
EAN	Elder Abuse and Neglect
EFI	Odbor evropských fondů a investičního rozvoje
EU	Evropská unie
ECHI	Evropské základní zdravotní ukazatele
ESPEN	European Society of Clinical nutrition and Metabolism
EZP	Evidence zdravotnických pracovníků
GAČR	Grantová agentura České republiky
HH	Hlavní hygienička ČR s postavením vrchní ředitelky pro ochranu a podporu veřejného zdraví MZD
IAGG	International Association of Geriatrics and Gerontology (Mezinárodní asociace pro geriatrii a gerontologii)
IP	Implementační plán NPGP ČR
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
JIP	Jednotka intenzivní péče
LF	Lékařská fakulta
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZD	Ministerstvo zdravotnictví
NAM	Náměstek ministra zdravotnictví
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NLZP	Nelékařští zdravotničtí pracovníci
NPGP ČR	Národní plán rozvoje geriatrické péče v České republice do roku 2035
OD	Ošetrovací den
OLP	Oddělení lékařských povolání MZD
ONP	Odbor ošetrovatelství a nelékařských povolání MZD
OPZ+	Operační program Zaměstnanost Plus
OPR	Obec s rozšířenou působností
OZP	Odbor zdravotní péče MZ
PS Geriatrie	Pracovní skupina pro koncepční řešení rozvoje geriatrické péče v České republice
SC	Strategický cíl NPGP ČR
SPL ČR	Sdružení praktických lékařů České republiky
ST	Státní tajemník MZ
SVL ČLS JEP	Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
SZP ČR	Svaz zdravotních pojišťoven ČR
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TAČR	Technologická agentura České republiky
UEMS	European Union of Medical Specialist (Evropská unie lékařských specialistů)
UNIFY ČR	Unie fyzioterapeutů České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VE	Vrchní ředitel sekce pro ekonomiku a zdravotní pojištění MZD
VL	Vrchní ředitel pro legislativu a právo MZD
VPL	Všeobecný praktický lékař
VVD	Oddělení vědy, výzkumu a dotací na vzdělávání MZD
VZ	Vrchní ředitel pro zdravotní péči MZD
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Zdroj: vlastní zpracování

OBSAH

1. ÚVOD	6
1.A Vymezení problematiky péče o geriatrické pacienty	8
1.B Kontext vzniku a existence NPGP ČR	20
1.B.1 Synergie NPGP ČR s mezinárodními a národními strategiemi	20
1.B.2 Postup zpracování strategického materiálu	22
1.B.3 Uživatelé NPGP ČR	23
1.C Analytická část	24
1.C.1 Základní výstupy z mezinárodního srovnání a analytické části	24
1.C.2 Analýza SWOT	34
2. STRATEGICKÁ ČÁST	37
2.A Vize NPGP ČR	37
2.B Hierarchie cílů NPGP ČR	39
STRATEGICKÝ CÍL 1	40
STRATEGICKÝ CÍL 2	48
STRATEGICKÝ CÍL 3	54
STRATEGICKÝ CÍL 4	64
3. IMPLEMENTACE NPGP ČR	70
3.A Rámec implementace	70
3.B Institucionální zabezpečení implementace NPGP ČR	70
3.C Monitoring a vyhodnocování plnění cílů NPGP ČR	74
3.D Předpoklady úspěšné realizace NPGP ČR	76
3.E Řízení rizik	76
3.F Spolupráce a komunikace	76
3.G Odhadované finanční nároky – možné zdroje financování	77

1. ÚVOD

1.A Základní informace o NPGP ČR

Název	Národní plán rozvoje geriatrické péče v České republice do roku 2035 („NPGP ČR“)
Zadavatel	Ministr zdravotnictví České republiky
Gestor tvorby strategie	Vrchní ředitel sekce zdravotní péče
Rok strategie	2025
Schvalovatel	Vláda ČR
Datum schválení	9. dubna 2025
Forma schválení	Usnesení vlády č. 248
Poslední aktualizace	2025
Doba realizace	2025–2035
Odpovědnost za implementaci	Ministr zdravotnictví České republiky Česká geriatrická a gerontologická společnost ČLS JEP
Odhadovaný rozpočet implementace	6,5 mld. Kč
Autorský kolektiv	Zástupci MZD, odborných společností ČLS JEP, ÚZIS, patientských organizací, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotních pojišťoven, krajů, MPSV, MŠMT
Vedoucí autorského kolektivu	Ministerstvo zdravotnictví
Kontext vzniku	V České republice nedocházelo v rámci řešení adekvátního zajišťování péče o polymorbidní geriatrické pacienty k systémovým změnám, které by reagovaly na vývoj potřeby populace v nárocích na následnou geriatrickou péči v porovnání s péčí o akutní případy. V současné době je systém zdravotní péče v České republice významně zaměřen na poskytování epizodické akutní péče a neumí reagovat na komplexní potřeby pacientů s výraznou polymorbiditou a disabilitou. Specializovaná péče je roztříštěná a dochází k duplicitnímu (resp. multiplicitnímu) paralelnímu čerpání specializované péče bez její kompetentní medicínské koordinace. NPGP ČR reaguje na současné demografické změny – stárnutí populace v důsledku zejména prodlužování lidského života. Tyto změny jsou úspěchem rozvinutých zemí včetně České republiky a nelze na ně hledět jako na problém, ale je třeba je považovat za příležitost. Aby byla tato příležitost využita,

	je zapotřebí respektování těchto demografických změn ve vztahu k péči o zdraví i systému služeb. Cílem je naplnění potenciálu zdraví lidí vyššího věku. K naplnění této vize je proto zapotřebí podporovat zdraví i v pokročilejším věku, správně a včas léčit poruchy zdraví (křehkost, polymorbidita, sarkopenie aj.), adekvátním doléčením a rehabilitací přispět k co nejúplnějšímu návratu kvality života a soběstačnosti, ve stavu omezené soběstačnosti zajistit co nejlepší kompenzaci stavu, optimální funkční stav a kvalitu života.
Stručný popis řešené problematiky	Cílem podpory geriatrické péče je ucelené nastavení systému péče orientovaného na geriatrického pacienta/pacientku (dále „pacient“) a komplexní nastavení intervencí vedoucích k maximálnímu možnému zlepšení jeho zdravotního stavu, celkové kondice a soběstačnosti (funkčního stavu) při zabezpečení jeho individuálních potřeb, což v konečném důsledku povede k dlouhodobému snižování nákladů na péči. Správnou diagnostikou a správně nastavenou léčbou křehkých a polymorbidních pacientů budou tito schopni trávit více času ve svém sociálním prostředí a méně času v rámci hospitalizací, což povede ke zvýšení dlouhodobé fiskální udržitelnosti a posílení celkového významu komunitní péče a péče v rámci rodiny pacienta. Hospitalizace pacienta na geriatrickém oddělení má potenciál zvýšit jeho naději na propuštění v lepším funkčním stavu (tj. fyzicky zdatnějšího, více mobilního), zvýšit podíl pacientů propouštěných do vlastního sociálního prostředí, snížit podíl pacientů propouštěných do "následných" lůžkových zařízení a snížit i počet časných rehospitalizací¹. Rozvoj geriatrické péče předpokládá v rámci NPGP ČR v následujících více než 10 letech navýšení počtu (dostupnosti) specializovaných geriatrických ambulancí i počtu geriatrických lůžek. Dojde ke zlepšení koordinace a návaznosti péče a průchodnosti pacienta systémem.

¹ Ellis G., Gardner M., Tsiachristas A., Langhorne P., Burke O., Harwood R.H., Conroy S.P., Kircher T., Somme D., Saltvedt I., Wald H., O'Neill D., Robinson D., Shepperd S. „Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital“ Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 12;9(9):CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

1.A Vymezení problematiky péče o geriatrické pacienty

Historický vývoj oboru geriatric v ČR

Řešení zdravotních problémů spojených se stárnutím má v Československu a České republice dlouhou tradici. První kroky k odbornému začlenění geriatric mezi medicínské obory vedly přes založení České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP.

V roce 1974 vznikl Kabinet gerontologie a geriatric při Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů (ILF). V období mezi roky 1974-1982 byla zahájena výuka geriatric a gerontologie pro lékaře v praxi se zájmem o geriatrickou problematiku.

V roce 1983 byla geriatric na základě první ucelené koncepce uznána jako samostatný obor medicíny s vlastní nastavbovou atestací. Klinickou základnou oboru se v době jeho vzniku staly tzv. „léčebny dlouhodobě nemocných“, což vedlo k mylnému ztotožňování geriatric s dlouhodobou ošetrovatelskou a sociální péčí.

Pro rozvoj oboru byl významný především vznik akutních geriatrických oddělení, kdy byla lůžka akutní geriatric (v režimu standardních nemocničních lůžek) od 90. let minulého století zřizována na geriatrických klinikách a v některých nemocnicích. Tato pracoviště rozvíjela metody komplexního posuzování zdravotního stavu a potřeb geriatrických pacientů.

V roce 2018 byla geriatric zařazena mezi základní specializační obory. Geriatric je relativně mladý obor, který se postupně integruje do systému zdravotních služeb v důsledku trvale rostoucí společenské potřeby a objednávk. Na základě vývoje v evropských zemích vznikaly v posledních 30 letech i v ČR nové modely zdravotní geriatrické péče a služeb.

Vymezení geriatric v kontextu WHO

Geriatrický pacient je definován jako člověk vyššího věku, u něhož involuční změny a chorobné změny ovlivňují natolik funkční stav a schopnosti, že dochází ke snížení schopnosti adaptace, narušení regulačních mechanismů a zhoršené toleranci zátěže. Geriatrický pacient často vykazuje typické geriatrické syndromy, které jsou vzájemně provázané a úzce souvisí s konceptem geriatrické křehkosti.

Péče o tuto skupinu seniorů a seniorek (dále jen „senior“ či „senioři“) je vysoce specifická jak v oblasti prevence, tak v oblasti diagnostiky a léčby.

WHO vyhlásila v odpovědi na demografický vývoj světové populace Decade of Healthy Ageing – Dekádu zdravého stárnutí pro léta 2021–2030. Podle WHO žije na světě více než jedna miliarda lidí starších šedesáti let. Dle demografických predikcí publikovaných WHO je na konci této dekády očekáván nárůst populace 60+ o třetinu na 1,4 miliardy. Aktivní podpora zdravého stárnutí se tak stává naléhavou prioritou veřejného zdraví.

Dle hypotézy komprese nemocnosti je možno zásadně ovlivnit nemocnost ve stáří, neboť stejné faktory, které přispívají k dožití delšímu, přispívají také k dožití zdravějšímu. Zatímco u osob vystavených např. rizikovému životnímu stylu a suboptimální zdravotní péči může být období života s nemocí a nesoběstačností dlouhé a zaujímat významnou část let života, tak u dlouhověkých jedinců může být naopak období nemocnosti a nesoběstačností zkráceno na závěrečnou fázi po velmi dlouhém období zdravého života.

Klíčové charakteristiky geriatrické medicíny dle WHO a IAGG jsou následující:

- důraz na zachování a optimalizaci funkčního stavu;
- péče o polymorbidní pacienty vyššího věku s komplexními klinickými potřebami;
- celostní péče zaměřená na osobu včetně komplexního vyhodnocení funkčních, zdravotních a sociálních faktorů;
- klinická péče obvykle poskytována interdisciplinárním týmem zajišťující geriatrickému pacientovi komfort a důstojnost;
- spektrum od akutní a následné (post-akutní)² geriatricie až po dlouhodobou péči;
- součástí je komunitní péče o geriatrické pacienty žijící ve vlastním prostředí;
- součástí je preventivní opatření a edukace v populačním měřítku.

IAGG na žádost WHO při příležitosti Dekády zdravého stárnutí definuje geriatry jako lékaře, „kteří se věnují prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci nemocí a klinických syndromů lidí vyššího věku, jako je např. syndrom frailty³ či delirium“.

Slovo geriatricie pochází ze slov geron a iatreia – starý člověk a léčení. IAGG ve své definici zdůrazňuje: „Samotný kalendářní věk pacienta není určujícím faktorem pro zařazení do geriatrické péče, protože nemocnost a funkční stav se mezi jednotlivci výrazně liší.“

Základní specifikace geriatricie a pozice geriatra v systému zdravotní péče v ČR

Geriatricie je v ČR jedním ze základních oborů lékařského specializačního vzdělání. Jedná se o obor interdisciplinárního charakteru, který plní specifické úkoly léčebně preventivní a také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. Tato role je umožněna zvláště propojením geriatricie jako klinické gerontologie s gerontologií experimentální a sociální.

Vzhledem k vysokému zastoupení seniorů s pokročilou křehkostí, disabilitou a chronickou nemocností je nezbytné, aby tuto péči poskytovali profesionálové se vzděláním a kompetencemi v geriatrické péči.

Předmětem zájmu jsou pacienti vyššího věku, tedy obvykle starší 65 let a převážně nad 75 let, s komplexní chronickou nemocností (polymorbiditou často doprovázenou polypragmazií) a geriatrickými syndromy, resp. rizikem jejich rozvoje. V indikovaných případech může z geriatrické péče mít benefit i pacient nižšího věku.

Geriatricie poskytuje péči především těm nemocným, u nichž dominuje geriatrická symptomatologie nad oborovou a u nichž závažná polymorbidita problematizuje oborové kompetence či kteří jsou závažně ohroženi komplikacemi odvrátitelnými specifickým geriatrickými postupy.

Geriatricie rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštностech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální homeostázy a interakce s prostředím, rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, rekonvalescenci a bránící specifickým komplikacím včetně iatrogenních u křehkých

² V kontextu WHO se užívá pro následnou (lůžkovou) péči pouze termín „post-akutní“. Pro jednoznačnost terminologie NPGP ČR byl do textu souvisejících s WHO zahrnut i termín „následné“, který je ukotvený v legislativě ČR.

³ Křehkostí je označován pokles potenciálu zdraví, tj. zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu spojený s věkem, provázený kumulací zdravotních a funkčních deficitů, které mají závažné zdravotní důsledky (morbidity, disabilitu i mortalitu a vyšší spotřebu zdravotní péče).

geriatrických pacientů.

Geriatric je komplexní zdravotní službou nabízející tzv. case management péče o geriatrického polymorbidního pacienta.

Geriatric věnuje zvláštní pozornost rozvoji a kvalitě nejen akutní péče, ale zároveň následné (post-akutní) a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetřovatelství.

Geriatric má interdisciplinární charakter, který plní nejen specifické úkoly léčebně preventivní, ale také navrhuje a ověřuje opatření na systémové úrovni k zajištění komplexnosti, kontinuity/provázanosti a koordinace zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory.

Ve svém interdisciplinárním pojetí geriatric v péči o starého člověka nenahrazuje činnost ostatních klinických oborů a vychází ze zásady, že každý lékařský obor má své starší nemocné (tzv. oborová geriatric), o něž pečují svými specifickými prostředky.

Geriatric úzce spolupracuje s ostatními lékařskými a dalšími obory péče (především s neurologií, psychiatrií, rehabilitací, všeobecným praktickým lékařstvím, klinickou farmacií, klinickou logopedií, praktickým a nemocničním lékárenstvím apod.) a integruje jejich poznatky.

Geriatric aktivně usiluje o vytváření stálých multidisciplinárních geriatrických týmů, jejichž součástí jsou kromě lékařských odborností též nelékařské profese (a to např. v oborech ošetřovatelství, fyzioterapie, ergoterapie, nutriční terapie, klinická logopedie a zdravotně sociální práce, ev. další související nelékařské a nezdravotnické obory).

Charakteristickým rysem práce geriatrických oddělení je holistický přístup ke komplexní geriatrické nemoci a zaměření na prevenci odvrátitelné ztráty soběstačnosti s využitím moderních ošetřovatelských a rehabilitačních postupů multidisciplinárního týmu pod vedením lékaře s geriatrickou specializací.

Shrnutí základních charakteristik geriatra:

- Lékař s geriatrickou specializací poskytuje konziliární služby geriatrickým pacientům v rámci geriatrické ambulance nebo smluvního vztahu s lůžkovým poskytovatelem zdravotních služeb.
- Číslo odbornosti pro geriatrickou odbornost je 106 (dle vyhlášky MZD č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami).
- Geriatr nenahrazuje péči všeobecného praktického lékaře, ale potřebným způsobem jeho služby odborně rozšiřuje.
- Lékař s geriatrickou specializací má prostor řešit zdravotní stav geriatrického pacienta komplexněji. Zdravotní služby poskytuje prostřednictvím aktivního plánování potřebné péče a prováděním odborných vyšetření a intervencí, které mohou předcházet opakovaným návštěvám dalších specialistů a opakovaným hospitalizacím za účelem provedení diagnostiky či stabilizace zdravotního stavu. Identifikuje problematiku oblasti, kde dokáže poskytnout i přímou podporu nebo doporučit další expertní specializované intervence.
- Geriatri mohou být členy multidisciplinárních týmů poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb, ale i poskytovateli ambulantní péče. Poskytují konzultační mezioborovou podporu dalším lékařským a nelékařským zdravotnickým odbornostem

a mají kompetence i pro spolupráci s nezdravotnickými profesemi hlavně v oblasti sociální. V rámci své praxe uplatňují principy práce umožňující vytvoření komplexního pohledu na kapacity geriatrického pacienta s ohledem na jeho individuální zdroje i zdroje v jeho okolí.

Cíle geriatricie

Optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, snižování chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu a jejich prevence, odvracení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku.

Koncepce moderní geriatricie a gerontologie klade důraz na kvalitu života a co největší nezávislost a autonomii lidí vyššího věku.

Zásadní součástí poskytované komplexní péče o křehké, polymorbidní geriatrické pacienty je case management a posuzování funkčního stavu včetně hodnocení frailty (křehkosti) a další zdravotní péče, která je zaměřená na specifické potřeby nemocných ve všech segmentech péče.

Součástí komplexní péče o křehké a polymorbidní pacienty včetně case managementu by měly být:

- **Lékařská péče, která** zahrnuje komplexní posouzení pacienta seniora v akutní, následné a dlouhodobé péči a stanovení komplexního plánu péče při uplatnění funkčního geriatrického vyšetření a využití standardizovaných škál. Součástí lékařské péče je posudková činnost v geriatrii (posuzování průčeschnosti, schopnosti řízení motorových vozidel, soběstačnosti aj.) i principy paliativní a terminální péče (hospicové péče). Součástí je management geriatrických služeb, principy multidisciplinární týmové práce a vedení týmu, metody hodnocení kvality a efektivity zdravotní péče, principy vědecko-výzkumné práce a právní aspekty v geriatrii.
- **Farmaceutická péče**, jejímž účelem je maximalizace účinku a minimalizace rizik farmakoterapie směřující ke zlepšení kvality života geriatrického pacienta. Součástí je optimalizace farmakoterapie geriatrického pacienta, posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárního užívání léčivých přípravků, používání zdravotnických prostředků, konzultační a konziliární činnosti a poradenství.
- **Ošetrovatelská péče**, která systematicky a komplexně řeší potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví a zmírnění fyzické i psychické bolesti při progresi stavu a v průběhu umírání. Ošetrovatelská péče je komplexní odborná zdravotní péče a systém ošetrovatelských činností zaměřený na sledování základních životních funkcí, oxygenoterapii, odběry biologického materiálu, ošetrování chronických ran, defektů a dekubitů, ošetrování stomií, drénů a kanyl, podávání léků, zajištění výživy, hygienický režim, vylučování, antidekubitální preventivní režim, sledování psychického stavu, rehabilitační ošetrování, spolupráci s rodinou či blízkými, ošetrovatelské poradenství.
- **Rehabilitační ošetrovatelství**, jež je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, včleňuje některé prvky fyzioterapie a ergoterapie do ošetrovatelské péče. Rehabilitační ošetrování zahrnuje prevenci trofických změn, podporu základních pohybových činností a je cíleno na zvládnutí jednoduchých životních úkonů prostřednictvím jiného pasivního cvičení, dechového cvičení, polohování a podpory aktivizace a vertikalizace

pacienta včetně rehabilitace dle doporučení klinického logopeda.

- **Léčebně rehabilitační péče**, tedy komplex rehabilitačních, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k maximálnímu možnému obnovení funkčních schopností pacienta, popřípadě ke zpomalení projevů nemoci a ke stabilizaci zdravotního stavu. Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, léčebných a organizačních opatření směřujících k maximální dosažitelné funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení, ať již cestou odstranění či substituce, případně snížení či zpomalení progresu disability.
- **Fyzioterapie (případně s využitím přírodního léčivého zdroje)**, která je významným terapeutickým postupem využívajícím energie (včetně pohybové) k léčebnému ovlivnění patologických stavů.
- **Ergoterapie** jako léčba využívající pracovní činnosti k dosažení vyššího stupně reedukace funkcí organismu, než je možno dosáhnout reflexními či analytickými metodami kinesioterapie používanými ve fyzioterapii (za pomoci pozitivní motivace pracovní činnosti a komplexnosti pohybové činnosti při práci a dalších činnostech).
- **Klinicko-logopedická péče** se zaměřením na diagnostická a terapeutická opatření, především u poruch polykání (presbyfagie) a fonorespiračních problémů u seniorů.

Dalšími zásadními oblastmi péče o křehké a polymorbidní pacienty⁴ jsou:

- management chronické medikace, popř. spolupráce s klinickým farmaceutem a farmaceutem v rozsahu jejich kompetencí;
- management bolesti – zajištění individuálního a specifického přístupu;
- management nutrice – sledování nutričního stavu, spolupráce s nutričním terapeutem a dle potřeby stanovení individuálního nutričního plánu;
- posouzení kognitivních funkcí a stupně kognitivní poruchy (např. screeningové, popřípadě podrobnější hodnotící nástroje k posouzení mentálních funkcí);
- posouzení psychického stavu pacienta (depresivní syndrom, úzkostné poruchy, psychózy apod.);
- funkční posouzení pacienta – základní vyšetření minimálně při příjmu a ukončení péče nebo při změně funkčního stavu pacienta (posouzení základních sebeobslužných, popřípadě, instrumentálních denních aktivit);
- specifická ošetrovatelská péče o pacienty s kognitivní poruchou, imobilitou, inkontinencí, trpícími pády, deliriem a/nebo chronickými kožními defekty;
- zajištění léčebně rehabilitační péče;
- aktivizace pacientů, nácvik psychosociálních dovedností, soběstačnosti a dovedností každodenního života, duchovní péče;
- edukační činnost a spolupráce s rodinou – maximální zapojení rodinných příslušníků, jiných důležitých osob a řešení sociální otázky pacienta;
- management průchodu pacienta systémem zdravotních a sociálních služeb.

⁴ Obrázek č. 4 Nárůst počtu chronických onemocnění v závislosti na věku

Geriatrický pacient a jeho potřeby v oblasti péče

V širším pojetí jsou to nemocní, kteří povahou svého onemocnění či funkčním stavem profitují z geriatrického režimu a stylu práce, který respektuje specifickou jejich potřeb a limitací, jakož i nezbytnost modifikace vyšetřovacích a léčebných metod.

Komorbidity u těchto pacientů ovlivňují klinickou prezentaci nemocí, diagnostiku, terapii i rekonvalescenci geriatrického pacienta⁵.

Komorbidity i involuční změny mohou měnit a skrývat klasickou symptomatologii nemocí a být přidanou výzvou v diagnostickém procesu.

Každou zdravotní dekompenzaci geriatrického pacienta doprovází riziko zhoršení jeho funkčního stavu. Aktivní intervence podporující funkční stav jsou zásadní součástí léčby geriatrického pacienta. Kalendářní věk tedy není sám o sobě jediným ukazatelem, který by kvalifikoval pacienta pro geriatrickou péči, vzhledem k zásadní interindividuální variabilitě v nemocnosti a rozvoji disability.

Lze s jistotou předpokládat, že značná část geriatrických pacientů profituje ze specializované ambulantní nebo lůžkové akutní geriatrické péče a může následně přecházet právě do následné geriatrické péče s ohledem na zvýšenou křehkost, polymorbiditu a komplexní zdravotně sociální potřeby.

Péče o geriatrického pacienta vyžaduje individuální přístup, který respektuje jeho životní příběh, vzdělání, zkušenosti i socioekonomické zázemí, přičemž klade důraz na ochranu a podporu jeho lidské důstojnosti.

Nemocnost ve stáří se nezvyšuje jen v důsledku přirozeného stárnutí organismu, ale také vzájemnou interakcí nepříznivých vlivů somatické, psychické či sociální povahy. Je proto nezbytné k léčbě seniorů přistupovat komplexně, s ohledem na jejich aktuální životní situaci a ve spolupráci s rodinou a pečující komunitou.

Součástí péče o geriatrického pacienta je vytváření bezpečného prostředí – nejen snižováním environmentálních rizik, ale také důrazem na prevenci, osvětu a odborné vzdělávání pečujících osob.

Akutní geriatrická péče – současný stav v ČR a srovnání se zahraničím

Akutní zdravotní péče o geriatrické pacienty využívá všech znalostí léčebných postupů a zkušeností v oboru k co možná nejrychlejší diagnostice a terapii tak, aby mohla následovat brzká rekonvalescence a mohlo dojít k rychlému návratu do domácího prostředí, pokud možno s podporou soběstačnosti a minimalizací bolesti. Mezi akutní geriatrická lůžka se řadí 1H6, 1F6, 1I6, 1T6⁶.

Akutní geriatrická lůžková oddělení ve srovnání např. se standardními interními lůžky mají podle EBM při srovnatelné délce hospitalizace lepší výsledky funkčního stavu (soběstačnosti a nezávislosti) a méně pacientů překládaných do dlouhodobé péče a sníženou mortalitu⁷.

Do této péče jsou přijímáni pacienti z terénu, tedy ambulance urgentní medicíny, na základě

⁵ Obr. č. 4 Nárůst počtu chronických onemocnění v závislosti na věku

⁶ Dle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP)

⁷ Jurašková, B., Zajíc, J., Kozelek, P., Žamberský, P., & Fischer, J. (2013). Intenzivní geriatrická péče – efektivní řešení budoucího nárůstu stárnoucí populace. *Geriatric a Gerontology*(2), 65-69.

doporučení ze specializované ambulance příslušného zařízení, překladem na základě konsiliárního vyšetření z jiných oddělení stejného zařízení a po individuálním zhodnocení i regionálně blízkých oblastí (například z JIP, časně po operaci a/nebo v případě komplikací a funkční dekompenzace).

Indikace přijetí na JIP se shodují s indikacemi ostatních interních JIP s ohledem na specifika péče o polymorbidní pacienty vyššího věku se všemi riziky časného rozvoje disability a geriatrických syndromů. Důvodem přijetí na lůžko akutní geriatry je kromě akutního zhoršení zdravotního stavu vyžadujícího hospitalizaci i vysoký věk, polymorbidita, současná přítomnost dalších geriatrických syndromů, a to především frailty, a ztráta soběstačnosti, respektive vysoké riziko rozvoje nebo zhoršení disability.

Standardní geriatrická oddělení zajišťují lůžkovou péči o geriatrické pacienty profitující ze specifického geriatrického režimu a stylu práce včetně modifikace vyšetřovacích a léčebných postupů. Hlavním úkolem je co nejúčelnější (v co možná nejkratší době) zvládnutí dekompenzací zdravotního a funkčního stavu u křehkých, polymorbidních geriatrických nemocných vysoce ohrožených komplikacemi a nepříznivou prognózou včetně ztráty soběstačnosti a lidí se závažnými geriatrickými syndromy včetně demence.

V ČR dle návrhu koncepce geriatry postupně stoupal počet akutních geriatrických lůžek (r. 1990–130 lůžek, r. 2000–561 lůžek). Přes tyto v zahraničí prokázané výsledky akutní geriatrické péče došlo z důvodů malé systémové i lokální podpory postupně opět k redukci lůžek (r. 2010 na 377 lůžek, r. 2015 na 378 lůžek)⁸. Podle Návrhu koncepce geriatry předložené MZD je nastaven optimální počet 0,2 lůžek/1000 obyvatel, pro ČR je tak odhadovaná potřeba více než 2000 lůžek akutní geriatry. Jedná se o parametr nastavený podle evropského doporučení a je v souladu s aktuálním expertním odhadem ČGGS ČLS JEP.

V evropském regionu jsou v současnosti rozvíjeny i další modely akutní geriatrické péče, kdy kromě již uvedených „všeobecných“ geriatrických oddělení jsou v některých zemích ustaveny např. „acute frailty units“, „geriatric evaluation units“, geriatrické JIP i formy jednodenní hospitalizace day hospital/unit. V rámci nemocniční péče se v zahraničí osvědčila i přítomnost geriatra případně jeho dostupnost jako konziliáře především ve spojení s ortopedií, chirurgií, onkologií, ale i s všeobecnou internou. Dobré výsledky péče byly popsány při dostupnosti geriatra na urgentním příjmu (s výsledkem méně opakovaných vyšetření a rehospitalizací).

Dalším úspěšným modelem je ustavení specializovaných oddělení geriatrické léčebné rehabilitace (s výsledným efektivnějším návratem k funkčnímu stavu, méně překlady na následná/dlouhodobá lůžka).

Bohužel v ČR tyto nové formy geriatrické péče nejsou dostupné vůbec nebo pouze na jednotlivých modelových pracovištích, systémově tedy pro geriatrické pacienty nejsou k dispozici.

Následná geriatrická péče (post-akutní geriatrická péče)

Pracoviště následné geriatrické a ostatní péče jsou určena k doléčení, dokončení diagnostiky, rehabilitaci křehkých, polymorbidních a geriatrických pacientů ve stabilizovaném stavu

⁸ Využita data z ročenek ÚZIS

nevyžadujícím intenzivní péči a k nastavení chronické medikace.

Následná geriatrická péče představuje velmi specifickou a variabilní oblast péče, která se týká širokého spektra pacientů s mnohými a variabilními zdravotními poruchami (např. psychiatrická onemocnění, traumata, ortopedická onemocnění, interní onemocnění a neurologická onemocnění).

Při zajišťování návaznosti péče o geriatrického pacienta po ukončení jeho hospitalizace kooperuje následná lůžková péče optimálně s péčí geriatrické odbornosti 106, všeobecným lékařem pro dospělé, dalšími lékařskými odbornostmi, poskytovateli zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí a příp. i se službami sociálními, a to z důvodu nastavení potřebné míry podpory pacienta. Tento způsob spolupráce má výrazný potenciál i v oblasti prevence opakovaných hospitalizací.

Ambulantní a komunitní geriatricie

Ambulantní geriatrická péče je poskytována v rámci odbornosti 106⁹.

V geriatrických ambulancích je péče zajišťovaná geriatry a je cílena na optimalizaci a nastavení léčebného plánu geriatrickým pacientům s komplexní nemocností (polymorbidita, často se souběhem kognitivní poruchy). Ambulantní geriatrická péče je charakteristická komplexním hodnocením funkčního stavu pacientů a úzkou spoluprací jak s všeobecnými praktickými lékaři a dalšími lékaři jednotlivých oborů, tak i s poskytovateli sociálních služeb a rodinami a dalšími blízkými pacientů.

V evropských zemích dochází v posledních dvaceti letech také k budování komunitní specializované geriatrické péče (označován jako „community outreach“) v různých modelech zdravotních systémů. Jsou to ambulantní formy geriatrické péče – geriatrické ambulance. Ty mohou fungovat jako všeobecná geriatrická ambulance, osvědčily se však i ambulance profilované na konkrétní zdravotní problémy seniorů – například na kognitivní poruchy tzv. „memory clinics“, na diagnostiku a komplexní management a prevenci pádů „falls clinics“ nebo na problematiku inkontinence či výživy.

Geriatrické ambulance slouží také jako koordinující pracoviště pro návštěvní službu a multidisciplinární komunitní tým (visiting nurse, mobilní ergoterapie, mobilní geriatrický tým atd.).

V České republice vznikaly geriatrické ambulance od konce 90. let, jejich počet byl však velmi nízký. Teprve v posledních pěti letech postupně narůstá jejich počet. V roce 2023 bylo registrováno 67 geriatrických ambulancí, nejsou však rovnoměrně zastoupeny v jednotlivých krajích. Dle Národního plánu pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro ČR je za optimální dostupnost považována jedna geriatrická ambulance v každém okrese, což povede ke zlepšení územní dostupnosti specialisty – geriatra.

Podle zcela recentního přehledového šetření z roku 2023 ve 28 evropských zemích¹⁰ se ČR řadí mezi země s nedostatečně rozvinutými geriatrickými zdravotními službami s problematickou dostupností specializované geriatrické lůžkové i ambulantní péče pro české pacienty.

⁹ Dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění

¹⁰ Masud.T. et al, 2023, Stuck et al., 2022; Masud T. “New care models for geriatrics in Europe“ Kongres EUGMS, Helsinky, 20-22.9.2023; Stuck AE, Masud T. „Health care in older adults in Europe: how has it evolved and what are the challenges?“ Age Ageing 2022; 51:1-7

Vzdělávání v oblasti geriatrie

Vzdělávání geriatrů

Pregraduální výuka lékařů

V období 1991–1992 byla zahájena pregraduální výuka geriatrie u studentů lékařství na 2 z tehdejších 7 lékařských fakult v ČR (Univerzita Karlova, 1. a 2. LF). Po roce 2000 došlo k rozšíření výuky na další LF. V současné době je výuka geriatrie v nějaké formě přítomna na všech LF. Mezi lékařskými fakultami lze však stále nalézt mnoho rozdílných přístupů ke vzdělávání v této oblasti, kdy nejsou sjednocena jejich curricula nebo je někde výuka geriatrie pouze dobrovolně volitelná. Na některých LF chybí zázemí geriatrické kliniky pro praktickou výuku a personální zajištění. V magisterských lékařských programech se výuka předmětu geriatrie liší délkou, rozsahem, obsahy jednotlivých témat i formou výuky teoretických i praktických znalostí a dovedností. LF mají vzdělávání v geriatrii jako samostatný předmět nebo zahrnutý v rámci výuky vnitřního lékařství.¹¹

Postgraduální specializační vzdělávání v oboru geriatrie

V roce 1983 byla geriatrie ustavena jako samostatný lékařský obor. Jednalo se o nástavbový obor na vnitřní lékařství I. stupně, všeobecné praktické lékařství a neurologii. První atestace v oboru geriatrie proběhly v roce 1986. Většina atestantů z osmdesátých let již v oboru nepracuje.

V roce 2000 se stala ČR pozorovatelem a po vstupu do EU pak řádným členem v UEMS – Sekce geriatrické medicíny (UEMS-GMS), která prosazuje harmonizaci postgraduálního a kontinuálního vzdělávání lékařů specializujících se v geriatrické medicíně a kontinuálního vzdělávání dalších lékařských specialistů, a to prostřednictvím jednotných doporučení.

V současnosti je geriatrie základním lékařským oborem. Podle stávajícího znění zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění, platí, že se uchazeč zařadí do oboru a absolvuje první část vzdělávání v základním kmeni interním nebo základním kmeni všeobecné praktické lékařství, který se ukončuje zkouškou (složení zkoušky po ukončení vzdělávání v základním kmeni je jednou z podmínek pro přihlášení k atestační zkoušce). Splní-li povinnou praxi, může pokračovat ve vzdělávání ve vlastním specializovaném výcviku i tehdy, nebyla-li dosud složena zkouška a následuje vzdělávání ve vlastním specializovaném výcviku. Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou. Obsah specializačního vzdělávání se řídí Vzdělávacím programem pro obor geriatrie MZD ČR platným v době zařazení do oboru. [Vzdělávací program z roku 2018](#) je ve Věstníku MZD ČR.

Specializační vzdělávání probíhá v akreditovaných geriatrických zdravotnických zařízeních a jejich [seznam se zveřejňuje na webu Ministerstva zdravotnictví](#). V současnosti je v ČR akreditováno pro specializační vzdělávání v geriatrii 42 pracovišť.

¹¹ Topinková E, Mádlová P. Pregraduální výuka geriatrie a Evropské curriculum pro výuku na lékařských fakultách. Geri a Gero 2014; 3: 95–99)

Kontinuální vzdělávání

V rámci kontinuálního vzdělávání probíhá realizace kurzů zaměřených na získávání a prohlubování znalostí v geriatrii pro geriatry, všeobecné praktické lékaře, další lékaře specialisty jiných odborností a farmaceuty na půdě IPVZ, LF, ČLS JEP, České lékařské komory, odborných společností a dalších vzdělávacích institucí i pro poskytovatele sociálních služeb.

ČGGS ČLS JEP intenzivně spolupracuje s odbornými společnostmi. Významnou je kooperace při tvorbě doporučených postupů a při zapojování do mezinárodních projektů např. s ČSPM ČLS JEP, ČKS, ČDS ČLS JEP, ČNS, ČSAT, Farmaceutickou fakultou UK v Hradci Králové aj.

ČGGS ČLS JEP se intenzivně zapojuje do kongresových aktivit jiných odborných společností pro zajištění spolupráce. Sama pak jednou ročně pořádá celostátní výroční Gerontologický kongres a další odborné akce a workshopy s účastí zástupců dalších lékařských i nelékařských organizací.

Velmi důležitou je i podpora mladých odborníků – geriatrů cestou jejich zapojování do publikační a grantové činnosti a do mezinárodní spolupráce. Vhodným nástrojem je dále zajišťovat dostatečnou kapacitu rezidenčních míst v gesci MZD, vzdělávání školitelů podílejících se na předatestačním vzdělávání (v současnosti již zahájeno s podporou Nadačního fondu Alzheimer a Nadačního fondu AVAST), zapojení studentů LF do výzkumu, rozšíření doktorských programů zaměřených na gerontologii a geriatrii, navýšení počtu školitelů v doktorských programech se zaměřením na témata stárnutí).

Celkový počet lékařů zařazených do atestace v oboru geriatry za období od roku 2012 do roku 2024 byl 124. Z tohoto počtu jich úspěšně atestaci dokončilo 114. Za období od 1.1.2024 do 30.9.2024 byl počet nově zařazených lékařů do atestace v oboru geriatry 15.

Vzdělávání NLZP v oboru geriatry a gerontologie

Systém kvalifikačního vzdělávání pro NLZP je stanoven zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Odbornou způsobilost lze získat dle jednotlivých kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků absolvováním tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního programu, dále akreditovaného vzdělávacího programu na vyšších odborných školách, školního vzdělávacího programu na středních zdravotnických školách nebo akreditovaného kvalifikačního kurzu, a to dle jednotlivých zdravotnických povolání.

Kvalifikační vzdělávání všeobecných sester, porodních asistentek a zdravotnických záchranářů

V roce 2023 byla NCO NZO vypracována analýza dokumentů kvalifikačního vzdělávání zaměřená na výkon povolání všeobecná sestra, porodní asistentka a zdravotnický záchranář v geriatrii a gerontologii. Analýze byly podrobeny obsahy jednotlivých předmětů/modulů v dostupných studijních a vzdělávacích programech, které zahrnovaly požadovanou problematiku geriatry a gerontologie. K analýze bylo použito celkem 22 studijních/vzdělávacích programů, a to 6 programů v oboru Diplomovaná všeobecná sestra, 6 programů v oboru Ošetrovatelství, 4 programů v oboru Porodní asistence a 6 programů v oboru Zdravotnické záchranářství.

Závěr uvedené analýzy uvádí, že ve všech studijních/vzdělávacích programech je zkoumaná

problematika geriatry a gerontologie zahrnuta, a že jsou ve studijních plánech jednotlivých programů rovněž obsaženy odborné předměty/moduly jako např. psychiatrie, neurologie, psychologie a její podobory, v jejichž obsahu je tematika geriatry a gerontologie obsažena, avšak nelze zcela identifikovat jejich konkrétní obsah ani rozsah, v jakém je daným oblastem věnována pozornost. Z analýzy vyplývá, že všechny zkoumané studijní/vzdělávací programy obsahují problematiku geriatry a gerontologie v rozsahu, který souhrnně odpovídá požadavkům stanoveným na minimální počty hodin příslušnými kvalifikačními standardy.

Specializační vzdělávání NLZP

V návaznosti na novelu Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, byl v roce 2020 zveřejněn nový vzdělávací program Všeobecná sestra – ošetrovatelská péče v geriatry. Specializační vzdělávání je členěno do samostatných modulů a obsahuje teoretickou i praktickou výuku. Pro obor všeobecných sester je jeho rozsah celkem 648 hodin. V roce 2022 zahájilo studium vzdělávacího programu Všeobecná sestra – ošetrovatelská péče v geriatry v NCO NZO 20 osob.

Zvláštní odborná způsobilost NLZP

Další možnosti zvyšování kompetencí NLZP v oblasti péče o geriatrické pacienty lze uskutečnit absolvováním akreditovaných certifikovaných kurzů se zaměřením na jednotlivé kategorie NLZP s vazbou na konkrétní problematiku daného oboru. Po ukončení získá absolvent kurzu zvláštní způsobilost pro úzce vymezené činnosti uvedené na certifikátu. Pro pracovníky v geriatry se může jednat např. o aktivizaci pacientů, hojení ran aj.

Současné výzvy pro obor geriatry

S ohledem na demografickou predikci rostoucího podílu seniorské populace ve společnosti lze do budoucna předpokládat kontinuální zvyšování počtu geriatrických, křehkých a polymorbidních pacientů¹² v mnoha oblastech zdravotních služeb.

V současné době existuje v ČR jen málo poskytovatelů zajišťujících péči geriatrickým pacientům v celém jejím spektru. Péče je zaměřena hlavně na aktuální zdravotní problémy bez celistvého hodnocení zdravotního a funkčního stavu pacienta a jeho potenciálu. Není dostatečně řešena kontinuita péče a její provázanost. Převažující chronická polymorbidita bude vyžadovat zlepšení provázanosti primární, geriatrické a další odborné péče, dostupných komunitních služeb a provázanost zdravotně sociální péče pro geriatrické pacienty. Klíčovým prvkem podporujícím celostní integrovanou péči jsou geriatrické ambulance. Výzvou je jejich dostatečná dostupnost.

Neformální pečující geriatrických pacientů se často potýkají s nedostatkem informovanosti, která by jim umožňovala poskytování efektivní péče a zároveň snižovala jejich stres a vyčerpání. Je nezbytné intenzivně řešit jejich podporu ve vztahu k prevenci nežádoucích příznaků a ke stabilizaci onemocnění, a to prostřednictvím poradenské činnosti a vzdělávání, tj. tréninkem zaměřeným na poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí.

Z pohledu prevence, diagnostiky a léčby onemocnění vyššího věku a geriatrických syndromů

¹² Obr. č. 4 Nárůst počtu chronických onemocnění v závislosti na věku

a dispenzarizace seniorů se závažnými geriatrickými syndromy se svým obsahem a náplní ukazuje jako optimální zajištění podpory ze strany ambulantní geriatrické péče, která musí úzce kooperovat se zdravotními službami poskytovanými ze strany praktických lékařů.

Nízká zdravotní gramotnost u české populace může vést do budoucna k rizikovému nárůstu prevalence geriatrických syndromů. Nedostatečná informovanost geriatrických pacientů pak k opakovaným a negativním změnám jejich současného zdravotního stavu, který může ústít až v opakované hospitalizace a rapidní snižování jejich zdravotního potenciálu.

Zásadní výzvou, která se prolíná s většinou problematik geriatrické a gerontologické péče, je pak zajištění komplexní geriatrické podpory geriatrickým pacientům z pohledu adekvátních personálních kapacit lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků s odpovídajícími odbornými kompetencemi. S touto problematikou souvisí podpora stávajících pracovníků v oblasti kultivace systému poskytování geriatrických služeb i podpora zájmu nových pracovníků o obor geriatrie a jejich odpovídající vzdělávání.

Konkrétním cílem v oblasti vzdělávání je pak rozšíření a harmonizace výuky geriatrie pro všechny studenty LF v ČR, deklarace geriatrie jako samostatného předmětu a zajištění dostatečné délky výuky v rozsahu nejméně 30-40 hodin, a to jak teoretické, tak praktické. Důležitá je harmonizace jejího obsahu v souladu s připravovaným evropským curriculum tak, aby měli všichni absolventi LF členů UEMS základy oboru srovnatelné v potřebném rozsahu.

1.B Kontext vzniku a existence NPGP ČR

NPGP ČR vzniká jako souhrnný a zastřešující dokument strategických cílů a návrhů konkrétních opatření, které reagují na stávající demografické výzvy v oblasti stárnutí populace spojené s vyšším rozsahem specifických potřeb geriatrických pacientů a obecně systému jejich podpory. NPGP ČR navazuje některými cíli na Návrh koncepce geriatrické péče již z roku 2001, které jsou modifikovány v návaznosti na současný společenský vývoj a systémové nastavení struktury zdravotní péče a vzdělávání v oblasti péče o geriatrického pacienta. Významným posunem je pak v současnosti akcentované téma frailty.

NPGP ČR zároveň reflektuje směr strategických vizí v oblasti koncepčního celonárodního pojetí zdravotní péče, zejména pak Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Zdraví 2030“) schváleného usnesením vlády ČR č. 743/2020 ze dne 13. července 2020, který je realizován prostřednictvím implementačních plánů k jednotlivým specifickým cílům.

1.B.1 Synergie NPGP ČR s mezinárodními a národními strategiemi

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Zdraví 2030“)

Realizace NPGP ČR bude přispívat k dosažení více strategických a specifických cílů, především však k plnění strategického cíle 2 „Optimalizace zdravotnického systému“ a jeho specifického cíle 2.1 „Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví“.

Specifický cíl 2.1 – Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví

Specifický cíl usiluje o to, aby byly všem obyvatelům ČR v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí apod.) zaručeny spravedlivé příležitosti k užívání zdravotních a sociálních služeb současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru dle potřeb a ve všech potřebných formách (od ambulantních, terénních, poskytovaných ve vlastním sociálním prostředí, po lůžkové/pobytové, využitelné pro přechodné či trvalé řešení životní situace klienta), a to po celý životní cyklus obyvatel České republiky.

Tato široká oblast zahrnuje celé spektrum témat od reformy péče o duševní zdraví až po péči o nemocné s demencí nebo polymorbidní a křehké pacienty. Významná část se zaměřuje na nastavení podmínek pro nastavení spolupráce a návaznosti služeb v rámci péče poskytované pacientům s dlouhodobým chronickým onemocněním. Zaměřuje se na podporu aktivit na systémové úrovni i na zcela konkrétní problematiku podpory integrace a podpory služeb v rámci lůžkové zdravotní péče, ambulantní zdravotní péče i péče ve vlastním sociálním prostředí. Věnuje se dále i podpoře neformálních forem péče.

Další strategické a rozvojové dokumenty

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020-2030 (NAPAN)

Tento plán přináší soubor specifických opatření, jejichž implementace povede v průběhu následujících deseti let ke zvýšení povědomí o Alzheimerově nemoci a k adekvátní podpoře ze strany veřejných institucí pro osoby žijící s demencí i pro rodinné pečující. Jednotlivá

opatření jsou zaměřena především na vznik doporučených postupů a rozšíření sítě služeb, na vzdělávání odborníků ze zdravotní i sociální oblasti a také formálních i neformálních pečujících, na podporu epidemiologie a výzkumu demence, na prevenci vzniku kognitivních poruch, na zvýšení povědomí o demenci a také na ochranu práv osob žijících s demencí. NAPAN připravilo Ministerstvo zdravotnictví spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí a s odborníky ze zdravotní i sociální oblasti.

Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020-2026

Hlavním cílem tohoto programu je prostřednictvím výstupů a dopadů z podpořených projektů přispět ve střednědobém i dlouhodobém horizontu ke zlepšování zdraví v české populaci a pokračovat v zabezpečení aktuálních potřeb ve zdravotnictví České republiky. V rámci podpořených projektů bude dosaženo nových poznatků, které přispějí ke zlepšení klinických postupů v diagnostice, léčbě a prevenci při řešení nejčastějších, ale i vzácných nebo zcela nových onemocnění. Cílem programu je také přispět k tomu, aby úroveň zdravotnického výzkumu v České republice byla srovnatelná s vyspělými státy Evropské unie. Program má tři hlavní oblasti: Vznik a rozvoj chorob, Nové diagnostické a terapeutické metody a Epidemiologie a prevence nejzávažnějších chorob.

Koncepce ošetřovatelství

Koncepce řeší rozvoj ošetřovatelství v ČR v letech 2021–2030, přičemž reflektuje predikované potřeby jednotlivce, rodiny a společnosti pro zvyšování kvality života za podmínek udržitelnosti ekonomického rozvoje. Cílem Koncepce je popis současného stavu českého ošetřovatelství, nastínění jeho vývoje v následujících letech a prostřednictvím jednotlivých strategických cílů navržení postupů směřujících k poskytování efektivní ošetřovatelské péče a posílení postavení sester ve společnosti. Koncepce se týká zdravotnických povolání, jejichž základní činností je poskytování ošetřovatelské péče (všeobecná sestra, dětská sestra, praktická sestra, ošetřovatel, sanitář a zdravotnický záchranář).

Koncepce domácí péče v ČR

Definuje rozvoj zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kterou se s odkazem na zákon o zdravotních službách rozumí ošetřovatelská, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče, s odkazem na zákon o veřejném zdravotním pojištění jako zvláštní druh ambulantní péče, jejímž prostřednictvím je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb

Vytvořená strategie reaguje na dlouhodobou vizi sociálních služeb v ČR stanovenou v Národní strategii rozvoje sociálních služeb: „Existuje funkční stabilizovaná základní síť dostupné pomoci a podpory zajišťovaná prostřednictvím činností sociálních služeb. Síť sociálních služeb efektivně naplňuje potřeby jednotlivců/osob i společnosti plynoucí ze zásadních společenských jevů (např. nezaměstnanost, péče o zdravotně postižené osoby, sociálně vyloučené osoby aj.) a současně je tato síť transparentně financovaná z veřejných i soukromých prostředků.“ Na základě aktuálních analytických podkladů z diskuze s partnery je tato vize v tomto dokumentu rozpracována do podoby cílů a opatření, kterých je možné prostřednictvím působení sociálních služeb v horizontu let 2016–2025 dosáhnout. Účelem této strategie je nastavit systém sociálních služeb tak, aby odpovídal potřebám lidí v nepříznivé situaci a následně uživatelům sociálních služeb, a umožnil jim žít v jejich přirozeném prostředí, pokud je to možné s využitím neformální péče.

Akční plán k naplnění Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti na období 2023–2025

Tento dokument vyzdvihuje podporu geriatrické péče jako jedno z klíčových témat. Uvádí, že by měla být věnována pozornost komplexní funkční diagnostice a hodnocení soběstačnosti, zajištění podmínek pro domácí zdravotní péči, komplexním geriatrickým službám včetně prevence – dostatečná síť ambulancí (dostupnost geriatrické ambulance alespoň v každém okrese), geriatrických oddělení a klinik ve fakultních nemocnicích, geriatrických konziliářů v ostatních nemocnicích, geriatrické následné, dlouhodobé i paliativní péče. Upozorňuje na nutnost integrace zdravotních a sociálních služeb, zajištění dostatečného počtu lůžek. V neposlední řadě se zamýšlí nad nezbytným důrazem na odbornost a prestiž specializace lékaře geriatra.

1.B.2 Postup zpracování strategického materiálu

NPGP ČR je výsledkem intenzivní spolupráce MZD (jako gestora) se všemi klíčovými zainteresovanými stranami a integruje vstupy z Návrhu koncepce geriatrické péče zpracovaného Českou geriatrickou a gerontologickou společností, z návrhu priorit a vizí schválených PS Geriatrie a vstupy za specifické oblasti věnující se rozvoji mezioborové spolupráce. Analytickou a statistickou podporu poskytl Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Návrhy ve strategické části se významně opírají o data a analýzy uvedené v materiálu.

Analytická fáze byla zpracována v období roku 2024. Data získaná v rámci této fáze byla promítnuta do strategické (návrhové) části. Aktualizovaný materiál byl diskutován se zástupci zainteresovaných subjektů. Po diskusi a úpravě byl materiál vložen do obligatorního a fakultativního vnitřního resortního a vnějšího meziresortního připomínkového řízení, které bylo rozšířeno tak, aby zahrnovalo všechny zainteresované strany.

Po schválení NPGP ČR vládou ČR budou práce pokračovat formulací implementačních plánů, tedy rozpracováním níže uvedené návrhové části do detailních prováděcích dokumentů pokrývajících realizaci jednotlivých strategických oblastí tak, aby bylo možné na jejich základě zpracovat příslušné projekty.

1.B.3 Uživatelé NPGP ČR

V centru dění je **široká laická veřejnost**, která je nejenom cílovou skupinou řady intervencí NPGP ČR (preventivních, léčebných, rehabilitačních), ale zároveň je v řadě dílčích cílů aktivním spolurealizátorem aktivit, neboť bez účasti laické veřejnosti nebude možné dosáhnout cílů a vize NPGP ČR.

Dalšími uživateli, na nichž spočívá největší díl odpovědnosti za plnění (viz strategická a implementační část), jsou:

- Ministerstvo zdravotnictví
- Ústav zdravotnických informací a statistiky
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Ministerstvo financí
- Ministerstvo pro místní rozvoj
- Ministerstvo obrany
- Ministerstvo vnitra
- Zdravotní pojišťovny
- Členové odborných společností ČLS JEP, členové dalších lékařských společností
- AKL
- Česká asociace sester
- Poskytovatelé zdravotních služeb
- Poskytovatelé sociálních služeb
- Pacientské organizace
- Kraje a města ČR z pozic tvůrců politik rozvoje zdravotní péče v regionech a zároveň z pozic zřizovatelů a poskytovatelů zdravotních služeb a vzdělávacích zařízení

Mezi subjekty, jejichž aktivní spolupráce na NPPGP ČR je přínosná, náleží:

- Mezinárodní partneři a organizace (např. WHO)
- Geriatřičtí pacienti, křehcí a polymorbidní pacienti
- Neformální pečující
- Vzdělávací organizace pro lékaře a zdravotníky
- Vzdělávací organizace pro veřejnost
- Profesní organizace
- Rada seniorů ČR a další NNO
- Agentura pro zdravotnický výzkum ČR
- Státní ústav pro kontrolu léčiv
- Státní zdravotní ústav
- Krajské hygienické stanice
- Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky
- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
- Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
- Média

1.C Analytická část

1.C.1 Základní výstupy z mezinárodního srovnání a analytické části

Dle odhadů Eurostatu pro rok 2021 byla hodnota střední délky života při narození (naděje dožití) v ČR 77,4 let (kalkulováno pro obě pohlaví). Hodnota pro ČR je pod průměrem EU-27 o necelé 3 roky kratší a staví tak českou populaci na 17. pozici z 26 zemí EU (za Irsko není odhad k dispozici).

Nejvyšší střední délku života vykazovalo ze zemí EU v roce 2021 Španělsko s 83,3 roky, což je o 6 let více než v ČR. Nejhuře z mezinárodního srovnání v roce 2021 vyšlo Bulharsko se střední délkou života 71,4 let, což je o 6 let méně než v ČR. Střední délka života při narození vykazuje v české populaci stejný trend jako průměr EU, dlouhodobě je ale významně nižší než průměr EU. Vlivem pandemie COVID-19 došlo v letech 2020 a 2021 k výraznému poklesu tohoto ukazatele na úroveň dosahovanou před 10 lety. V roce 2021 poklesla střední délka života při narození vlivem pandemie COVID-19 u žen na 80,6 let, což je o 1,6 roku méně, než činí historické maximum 82,2 let v roce 2019 a o 2,2 roku méně, než představuje současný průměr EU. Střední délka života při narození u mužů poklesla mezi roky 2019 až 2021 o 2,1 roku na 74,3 let, což je o 2,9 roku méně, než činí současný průměr EU.

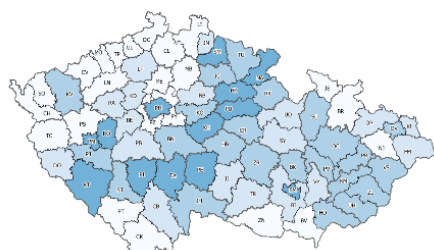
Podíl osob ve věku 65–79 let

Dle ECHI 2019 byl podíl osob ve věku 65–79 let v ČR o 1,2 % vyšší než průměr celé EU, čímž se řadila na 4. místo mezi státy s nejvyšším podílem uvedených osob. Podíl osob 65–79 let byl v ČR 15,5 %, zatímco podíl v EU je 14,3 %.

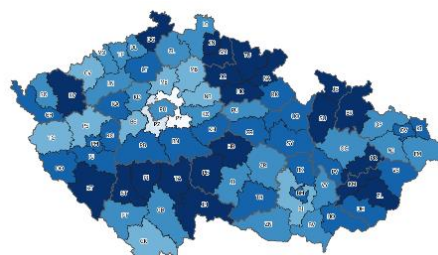
V České republice můžeme pozorovat zvyšování počtu osob starších 65 let i jejich podílu na populaci. Nejnížší podíl seniorů dlouhodobě vykazují Středočeský kraj a Hlavní město Praha. V roce 2021 byl v celé ČR průměrný podíl osob starších 65 let 20,6 %.

Obrázek 1 Podíl osob ve věku 65+ v populaci

31.12.2011



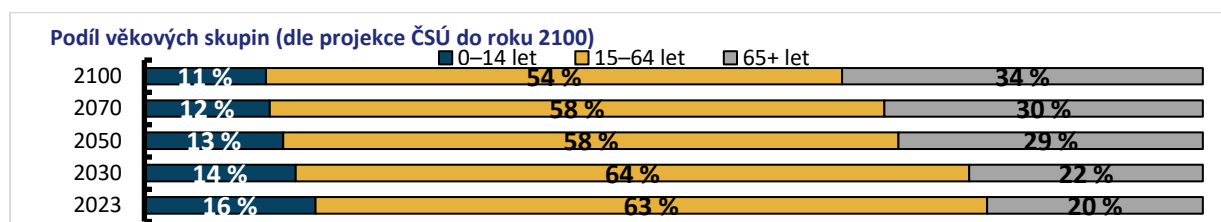
31.12.2021



Zdroj: Český statistický úřad

Dle dat ČSÚ populace ČR významně stárne. Je strategické do roku 2100 počítat se zvýšením podílu osob starších 65 let až na 34 % populace.

Obrázek 2 Podíl věkových skupin a projekce do roku 2100



Zdroj: Český statistický úřad

Predikce nárůstu nemocnosti a chronické nemocnosti

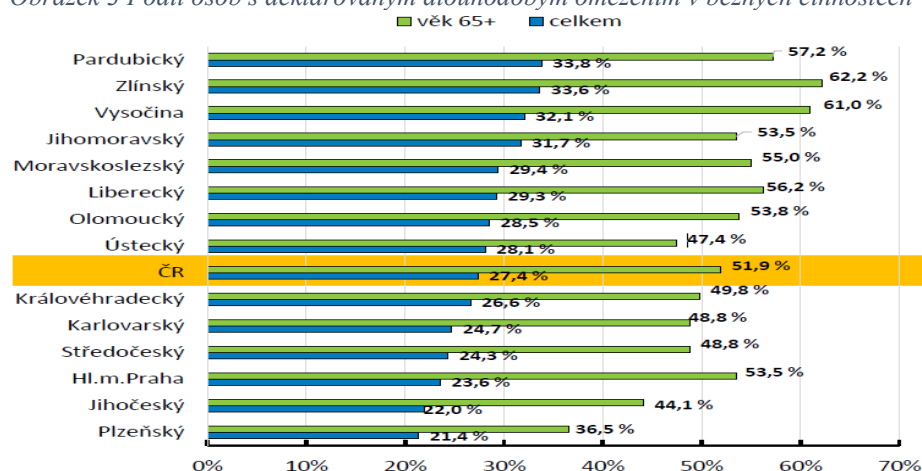
Do 15 let je očekávatelný nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů. Do 20–25 let pak prudký nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů. Dále lze očekávat i nižší zastoupení mladších věkových skupin jako riziko poklesu porodnosti v následujících 10–15 letech¹³.

V ČR s věkem zásadně narůstá chronická nemocnost. U populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 64 %, kdy chronická nemocnost pro celkovou populaci ČR je 36 %. Vysoká chronická nemocnost osob ve věku 65+ je výzvou pro zdravotní systém, která bude s pokračujícím demografickým stárnutím populace pravděpodobně narůstat¹⁴.

V ČR je vysoký i podíl osob, které ve výběrových šetřeních uvádějí, že jsou dlouhodobě zdravotně omezeny, tj. 6 měsíců a déle, kdy se v přepočtu na celou populaci jedná až o 27 %. Tato konstatování očekávatelně narůstají s věkem, kdy u populace osob starších než 65 let omezení související s dlouhodobým zdravotním omezením udává téměř 52 % osob.

Data o subjektivně hodnoceném zdravotním stavu vychází z výběrového šetření „Příjmy a životní podmínky v ČR“, které každoročně realizuje ČSÚ na náhodně vybraném vzorku cca 8,5 tis. domácností. Charakteristiky zdravotního stavu jsou pak sledovány u všech osob ve věku 16 a více let.

Obrázek 3 Podíl osob s deklarovaným dlouhodobým omezením v běžných činnostech



Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC 2021

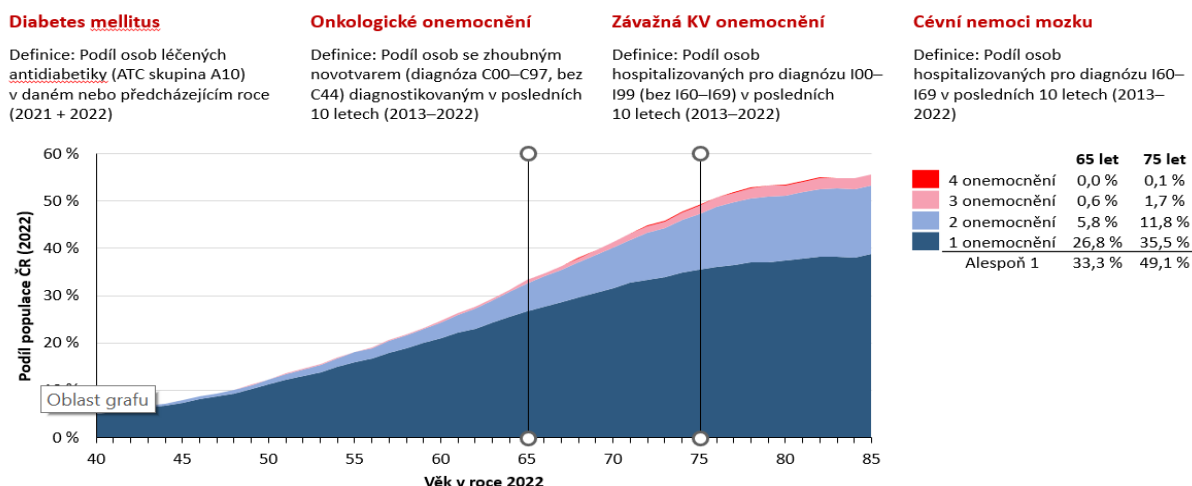
¹³ Zdroj: ČSÚ – ISDEM, <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>

¹⁴ Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC 2021 –Statistics on Income and Living Conditions

Polymorbidita u geriatrických pacientů

S narůstajícím věkem roste v populaci výskyt chronických onemocnění, přičemž od 65 let věku postupně narůstá počet osob kumulací těchto onemocnění.

Obrázek 4 Nárůst počtu chronických onemocnění v závislosti na věku



Zdroj: NRHZS; období rok 2022

V návaznosti na zvýšenou nemocnost a chronickou nemocnost seniorních pacientů je vhodné hodnotit jejich zdravotní status prostřednictvím tzv. komorbiditního indexu, tedy DCCI¹⁵. Vyšší počet bodů (tedy výskyt více závažných onemocnění) je u pacientů ve věku 65+ let, kteří měli alespoň jeden kontakt se zdravotní péčí geriatrických odborností, výrazně vyšší, než je tomu u pacientů stejného věku, kteří měli kontakt se zdravotní péčí jiných odborností. I přes celkový nízký počet kontaktů s geriatrickými odbornostmi je patrné, že geriatrickí pacienti, kterým byla geriatrická péče poskytnuta, trpí vícečetným výskytem závažných onemocnění. Obecně je vysoká i polymorbidita u ostatních pacientů nad 65+ let, kteří měli minimálně jeden kontakt se zdravotní péčí mimo geriatrické odbornosti.

Obrázek 5 Komorbiditní index (DCCI)

	Průměr bodů (alespoň 1x kontakt mimo gerii) N = 2 325 207	Průměr bodů (alespoň 1x geriatrická odbornost) N = 13 073
65–74 let	1,6	3,7
75–84 let	2,3	3,9
85 let a více	2,8	4,0
Průměr	2,0	3,9

DCCI skóre:

- 0 bodů (bez onemocnění)
- 1 bod (1 onemocnění)
- 2 body (2 onemocnění / 1 komplikovanější onemocnění)
- 3–4 body (více nemocí – zhoršený stav)
- 5 a více bodů (více nemocí – závažný stav)

Zdroj: NRHZS; období: rok 2022, Unikátní osoby ve věku 65+

¹⁵ DCCI = Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové; pro obyvatele ČR (2022) byla analyzována 5letá historie poskytnuté lékařské péče (za období 2018–2022). Zaznamenaný výskyt vybraných závažných onemocnění je bodově ohodnocen a následným součtem bodů je určeno skóre pro každého obyvatele ČR. Jde o nástroj používaný k hodnocení zdravotního stavu pacientů, zejména starších osob, na základě přítomnosti a závažnosti komorbidit (současně existujících onemocnění). Tento index pomáhá předpovědět riziko úmrtnosti a komplikací u pacientů s více zdravotními problémy.

Základní ekonomická charakteristika

Celkové výdaje na zdravotní péči vzrostly od roku 2010 do roku 2022 téměř dvojnásobně, a to z 302 mld. Kč na 597 mld. Kč. Nejvíce se na celkových výdajích podílí zdravotní pojišťovny. V roce 2022 vydaly na zdravotní péči celkem 426 mld. Kč. Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele v roce 2022 činily 55,5 tis. Kč. Z peněženek domácností šlo v průměru na každého obyvatele 7 930 Kč. V posledních letech se výdaje na zdravotní péči v ČR výrazně zvýšily, zejména pro osoby starší 65 let. Podle dostupných údajů tvoří náklady na zdravotní péči pro seniory dlouhodobě přibližně 40 % celkových výdajů zdravotních pojišťoven. V roce 2019 dosáhly tyto výdaje 132 miliard Kč, což představovalo 43 % z celkových nákladů. Průměrné roční výdaje na jednoho seniora ve věku 65–84 let činily téměř 60 tisíc Kč¹⁶.

Obrázek 6 Výdaje na zdravotní péči podle druhu poskytované péče

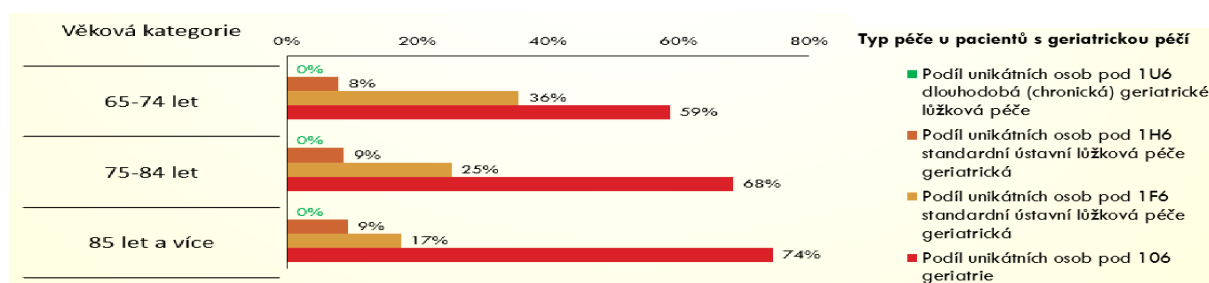
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1. Léčebná péče	180,6	190,4	205,7	225,5	274,5	293,9	317,2
2. Rehabilitační péče	17,3	18,6	20,6	23,4	21,8	24,6	30,6
3. Dlouhodobá zdravotní péče	43,0	47,3	53,4	58,9	67,1	73,3	75,9
4. Doplnkové služby*	18,9	20,2	21,7	23,8	29,2	28,1	28,8
5. Léky a zdravotnické prostředky	72,3	73,9	76,4	80,8	91,9	90,4	96,3
6. Preventivní péče	11,3	12,6	12,9	14,0	20,5	48,6	31,1
7. Správa systému zdravotní péče	8,6	8,6	9,2	10,0	10,8	11,7	11,9
9. Ostatní nebo jinde nezařazené	2,8	3,4	3,9	4,5	7,0	6,8	5,4
Celkem	354,6	375,1	403,7	440,9	522,8	577,4	597,2

*Zahrnuje laboratorní služby, zobrazovací metody a dopravu pacientů, Zdroj: ČSÚ

Poskytnutá zdravotní péče

V roce 2022 byl celkový počet osob ve věku 65+ let, u kterých byla vykázána alespoň jednou geriatrická odbornost (odbornost geriatry - 106), 13 073¹⁷. U všech věkových rozmezí mělo nejvyšší podíl vykazování ambulantní geriatrické péče, která představovala u osob ve věku 65–74 let 59 %, u osob 75–84 let 68 % a u osob 85+ let až 74 %.

Obrázek 7 Unikátní osoby ve věku 65+, které měly alespoň 1x vykázanou geriatrickou odbornost v roce 2022 podle členění odborností



Zdroj: NRHZS; 2022

¹⁶ Zdroj: ČSÚ

¹⁷ 1U6: Standardní lůžková geriatrická péče, která poskytuje základní zdravotní péči a rehabilitaci pro starší pacienty.

1H6: Standardní ústavní lůžková geriatrická péče, zaměřená na hospitalizaci starších pacientů s potřebou dlouhodobé péče a léčby.

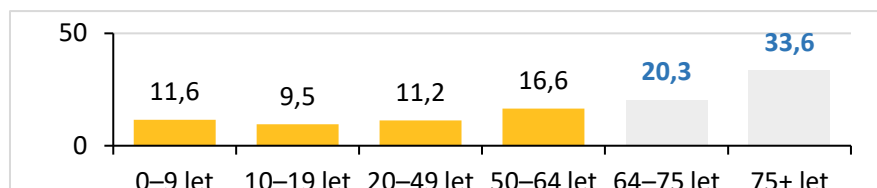
1F6: Standardní ústavní lůžková geriatrická péče, která se specializuje na poskytování péče v nemocničním prostředí pro starší pacienty.

106: Geriatrická odbornost, která zahrnuje lékařské konzultace a ošetření pro seniory bez nutnosti hospitalizace.

Dle věku pacientů dochází s jeho růstem od 50. roku věku k zásadnímu zvyšování počtu kontaktů s poskytovateli ambulantní péče (PL a ambulantní specialisté). Výrazný nárůst lze pozorovat u pacientů ve věku 75+, u kterých byl v roce 2022 průměrný počet kontaktů více než 33.

Z uvedených kontaktů jsou počty kontaktů s všeobecnou ambulantní péčí (odbornost 001 - PL, odbornost 002 - PL pro děti a dospělé a odbornost 003 - lékařská pohotovostní služba) u pacientů ve věku 65–74 let 4,4 a ve věku 75+ 6.

Obrázek 8 Počet kontaktů na 1 osobu za rok 2022: ambulantní odbornosti (PL + specialisté)



Zdroj: NRHZS 2022

Dle NRHZS počet hospitalizačních případů akutní i následné lůžkové péče v přepočtu na 100 tisíc obyvatel v jednotlivých věkových skupinách výrazně narůstá s věkem. V roce 2022 bylo v akutní péči zaznamenáno přes 25 tis. věkové skupiny 65–74 a více než 41 tisíc hospitalizačních případů u osob ve věku 75+, oproti necelým 15 tisícům ve skupině 50–64 let. Tento rozdíl je ještě výraznější v segmentu následné či dlouhodobé lůžkové péče, kdy nejstarší skupina v roce 2022 představovala přes 9,5 tisíc hospitalizačních případů na 100 tis. obyvatel, zatímco osoby ve věku 50–67 let byly dlouhodobě hospitalizovány jen v necelých 1,5 případech na 100 tis. obyvatel.

Obrázek 9 Dlouhodobý trend v objemu akutní lůžkové péče: hospitalizační případy v ČR

Všichni pacienti			Pacienti ve věku 65 – 84 let			Pacienti ve věku 85+		
Rok	Celkový počet hospitalizací		Rok	Celkový počet hospitalizací		Rok	Celkový počet hospitalizací	
	Akutní HP	HP s operací		Akutní HP	HP s operací		Akutní HP	HP s operací
2010	1 978 481	586 871	2010	557 038	131 478	2010	83 430	10 253
2011	1 966 892	584 406	2011	563 498	134 771	2011	87 644	10 980
2012	2 014 207	599 244	2012	596 028	143 111	2012	95 034	11 625
2013	1 990 457	585 219	2013	604 733	145 756	2013	99 134	11 919
2014	2 021 573	594 376	2014	624 692	151 973	2014	104 750	12 367
2015	1 990 123	582 604	2015	626 766	152 055	2015	107 203	12 594
2016	1 977 521	584 819	2016	627 848	157 463	2016	107 838	12 602
2017	1 949 514	577 546	2017	628 420	159 823	2017	109 392	13 099
2018	1 931 006	572 603	2018	631 795	162 177	2018	108 957	13 166
2019	1 919 607	572 359	2019	635 265	165 670	2019	109 729	13 234
2020	1 648 347	470 770	2020	562 791	140 485	2020	98 943	12 114
2021	1 657 165	459 683	2021	568 306	138 926	2021	94 595	11 562
2022	1 800 427	555 928	2022	621 121	171 379	2022	102 546	12 436
2023	1 801 861	564 963	2023	636 300	176 876	2023	101 387	12 718

2010 -> 2023: - 9% / - 4%	2010 -> 2023: + 14% / + 35%	2010 -> 2023: + 22% / + 24%
---	---	---

Zdroj: ÚZIS

U následné a dlouhodobé lůžkové péče je počet opakovaných hospitalizací za rok 2022 u věku 65–74 let 3229/100tis.obyvatel a u věku 75+ dokonce 9559/100tis.obyvatel. To je výrazný nárůst oproti věkovému rozmezí 50–64 let s počtem 1410/100tis.obyvatel.

V průběhu období 2010–2022 lze pozorovat v absolutních počtech dlouhodobých hospitalizací (tedy nad 30 dní) pacientů ve věku 65+ roční nárůst.

Obrázek 10 Počet dlouhodobých hospitalizací pacientů ve věku nad 65 let – absolutní počty

Počet dlouhodobých hospitalizací pacientů ve věku nad 65 let – absolutní počty

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ČR	60 284	63 675	63 870	65 316	68 237	68 478	69 343	69 792	69 861	70 454	69 032	66 354	71 820

Zdroj: NRHZS, 2010–2022

V průběhu období 2010–2022 lze ročně pozorovat rovněž vzrůstající tendenci v absolutních počtech dlouhodobých hospitalizací (tedy nad 30 dní) pacientů ve věku 75+.

Obrázek 11 Počet dlouhodobých hospitalizací pacientů ve věku nad 75 let – absolutní počty

Počet dlouhodobých hospitalizací pacientů ve věku nad 75 let – absolutní počty

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ČR	40 200	42 656	42 666	42 806	44 023	43 587	44 082	44 343	44 189	44 427	43 931	41 109	48 108

Zdroj: NRHZS 2010–2022

Očkování seniorské populace dle průzkumu Rady seniorů ČR¹⁸

Z průzkumu Rady seniorů ČR jednoznačně plyne, že senioři nemají informace o očkovacím kalendáři dospělých. Respondenti uvedli, že často nejsou od svých lékařů s možnostmi očkování seznámeni. Pouze 23 % bylo s očkovacím kalendářem seznámeno, 30 % uvedlo, že jim lékař předal informace pouze o vybraných vakcínách. Většina zúčastněných uvedla zájem o dané informace (64 %), chtějí znát klady a zápory a poté se rozhodnout. Z dat průzkumu dále plyne, že více jsou seniory přijímány, a tedy i aplikovány, vakcíny, které lékaři častěji nabízejí nebo přímo doporučují (chřipka 80 %, pneumokokové infekce 60 %, klíšťová encefalitida 51 %), jsou i více využívány.

Očkování proti pneumokokovým infekcím

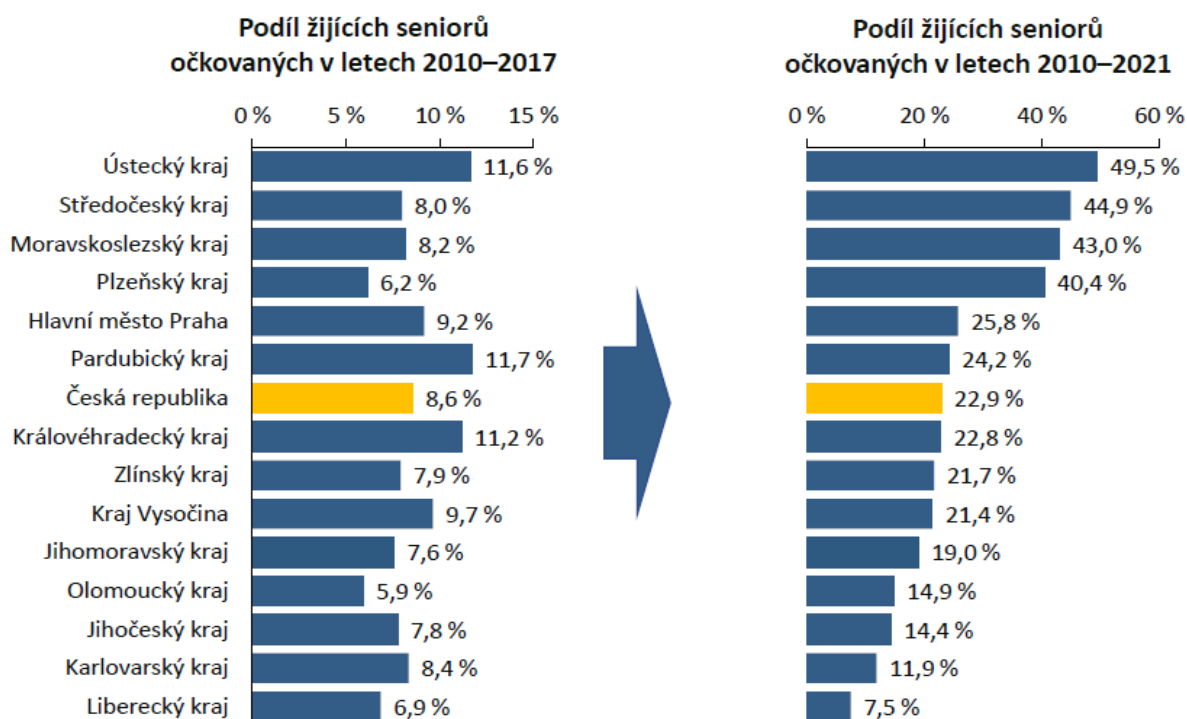
Za účelem podpory komunitní prevence je očkování proti pneumokokovým infekcím zařazeno mezi pravidelná (tedy povinná) očkování u fyzických osob umístěných v zařízeních pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory a u fyzických osob umístěných v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem, pokud tyto fyzické osoby trpí chronickým nespecifickým onemocněním dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév nebo ledvin nebo diabetem léčeným inzulínem.

Od září roku 2015 platí novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která ukládá pojišťovnám povinnost hradit seniorům – pojištěncům nad 65 let věku očkování proti pneumokokovým infekcím. Od té doby došlo k výraznému nárůstu očkovaných pacientů.

¹⁸ Průzkum proběhl v roce 2024 v období 08/09.

Přestože má počet očkovaných spíše stoupající tendenci, je zde stále velký prostor pro zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva stejně jako poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb a zvyšování proočkovanosti cílové populace, a to včetně osob v institucionalizované péči, neboť podíl proočkovanosti seniorské populace i přes tento nárůst stále dosahoval v roce 2022 podílu 22,9 %.

Obrázek 12 Proočkovanost seniorů primovakínou proti pneumokokové infekci v krajích 2010–2021



Zdroj: NRHZS

Očkování proti chřipce

Celorepublikový průměr proočkovanosti seniorů ve věku 65+ proti chřipce dosahuje 24 % za rok 2022, přičemž se v rámci jednotlivých krajů objevují rozdíly. Nejvyšší podíl očkovaných seniorů 65+ je v Ústeckém kraji, kde tvoří 27 %. Nejnižší podíl pak nalezneme v Plzeňském kraji, kde se rovná 20 %.

Proočkovanost proti chřipce u pacientů s vybranými onemocněními v letech 2010–2022 narůstá, avšak u žádného ze sledovaných onemocnění výrazně nepřevyšuje 25 %.

Nejvýznamnější posun lze pozorovat u pacientů s CHOPN (nárůst od roku 2010 z 16 % na 22 %). Nejnižší proočkovanost byla zaznamenána u pacientů s astma bronchiale (10 %) a dále u sledovaných kardiovaskulárních onemocnění (15 %). Naopak pacienti s onemocněním ledvin (N17-N19) vykazovali v roce 2021 proočkovanost 22 % a pacienti trpící diabetem 20 %.

Obrázek 13 Pacienti s vykázaným onemocněním v daném roce, kteří byli ve stejném roce očkováni proti chřipce

Pacienti s vykázaným onemocněním v daném roce, kteří byli ve stejném roce očkováni proti chřipce.

Proočkovanost proti chřipce u vybraných onemocnění

Rok	Kardiovaskulární onemocnění (J20–J25, I30–I51, I70–I79)	CHOPN (J44)	Astma bronchiální (J45)	Onemocnění ledvin (N17–N19)	Diabetes mellitus (E10–E14)
2010	11,0%	15,5%	6,1%	16,9%	14,6%
2011	11,2%	15,9%	6,3%	17,3%	14,9%
2012	11,6%	16,3%	6,4%	17,5%	15,2%
2013	12,2%	18,0%	7,2%	18,8%	16,4%
2014	11,9%	17,8%	7,0%	18,4%	16,3%
2015	12,1%	18,3%	7,4%	18,9%	16,8%
2016	13,1%	19,7%	8,0%	19,9%	17,8%
2017	13,4%	20,1%	8,4%	19,9%	17,9%
2018	14,0%	21,2%	9,1%	20,8%	18,8%
2019	15,2%	22,5%	10,0%	22,0%	19,8%
2020	17,0%	23,8%	11,2%	23,0%	20,8%
2021	16,6%	24,1%	11,3%	23,2%	21,6%
2022	15,0%	21,6%	10,4%	22,2%	20,1%

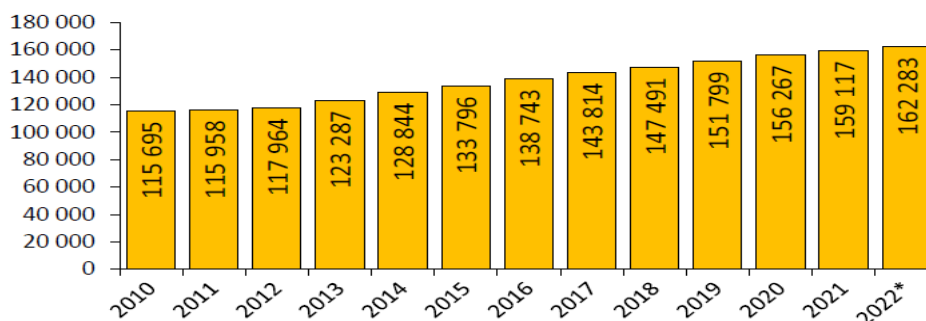
Zdroj: NRHZS

Zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí

Ročně je v domácí péči léčeno více než 160 tisíc obyvatel (1,5 % populace v roce 2022). Meziročně je znatelný kontinuální nárůst těchto pacientů, kdy např. v porovnání s rokem 2012 došlo k nárůstu o téměř 38 %.

Obrázek 14 Celkový počet osob v domácí péči v ČR v letech 2010–2022

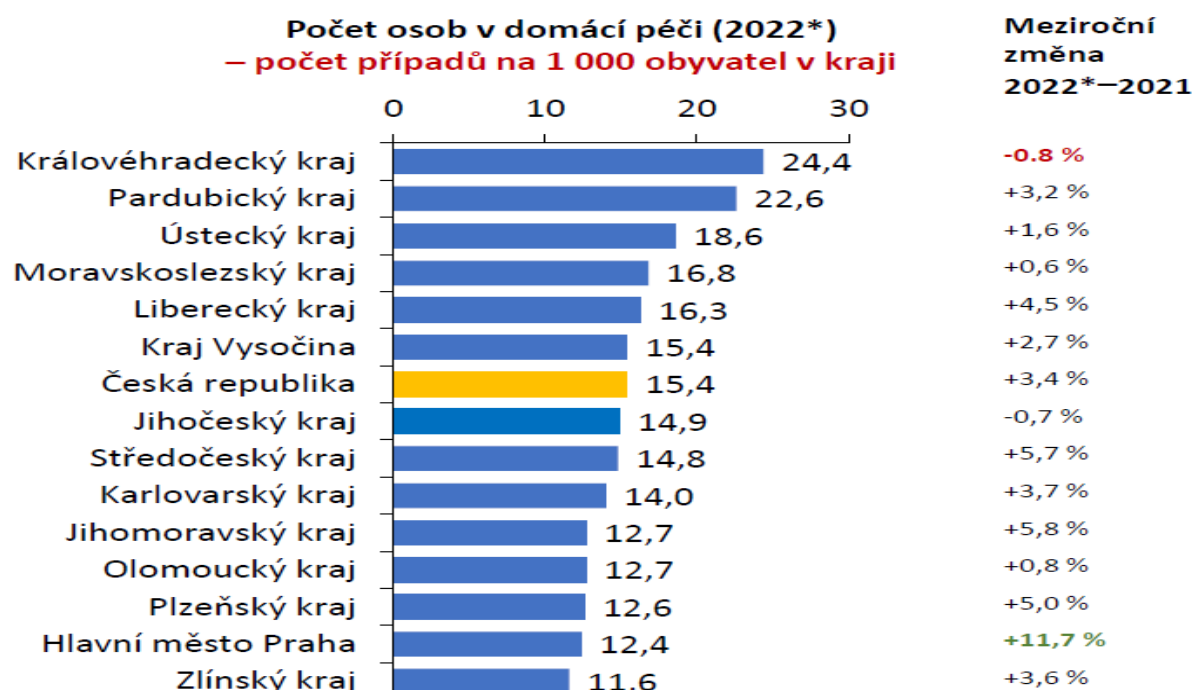
Celkový počet osob v domácí péči v ČR v letech 2010–2022*:



Zdroj: NRHZS 2021–2022

Výrazné rozdíly v počtu osob léčených v domácí péči/1000 obyv. lze pozorovat napříč kraji ČR, a to s ohledem na dostupnost tohoto segmentu služeb. Zatímco celorepublikový průměr se pohybuje kolem 15,4/1000 obyv., v Královéhradeckém kraji je podíl 24,4/1000 obyv., Pardubickém kraji 22,6/1000 obyv. a Ústeckém kraji 18,6/1000 obyv., což jsou nejvyšší hodnoty v ČR. Nejnížší podíly jsou naopak ve Zlínském kraji s 11,6/1000 obyv., v Hl. m. Praha s 12,4/1000 obyv. a Plzeňském kraji s 12,6/1000 obyv.

Obrázek 15 Počet osob v domácí péči (2022) - počet případů na 1000 obyvatel v krajích



Zdroj: NRHZS, 2021-2022

Personální zajištění péče o geriatrické pacienty

V ČR bylo v roce 2023 celkem 86 geriatrických pracovišť s 183 aktivními lékaři. Z toho bylo celkem 67 pracovišť ambulantní péče, které zahrnovaly celkem 130 lékařů. Z přepočtu na úvazky, kterých bylo na ČR celkem 71,4 a pro ambulantní péči 26,7, je patrné, že je nezbytná podpora geriatry směřovaná na zvýšení zájmu o studium či praxi v oboru.

V rámci těchto dat je nezbytné uvést, že se nejedná o celkové počty geriatrických lékařů, nýbrž jsou zohledněni jen ti lékaři odbornosti v geriatrii, kteří v současné době vykonávají a vykazují specializovanou geriatrickou péči a výkony geriatrické odbornosti. Celkový počet geriatrů registrovaných při ČGGS ČLS JEP je aktuálně 308. V současnosti mnoho atestovaných geriatrů pracuje sektoru v následné péči (konkrétně v následné geriatrické a ostatní péči).

V návaznosti na uvedené je nezbytné hledat cesty i k motivaci stávajících poskytovatelů specializované geriatrické péče tak, aby bylo možné využít jejich odborného potenciálu specificky v péči o geriatrické pacienty. Podpora vzdělávání a zájmu mladších lékařů je nezbytná i s ohledem na všeobecný trend stárnutí lékařů, kdy průměrný věk je pro poskytovatele geriatrické péče 50,8 a pro geriatrické ambulance 53 let.

Pro porovnání uvádíme, že průměrný věk všech „aktivních“ lékařů v roce 2013 činil u mužů 49,3 let, u žen 47,8 let a v úhrnu za muže a ženy 48,4 let. V posledních letech se průměrný věk lékařů každoročně zvyšuje. Například u lékařů s hlavním oborem činnosti všeobecné praktické lékařství byl v roce 2013 průměrný věk je to nyní 54,3 let. Na celkovém počtu lékařů se lékaři starší 50 let podíleli téměř 48 %, kdy z toho konkrétně lékaři ve věku 50 až 59 let tvořily 25 % a lékaři ve věku 60 let a více 23 %.

Obrázek 16 Personální zajištění péče o geriatrické pacienty – lékaři

Kraj	Počet pracovišť*	Počet lékařů**	Suma úvazků lékařů	Suma úvazků na 100 000 obyvatel	Průměrný věk lékařů
Hl. m. Praha	21	42	22.5	1.8	53.9
Středočeský kraj	9	20	5.3	0.4	51.9
Jihočeský kraj	3	3	0.8	0.1	61.7
Plzeňský kraj	5	9	5.3	0.9	53.2
Karlovarský kraj	-	-	-	-	-
Ústecký kraj	1	2	0.2	0.0	61.5
Liberecký kraj	3	4	0.7	0.2	60.5
Královéhradecký kraj	8	22	1.8	0.3	48.0
Pardubický kraj	8	13	5.7	1.1	52.1
Vysočina	2	4	0.4	0.1	57.3
Jihomoravský kraj	5	28	12.9	1.1	36.7
Olomoucký kraj	8	10	2.4	0.4	61.5
Zlínský kraj	2	7	5.0	0.9	52.3
Moravskoslezský kraj	11	20	8.5	0.7	52.6
GERIATRIE CELKEM	86	183	71.4	0.7	50.8
z toho AMBULANTNÍ G.	67	130	26.7	0.3	53.0

* počet pracovišť s hlavní nasmlouvanou odborností „Geriatric“ k 31. 12. 2023

** počet aktivních lékařů k 30. 9. 2023

Zdroj: NRHZS, NRZP

1.C.2 Analýza SWOT

Silné stránky	Slabé stránky
• je k dispozici jasná mezinárodně platná definice geriatrické péče vycházející z definice formulované World Health Organisation (WHO) a International Association of Geriatrics and Gerontology (IAGG) používaná v celé Evropě • geriatrice je jedním z legislativně ukotvených základních lékařských oborů v ČR • geriatrice má nastaven jasně definovaný systém specializačního vzdělávání a má klíčové kompetence oboru definovány v evropském rámci lékaři v oboru geriatrice dokáží zajistit optimální využití prostředků v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče • navázaná spolupráce českých geriatrických pracovníků v rámci EU a WHO	• nízká atraktivita geriatrického oboru pro lékaře, studenty (omezený počet pracovišť, chybí plošná provázanost se vzdělávacími institucemi, nízké finanční ohodnocení), která vede k nízkému počtu lékařů-geriatrů a NLZP se zaměřením na geriatrii • chybí systémové stanovení a podpora minimální sítě geriatrických klinik (poskytovatelů komplexní geriatrické péče) • chybí opora pro praktické vzdělávání v geriatrii, vzdělávání v geriatrii není zajištěno v dostatečném rozsahu sítě vzdělávacích zařízení • problematika geriatrice a péče o polymorbidní a křehké pacienty není plošně povinnou součástí pre – a postgraduálního vzdělávání, nejsou povinné stáže na geriatrických lůžkách • odborná a časová náročnost diagnostiky a léčby polymorbidních a křehkých pacientů • nedostatečná prioritizace podpory rozvoje geriatrických lůžek, upřednostňování hospitalizace polymorbidních a křehkých pacientů na „všeobecných“ akutních lůžkách nebo lůžkám užších specializací • chybí systémové stanovení a podpora minimální sítě geriatrický standardních (akutních) lůžek a následné (post-akutní) péče v geriatrické kvalitě¹⁹ a poskytovatelů ambulantní geriatrické péče • suboptimální úhradový mechanismus ve vztahu k reálným nákladům prováděných specializovaných geriatrických výkonů (včetně nedostatečného zohledňování

¹⁹ Termín geriatrická kvalita označuje specifické zaměření na kvalitu péče a životních podmínek pro geriatrické pacienty, a to zejména v kontextu zdravotních a sociálních služeb. Jedná se o přístup, který bere v úvahu zvláštní potřeby geriatrických pacientů, jako jsou fyzické, psychické, sociální a funkční změny spojené se stárnutím. Mezi klíčové aspekty geriatrické kvality patří:

Individualizovaná péče – zohlednění specifických zdravotních stavů a potřeb a preferencí každého pacienta

Multidisciplinární přístup – spolupráce relevantních odborníků, jako jsou lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci, psychologové, sociální pracovníci aj.

Prevence disability a podpora komplikací (na prevenci např. pádů) a podporu udržení co nejvyšší míry soběstačnosti

Důstojnost a kvalita života – cílení na respekt a udržení důstojného života i při zhoršení zdravotního stavu

Bezpečnost péče – minimalizace rizik, jako je např. riziková medikace, a řešení problémů spojených s polymorbiditou (s více nemocemi najednou)

	časové náročnosti) • často nevyhovující prostory a vybavení pracovišť následné a dlouhodobé lůžkové péče, chybějící či neoptimální prostory pracovišť standardní (akutní) geriatrické péče • v oblasti následné a dlouhodobé lůžkové péče nedostatečné zastoupení odborníků v geriatrii • výrazný nepoměr v počtech a dostupnosti geriatrických lůžek a poskytovatelů geriatrické a ostatní následné péče mezi kraji a regiony • nedostatečná PR oboru geriatrie a obecně i následné péče ve vztahu k odborné i laické veřejnosti
--	--

Příležitosti	Hrozby
• trend stárnutí populace a potřeby zajištění potřebné péče o polymorbidní a křehké pacienty je celospolečenským tématem • potřeba zavedení hodnocení komplexního stavu křehkých pacientů (komplexní geriatrické hodnocení, CGA, vyšetřování a intervence frailty pomocí CGA) • možnost lepšího využití odborného potenciálu kvalifikovaného personálu (mulitioborový přístup) • možnost využití grantových zdrojů EU na zvýšení dostupnosti a kvality poskytované následné lůžkové a ambulantní geriatrické péče • využití příkladů dobré praxe existujících geriatrických pracovišť v rámci vzdělávání, péče o křehké pacienty • možnost standardizovat procesy v oblasti spolupráce zdravotní a sociální péče o polymorbidní křehké pacienty • jasný trend zvyšování poptávky po zajištění péče o geriatrického pacienta	• zdravotní systém není dobře připraven na stárnutí populace • nedostatečné kapacity zdravotního systému v souvislosti se zvyšováním podílu počtu kontaktů osob způsobených zvyšujícím se věkem pacientů s poskytovateli zdravotních služeb • není dostatečně zajištěn proces komplexního hodnocení funkčního stavu a plošná žádoucí návaznost zdravotních a dalších služeb u polymorbidních a křehkých pacientů • věk lékařů v oboru geriatrie a lékařů dalších odborností ve zdravotních službách pro geriatrické pacienty • není dostatečně a v potřebném rozsahu nastaven motivační systém úhrad geriatrické péče • nedostatečný zájem odborné i laické veřejnosti o péči o polymorbidní a křehké pacienty • prioritizace jiných zdravotních témat v odborné i laické veřejnosti

2. STRATEGICKÁ ČÁST

Strategická část, uvedená níže, vychází z části analytické, která je součástí NPGP ČR.

Cíle, stejně jako konkrétní návrhy řešení uvedené NPGP ČR formulované v jednotlivých opatřeních strategické části, vycházejí z popisu problémových oblastí v úvodní části materiálu a v předmětné analýze. Všechny části (úvodní, analytickou i strategickou) je z uvedeného důvodu třeba vnímat neoddělitelně a ve vzájemném kontextu.

2.A Vize NPGP ČR

Vizí NPGP ČR je:

„Cílem podpory geriatrické péče je ucelené nastavení systému modelu péče orientovaného na geriatrického pacienta a komplexní nastavení intervencí vedoucích k maximálnímu možnému zlepšení jeho zdravotního stavu, celkové kondice a soběstačnosti (funkčního stavu) při zabezpečení jeho individuálních potřeb.“

Cílové oblasti NPGP ČR²⁰:

- Zajištění a podpora rozvoje adekvátní ambulantní péče s cílem zachování a optimalizace funkčního stavu pacienta včetně jeho soběstačnosti ve vlastním sociálním prostředí.
- Optimalizovaná cesta navrácení pacienta po hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče do jeho vlastního sociálního prostředí a zajištění adekvátní návazné péče (např. ambulance, poradny a služby domácí péče) a její kontinuity.
- Podpora multidisciplinární spolupráce za účelem zajištění vysoké míry podpory soběstačnosti, bezpečnosti léčby a minimalizace bolesti a důstojnosti pacienta.
- Budování a podpora rozvoje struktury moderních poskytovatelů komplexní následné geriatrické a ostatní péče, včetně jejich věcného a technického vybavení a zajištění inovativních digitálních technologií a inovací.
- Nastavení a zajištění standardu poskytované geriatrické péče.
- Zvýšení atraktivity oboru geriatrie.
- Podpora vzdělávání lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o geriatrického pacienta, a to v oblasti teoretické i praktické.
- Zvýšení povědomí odborné i laické veřejnosti o možnostech poskytování geriatrické péče.
- Nastavení komplexní péče o geriatrického pacienta prostřednictvím ukotvení spolupráce zdravotního a sociálního sektoru (dlouhodobá péče).

Cílová skupina

Pacienti, jejichž klíčovou charakteristikou je polymorbidita²¹ doprovázená polypragmazií, disabilitou a geriatrickými syndromy, resp. rizikem jejich rozvoje. Jedná se o pacienty s potřebou zajištění akutní a/nebo následné (post-akutní) a/nebo ambulantní geriatrické péče.

²⁰ Oblasti, které jsou dále rozčleněny a rozpracovány v rámci stanovených strategických cílů NPGP ČR.

²¹ Obr. č. 4 Nárůst počtu chronických onemocnění v závislosti na věku

Naplňování vize NPGP ČR

Pro naplnění této vize je podstatný nejen samotný NPGP ČR, ale i podpora akceptace tématu stárnutí a nárůstu počtu křehkých, polymorbidních pacientů jak ze strany systémových struktur, tak odborné i laické veřejnosti. Klíčová je rovněž důsledná komunikace a aktivity v navazování a posilování spolupráce nastavené pro všechny úrovně společnosti tak, aby byl zajištěn všestranný přístup daného tématu jako jedné z prioritních problematik současné doby. Důraz musí být kladen především na mezioborovou a meziresortní spolupráci. V neposlední řadě bude se stejnou důležitostí přistupováno i k mezinárodní komunikaci tématu a spolupráci za účelem harmonizace péče v rámci EU.

Zásadním principem NPGP ČR je nastavení takových procesů poskytování geriatrické péče, jejichž cílem je zlepšení funkční zdatnosti a soběstačnosti geriatrických pacientů. Pozitivním posunem tohoto aspektu péče může být dosažení snížení počtu a délky nadměrných hospitalizací a předčasných institucionalizací geriatrického pacienta. Nástroje vedoucí k reverzibilitě²² frailty na prefrailty a ideálně na nonfrailty jsou v rámci této problematiky zásadní.

Při plánování a návazné realizaci všech aktivit NPGP ČR je zároveň nezbytné využívat komplexní a citlivé přístupy, které zohledňují specifické potřeby pacientů s geriatrickými syndromy, jež mají často mnohočetné příčiny a mohou výrazně ovlivnit kvalitu jejich života. Geriatrickí pacienti potřebují často komplexní péči, která zahrnuje nejen řešení jejich zdravotního stavu, ale i opatření k zachování jejich soběstačnosti, podporu sociálních vztahů, individuální přístup a respekt jejich reálným schopnostem, zdrojům a omezením.

Aktivity NPGP ČR povedou k prevenci ageismu²³, který je v oblasti péče o geriatrické pacienty závažným problémem a může negativně ovlivňovat kvalitu jejich života. Toto téma je proto klíčovým prvkem moderní geriatrické péče. Zahrnuje vzdělávání zdravotnického i nezdravotnického personálu a celospolečenskou osvětu, individuální přístup k pacientům, podporu autonomie a efektivní komunikaci přizpůsobenou jejich individuálním potřebám. Významným je pak respekt k důstojnosti geriatrického pacienta a umožnění jeho co nejvyšší míry participace při rozhodování o své péči a životě.

Postup naplňování vizí NPGP ČR bude monitorován a vyhodnocován na základě sledování nastavených indikátorů na úrovni jednotlivých cílů. Implementace a monitorování NPGP ČR i jeho implementačních plánů jsou popsány v samostatné kapitole. Naplnění cílů NPGP ČR přispěje vysokou měrou i k naplňování cílů vrcholového strategického materiálu resortu MZD – Strategického rámce péče o zdraví v České republice do roku 2030 (zkráceně „Zdraví 2030“), a tím i nadřazeného Strategického rámce Česká republika 2030 (zkráceně „ČR 2030“).

²² Prefrailty je stav, kdy jedinec vykazuje jeden nebo dva příznaky frailty (křehkosti). Tento stav naznačuje zvýšené riziko rozvoje plné frailty (křehkosti). Mezi příznaky frailty patří např.: snížená svalová síla a vytrvalost, snadná únava, zpomalení pohybů a reakcí, celkový pokles vitality, snížení aktivity, omezení fyzické aktivity a pohybu. Frailty se dále může projevovat neúmyslným úbytkem tělesné hmotnosti bez jiné známé příčiny, úbytkem aktivní svaloviny a zhoršováním funkce plic, srdečně-cévního i nervového systému.

Frailty je stav s přítomností dvou a více geriatrických syndromů.

²³ Ageismus podle WHO označuje stereotypy (jak myslíme), předsudky (jak cítíme) a diskriminaci (jak jednáme) vůči ostatním nebo sobě samým na základě věku. Ageismus postihuje lidi všech věkových kategorií od dětství. Má vážné a dalekosáhlé důsledky pro zdraví, pohodu a lidská práva lidí.

Vize NPGP ČR bude naplňována pomocí čtyř strategických cílů, které se následně rozpadají na cíle specifické (viz *Hierarchie cílů* níže) vymezující prioritní oblasti podpory a rozvoje. Specifické cíle konkretizují povahu jednotlivých oblastí a intervencí daného strategického cíle a umožňují zhodnocení podmínek k jejich plnění (určení zapojení stakeholderů, vyčíslení zdrojů apod.). Specifické cíle se dále rozpadají do konkrétních dílčích cílů, ke kterým jsou přiřazeny příslušné indikátory.

2.B Hierarchie cílů NPGP ČR

SC 1 Vytvoření podmínek pro zdravé stárnutí a prevenci disability	
1.1	Prevence disability
1.2	Podpora zdravého stárnutí
SC 2 Kvalitní geriatrická péče s oporou ve výzkumu a vzdělávání v geriatrii a gerontologii je poskytovaná v souladu s komplexními potřebami křehkých, polymorbidních geriatrických pacientů	
2.1	Vzdělávání v geriatrii
2.2	Výzkum v geriatrii
SC 3 Dostupnost a systémové nastavení specializované geriatrické péče odpovídající potřebám obyvatel České republiky	
3.1	Páteří sít geriatrických klinik při všech lékařských fakultách
3.2	Nastavení základní sítě geriatrických pracovišť lůžkové péče
3.3	Geriatrické ambulance
3.4	Systémová podpora a zajištění dostupnosti geriatrických zdravotních služeb
SC 4 Nastavení provázanosti péče v systému geriatrické péče odpovídající komplexním potřebám geriatrických pacientů	
4.1	Geriatric v regionech – spolupráce s primární péčí
4.2	Interdisciplinární spolupráce
4.3	Spolupráce s dlouhodobou péčí zdravotně-sociální

Obsahy jednotlivých specifických cílů se vzájemně doplňují a teprve realizace těchto vzájemně provázaných cílů povede k tomu, že do roku 2035 bude naplněna stanovená strategická vize NPGP ČR. Detailnější rozpracování jednotlivých specifických a dílčích cílů bude obsaženo v navazujících implementačních plánech.

STRATEGICKÝ CÍL 1

Vytvoření podmínek pro zdravé stárnutí a prevenci disability

SPECIFICKÝ CÍL 1.1 Prevence/oddálení disability

DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Aktivní podpora zdravého stárnutí se stává naléhavou prioritou veřejného zdraví. Dle hypotézy komprese nemocnosti je možno zásadně ovlivnit nemocnost a disability ve stáří. Při kumulaci rizikových faktorů a geriatrických syndromů a při suboptimální zdravotní péči může být období žité s nemocí a nesoběstačností dlouhé a zaujímat významnou část let života. Naopak při optimální podpoře může být u dlouhověkého člověka počet let žitých s nemocí a nesoběstačností komprimován do krátkého času až po velmi dlouhém období zdravého života.

Aktivní prevence a intervence geriatrických syndromů s využitím CGA (Comprehensive Geriatric Assessment)²⁴ je prostředkem k prevenci disability a/nebo zhoršení funkčního stavu a k prodloužení období zdravého dožití. I u pacientů s přítomnými geriatrickými syndromy lze intervencí formou CGA předejít těžkým formám disability, resp. oddálit jejich nástup v čase a zásadně podpořit kvalitu jejich života

K prevenci disability a/nebo k prevenci zhoršení funkčního stavu osob vyššího věku je nástrojem „Funkční geriatrické hodnocení“²⁵ (CGA, doslovný překlad „komplexní geriatrické hodnocení“), které je multidimenzionálním diagnostickým procesem zaměřeným na funkční stav osoby vyššího věku za účelem vypracování koordinovaného a integrovaného plánu léčebné péče. CGA je nástrojem geriatrické medicíny. Komplexní geriatrické hodnocení se neomezuje pouze na mapování, představuje také vodítko pro diagnostický plán pro starší pacienty, které vede ke konkrétním opatřením. Součástí CGA je tedy i nastavení komplexního plánu intervencí a monitorování efektu intervencí.

S ohledem na prevenci disability jsou ze strany WHO a IAGG akcentovány tyto charakteristiky oboru geriatry: důraz na zachování a optimalizaci funkčního stavu a celostní péče zaměřená na osobu, včetně komplexního vyhodnocení funkčních, zdravotních a sociálních faktorů. Nástrojem podpory funkčního stavu je CGA.

Pády a úrazy s nimi související jsou u starších dospělých časté, mají negativní dopad na funkční nezávislost a kvalitu života a jsou spojeny se zvýšenou morbiditou, mortalitou a náklady na zdravotní péči. Jsou jedním z nejčastějších geriatrických syndromů, často s multifaktoriální etiologií. 10-15 % pádů starších dospělých vyústí ve frakturu nebo jiná závažná zranění. Je nezbytné intervenovat tak, aby došlo ke snížení incidence pádů u geriatrické populace. U všech hospitalizovaných osob 65+ let je nutné multifaktoriální zhodnocení rizika pádů následované multifaktoriální intervencí. U pacientů žijících v komunitě je nutné do běžné péče zařadit

²⁴ CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) /Funkční geriatrické hodnocení je obecná metoda v geriatrii určená k hodnocení funkčních schopností, zdravotního stavu (fyzického, kognitivního a duševního) a sociálního prostředí starších dospělých. CGA není specifickým výkonem, který by mohl být vykázan jako samostatná položka.

²⁵ Vankova H.: Geriatrie, geriatrická křehkost, specifika farmakoterapie ve stáří in Rychlík I., Widimský P.: Vnitřní lékařství, II. díl, 2024 a Vankova H., Geriatrie a gerontologie, 2024

algoritmy pro stratifikaci rizika, hodnocení a léčbu/intervence instability a rizika pádů.²⁶

Syndrom frailty představuje v současnosti nejzávažnější geriatrický syndrom. Frailty narůstá s věkem a ve věku nad 70 let postihuje 5-10 % osob, nad 80 let věku již více než 20 %. Frailty navyšuje roky života prožitého s disabilitou a závažným zdravotním postižením (life expectancy with disability) na úkor zdravého dožití, významně zkracuje délku přežití a je asociována s celým spektrem negativních zdravotních dopadů – vyšší nemocností, vyšším výskytem komplikací v případě akutních onemocnění a pooperačních průběhů a hospitalizací, častější přítomností deliria, pádů a fraktur, které značně zatěžují zdravotnický systém. Frailty, geriatrická křehkost, přestavuje zásadní výzvu pro veřejné zdravotnictví České republiky i Evropy. Tento multikauzální syndrom je intervenovatelný a medicína založená na důkazech dokumentuje pozitivní efekt intervence frailty. Plán intervence je stanoven na základě rozpoznání příčinných faktorů funkčním geriatrickým hodnocením. Vyhodnocení a intervence frailty přináší potenciál zlepšení zdravotního a funkčního stavu jednotlivce i snížení nákladů zdravotní péče.²⁷

Malnutrice je u geriatrických pacientů velmi častá, a pokud je kombinována se ztrátou svalové hmoty a funkce (sarkopenie), představuje závažný medicínský i ekonomický problém a velmi podstatně mění léčebné výsledky i při použití náročných a drahých terapeutických přístupů. Jedná se o komplexní problematiku, jejíž význam narůstá se stárnutím populace a kterou je nutné řešit v kontextu ostatních geriatrických syndromů. Malnutrice a sarkopenie dle evidence based medicine zvyšují náklady na lůžkovou zdravotní péči. Dle ESPEN²⁸ guidelines jsou starší osoby definovány věkem 65 let a starší. Podle doporučení ESPEN by mělo být „u všech starších osob 65 let provedeno screeningové vyšetření rizika podvýživy.

V případě zjištění rizika vzniku podvýživy by mělo být zahájeno systematické monitorování stavu výživy a kontroly efektu nutriční intervence. Pozitivní výsledek screeningového vyšetření u seniora pak musí vždy vést k nutriční intervenci. Léčba malnutrice a sarkopenie vyžaduje individuální a komplexní plán nutriční péče včetně edukace, výživového poradenství, nutriční intervence, intervence nežádoucích účinků léků a relevantních geriatrických syndromů.²⁹

Multimorbidita je definována jako současná přítomnost několika nemocí nebo zdravotních problémů (nejméně 2 nebo více) u jedné osoby. Prevalence multimorbidity (polymorbidity) se zvyšuje s věkem. Ve věku 45 až 64 let je multimorbiditou postiženo 30 % osob, ve věku 65 až 84 let 65 % a ve věku nad 85 let 82 % osob. Kromě jednotlivých onemocnění zahrnuje multimorbidita také interakce mezi nemocemi a zhoršuje prognózu jednotlivých onemocnění. Léčba multimorbidních pacientů často vychází jen z guidelines pro jednotlivá onemocnění a není hodnocena komplexním pohledem na individuálního pacienta. Funkční geriatrické hodnocení přispívá ke snížení rizika negativních událostí, a to včetně progresu disability a ztráty schopnosti žít ve vlastním prostředí.

Adherenci (i complianci) k léčbě ve stáří ovlivňuje řada faktorů – porucha jemné motoriky, senzorický deficit, kognitivní deficit, deprese, kdy řada pacientů ztrácí zájem a motivaci na

²⁶ Topinkova E. Doporučení pro screening a stratifikaci rizika pádu u seniorů z pohledu nových „Celosvětových guidelines pro prevenci a management pádů u starších osob“. Geri a Gero 2023; 12(1): 12–17

²⁷ Vaňková H., Topinková E., Hrnčiariková D. a kol. Vyhodnocení syndromu křehkosti (frailty) u geriatrického pacienta. Klinický doporučený postup výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP. Geri a Gero 2023; 12(1): 5–8

²⁸ ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) je profesionální organizace, která podporuje výzkum a vzdělávání v oblasti klinické výživy a metabolismu

²⁹ Hrnčiariková D., Vaňková H., Bielaková K. a kol. Vyhodnocení nutričního stavu a sarkopenie geriatrického pacienta. Klinický doporučený postup výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP. Geri a Gero 2024; 13(1): 52–57

dodržování medikace, častá rezignace na léčbu. Roli hraje nízká asertivita seniorů, obava z výskytu nežádoucích účinků léků, sociální prostředí, ekonomická stránka. Negativní vliv má polyfarmakoterapie a nepochopení cílů léčby. Pacienti s kognitivní poruchou jsou nonadherenci ohroženi výrazně více, nejsou schopni samostatně řídit svoji léčbu bez pomoci druhé osoby, rozumět léčbě musí tedy i pečovatel. Je nezbytné vytvořit komplexní plán péče a identifikovat problémové léky s cílem vytvořit racionální, individuální a účinný farmakoterapeutický plán.³⁰

Oslabená respirace a fonorespirace u geriatrických pacientů je vysoce četná a riziková. Má závažný dopad nejen na posturální držení těla, ale i na příjem potravy a dochází tak nejen k četnějším pneumologickým onemocněním, tak pádům a ovlivňuje zejména příjem potravy a zhoršuje dysfagické obtíže a řeč. Respirace a brániční dýchání ovlivňuje stabilitu těla, tím může ovlivnit i četnost pádů.

Zkrácená a oslabená respirace má výrazně negativní dopad na polykání, při kterém pak může docházet k aspiracím a následně pneumologických komplikacím až úmrtí. Deficit respirace a fonorespirace má dopad na možnost tvoření řeči, mluvení, což má dopad na komunikaci, kdy při nemožnosti se vyjádřit, slyšet svůj hlas má tato skutečnost výrazný dopad na psychiku geriatrických pacientů.

Senioři patří mezi rizikové skupiny populace, které jsou citlivé k nákaze, těžšímu průběhu onemocnění a vzniku komplikací. Zvýšená vnímavost k infekčním chorobám je dána jak involučními změnami imunitního systému, tak souběhem závažných chronických komorbidit. Zvláště multimorbidní, křehcí, malnutriční, disabilní senioři jsou ohroženi nejen zvýšeným rizikem onemocnění infekční chorobou, ale i dopadem na progresi souběžných onemocnění s rizikem ohrožení jejich soběstačnosti a úmrtím. Vakcinace představuje významný preventivní postup, který dokáže mortalitu i morbiditu nemocných snižovat, toto je doloženo řadou studií. Účinnost vakcinace přináší nemocným profit v podobě ochrany vůči nemoci, zachování funkční zdatnosti, přispívá k udržení kompenzace jejich chronických chorob a snižuje i dlouhodobou celkovou mortalitu a incidenci ke kardiovaskulárním a cévním mozkovým příhodám. Vzhledem ke stárnutí organismu a vlivu stárnutí na imunitní systém byly vyvinuty vakcíny, které jsou přímo uzpůsobené stárnoucímu organismu. Takové vakcíny by měly být u této populace preferované.

Prioritně lze doporučit *očkování proti chřipce*. Obyvatelé vyššího věku jsou více vnímaví k této infekci a návazné bakteriální superinfekci. Častěji těžší průběh onemocnění s dopadem na zhoršení zdravotního stavu a na úroveň soběstačnosti nemocného mají zvláště pacienti s chronickým onemocněním systému kardiovaskulárního a respiračního a s diabetem. Existují studie, které prokazují, že očkování proti chřipce snižuje celkovou mortalitu i morbiditu na srdečně cévní onemocnění i u křehkých seniorů (evropská studie SHELTER).³¹

Očkování proti pneumokokům. Předpokládá se kromě vlivu na prevenci pneumokokové infekce i redukce procesu aterosogeneze, příznivý efekt na kardiovaskulární systém včetně snížení rizika vzniku akutního koronárního syndromu, srdečního selhání a arytmií.

V souladu s doporučením České vakcinologické společnosti ČLS JEP a ČGGS ČLS JEP je u seniorů

³⁰ Národní plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění

³¹ Poscia A, Collamati A., Carfi A et al. Influenza and pneumococcal vaccination in older adults living in nursing home A SURVIVAL ANALYSIS ON THE shelter STUDY. Eur J Publ 2017;27(6): 1016–1020

přínosné očkování proti COVID-19, herpes zoster, černému kašli, RSV a dalším infekcím dle reálného rizika.³²

Informace ohledně vhodných očkování, bezpečnosti a účinnosti očkování dospělých lze najít na stránkách „[Vakcinace 4Life](#)“ - vakcíny pro život Mezinárodní federace o stárnutí na [portálu WHO](#). Na stránkách [České vakcinologické společnosti](#) je dostupný aktualizovaný kalendář pro dospělé, který zahrnuje všechna očkování doporučená pro osoby ve věku 65 let a starší.

V České republice stále přetrvává nízká proočkovanost nejvíce zranitelných skupin obyvatel, včetně pacientů s vybranými chronickými onemocněními.³³ Světovou zdravotnickou organizací je doporučeno dosáhnout minimální proočkovanosti populace seniorů s chronickými chorobami na úroveň 75 %, což navazuje na doporučení WHO – vakcinační strategie tzv. WHO Immunization Agenda 2030: Global Strategy to Leave No One Behind (IA2030).³⁴

V důsledku fyziologických změn ve stáří dochází k významným změnám farmakodynamiky i farmakokinetiky řady léčiv. Pro geriatrickou populaci je typická polyfarmakoterapie, která s sebou přináší rizika lékových interakcí a nežádoucích účinků léčiv. Z těchto důvodů je nutná racionalizace farmakoterapie. Benefitem může být spolupráce s klinickým farmaceutem.

GESCE MZD, SÚKL, SZÚ, ÚZIS, MŠMT, ČGGS ČLS JEP

SPOLUPRÁCE Odborné společnosti, ČLS JEP, ČGGS ČLS JEP, SVL ČLS JEP, SPL ČR, patientské organizace, Krajské hygienické stanice, samosprávy, profesní organizace (lékařské i nelékařské)

SEZNAM DÍLČÍCH CÍŮ

1.1.1	Prevence disability a/nebo zhoršení funkčního stavu s využitím CGA (Comprehensive Geriatric Assessment)	MZD, SÚKL, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, ČLS JEP, profesní organizace
1.1.2	Prevence pádů a úrazů ve vyšším věku	MZD, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, ČLS JEP, profesní organizace
1.1.3	Prevence syndromu frailty ve vyšším věku	MZD, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, ČLS JEP, profesní organizace
1.1.4	Prevence poruch výživy a malnutrice ve vyšším věku	MZD, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, profesní organizace
1.1.5	Prevence komplikací u lidí žijících se souběhem kognitivní poruchy a somatických komorbidit	MZD, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, SÚKL, profesní organizace
1.1.6	Podpora vakcinace u seniorů s cílem prevence infekčních onemocnění	MZD, SÚKL, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, prof. org.
1.1.7	Podpora adherence a bezpečnosti farmakologické	MZD, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP,

³² Topinková E. Očkování u seniorů-nejen SARS-CoV-2 vakcinace. Geriatrie a gerontologie 3 2021 (3): 117-125

³³ Dušek L., et al. Proočkovanost v dostupných datech národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Dostupné na: www.vakcinace.eu

³⁴ World Health Organization. Immunization Agenda 2030. Geneva 2021

	léčby	ČFS ČLS JEP, ČOSKF ČLS JEP, ČLnK
INDIKÁTORY		
1.1.1.		
a) Je dostupné CGA v akutní geriatrické péči		
b) Je dostupné CGA v následné péči o geriatrické pacienty		
c) Je dostupné CGA v ambulantní geriatrické péči		
1.1.2		
a) Jsou nastavena podpůrná opatření pro snižování incidence pádů/úrazů		
b) Jsou vytvořeny doporučené postupy/klinická doporučení pro prevenci a management pádů a úrazů včetně prevence a léčby osteoporózy ve vyšším věku		
c) Je prováděna intervence syndromu instability a rizika pádu v geriatrických ambulancích, zejména u seniorů ve vysokém riziku pádu		
d) Podpora expertní profilace pracovišť pro prevenci pádů		
e) Jsou vytvořeny edukační programy pro odbornou a laickou veřejnost a kampaň na zvýšení povědomí o této problematice		
1.1.3		
a) Jsou nastavena podpůrná opatření pro snižování prevalence frailty		
b) Jsou vytvořeny doporučené postupy/klinická doporučení pro prevenci a management frailty		
c) Je prováděno vyšetření seniorské křehkosti (frailty) a na geriatrických pracovištích (ambulantních i lůžkových) její komplexní management		
d) Podpora expertní profilace pracovišť pro prevenci a intervenci syndromu frailty		
e) Jsou vytvořeny edukační programy pro odbornou a laickou veřejnost a kampaň na zvýšení povědomí o této problematice		
1.1.4		
a) Jsou nastavena podpůrná opatření pro snižování prevalence malnutrice, sarkopenie a dysfagie ve vyšším věku		
b) Jsou vytvořeny doporučené postupy/klinická doporučení pro prevenci a management poruch výživy, malnutrice, sarkopenie a dysfagie ve vyšším věku		
c) Jsou vytvořeny edukační programy pro odbornou a laickou veřejnost a kampaň na zvýšení povědomí o této problematice		
1.1.5		
a) Existují nastavené oborové nástroje pro podporu setrvávání geriatrických pacientů ve vlastním sociálním prostředí s využitím CGA		
b) Jsou vytvořena opatření pro prevenci nonadherence farmakoterapie při kognitivní poruše		
c) Jsou vytvořena opatření pro prevenci self – neglect syndromu u lidí žijících s kognitivní poruchou		
d) Jsou vytvořena opatření a doporučení péče pro prevenci komplikací u lidí žijících se souběhem kognitivní poruchy a somatických komorbidit, a to včetně oblasti komunikace, příjmu potravy a běžných denních aktivit.		
1.1.6		
a) Kampaň na zvýšení povědomí veřejnosti o této problematice ve spolupráci s Českou vakcinologickou společností		
b) Je podporována edukace geriatrických pacientů a jejich neformálních pečujících		

o benefitu vakcinace pro tuto rizikovou subpopulaci na geriatrických pracovištích (ano / ne) c) Proočkovanost populace 65+ proti chřipce, pneumokokům a dalším závažným virovým onemocněním (RS virus, agresivní kmeny SARS-CoV2 atd.) se zvyšuje
1.1.7 a) Jsou nastaveny podmínky pro mezioborovou spolupráci mezi lékaři a farmaceuty s příslušnou specializací nebo certifikací za účelem podpory racionální farmakoterapie b) Jsou vytvořeny příklady dobré praxe pro edukaci k racionálnímu užití léků pacientem v rámci individuálních konzultací s pacientem v lékárně c) Jsou vytvořeny doporučené postupy v optimalizaci geriatrické farmakoterapie v klinicko-farmaceutické péči
MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ MZD, zdravotní pojišťovny (<i>pouze pro oblasti spojené se zdravotní péčí a s preventivními zdravotními programy</i>)
SPECIFICKÝ CÍL 1.2 Podpora zdravého stárnutí a života ve zdraví
DŮVOD ZAŘAZENÍ a obsah návrhu SPECIFICKÉHO CÍLE Světová zdravotnická organizace, WHO, vyhlásila v odpovědi na demografický vývoj světové populace Decade of Healthy Ageing, Dekádu zdravého stárnutí pro léta 2021–2030. ³⁵Již nyní žije na planetě více než miliarda lidí starších šedesáti let. Dle demografických predikcí publikovaných WHO je na konci této dekády očekáván nárůst populace 60+ o třetinu na 1,4 miliardy. Aktivní podpora zdravého stárnutí se tak stává naléhavou prioritou veřejného zdraví. Aktivní důraz na podporu funkčního stavu a celostní péče o polymorbidní pacienty s využitím CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) podporují zdravé stárnutí a zabraňující rozvoji „odvratitelné“ disability. Klíčové charakteristiky geriatrické medicíny dle WHO a IAGG jsou následující: • důraz na zachování a optimalizaci funkčního stavu; • péče o polymorbidní pacienty s komplexními klinickými potřebami; • celostní péče zaměřená na osobu, včetně komplexního vyhodnocení funkčních, zdravotních a sociálních faktorů; • klinická péče je obvykle poskytována interdisciplinárním týmem, zajišťuje geriatrickému pacientovi komfort a důstojnost; • spektrum od akutní a následné (post-akutní)³⁶ geriatry až po dlouhodobou péči; • zahrnuje komunitní péči o geriatrické pacienty žijící ve vlastním prostředí a preventivní opatření a edukaci v populačním měřítku. IAGG na žádost WHO při příležitosti Dekády zdravého stárnutí definuje geriatry jako lékaře: „kteří se věnují prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci nemocí a klinických syndromů lidí vyššího věku, jako je např. syndrom frailty či delirium“. Podpora zdravého stárnutí zahrnuje opatření na podporu zdravého stárnutí v ČR v rámci oboru

³⁵ V současnosti probíhá ve WHO napříč odborníky diskuze k novému programu „Ageing is living: working for a lifetime of health and well-being“, který zdůrazňuje důležitost vnímání stárnutí jako nedílné součásti života a podporuje zaměření na udržování zdraví a pohody po celý život.

³⁶ V kontextu WHO se užívá pro následnou (lůžkovou) péči pouze termín „post-akutní“. Pro jednoznačnost terminologie NPGP ČR byl do textu souvisejících s WHO zahrnut i termín „následné“, který je ukotvený v legislativě ČR.

geriatrie. Geriatrie implementuje principy mezinárodních i národních dokumentů včetně uvedené Dekády zdravého stárnutí WHO. Mezi opatření na podporu zdravého stárnutí patří i ta, která jsou dále rozpracována ve Strategických cílech NPGP ČR 2, 3 a 4.

Kvalitní geriatrická péče s oporou ve výzkumu a vzdělávání v geriatrii a gerontologii je poskytovaná v souladu s komplexními potřebami křehkých, polymorbidních a geriatrických pacientů. Strategický cíl podporuje vzdělávání v geriatrii a výzkum v geriatrii, potřebné předpoklady kvalitní péče o cílovou skupinu a nastavení optimální prevence disability a podpory zdravého stárnutí v ČR.

Dostupnost a systémové nastavení specializované geriatrické péče odpovídající potřebám obyvatel České republiky. Téměř polovina dospělých, kteří využívají nemocniční lůžka, je starší 65 let. Hospitalizace může prohloubit a urychlit změny související s věkem, zvýšit morbiditu a být následována závažným poklesem funkčního stavu. Je proto žádoucí, aby během hospitalizace mohli pacienti vyššího věku těžit z geriatrického přístupu v diagnostice a léčbě. Zohlednění specifík spojených s vyšším věkem a využití CGA vede ke snížení rizik spojených s hospitalizací, zkracuje dobu pobytu na lůžku, přispívá k udržení soběstačnosti a tím i k možnosti návratu do přirozeného domácího prostředí. Optimalizovaná struktura a dostupnost geriatrických pracovišť lůžkové péče tak minimalizuje negativní dopad hospitalizace seniorů.

Páteří sítí geriatrických klinik je klíčovou oporou pro vzdělávání a tvorbu pracovní síly lékařů a dalších odborných pracovníků pro geriatrická pracoviště a jejich praktickou zkušenost s příkladem dobré praxe, kterou (po dokončení svého vzdělání) mohou uplatnit ve všech regionech.

Pro aktivní podporu funkčního stavu seniorů žijících ve vlastním prostředí, pro prevenci progresu disability a frailty je klíčová dostupnost geriatrické ambulantní péče.

Je důležité nastavení provázanosti péče v systému geriatrické péče odpovídající komplexním potřebám geriatrických pacientů. Provázanost geriatrické péče s primární péčí a interdisciplinární spolupráce přispívají k optimální péči o tuto cílovou skupinu.

Výše uvedené strategické cíle 2, 3, 4 přispívají k podpoře života ve zdraví (healthy life expectancy, disability-free life expectancy) u osob starších 65 let, respektive mají potenciál podpořit funkční stav a kvalitu života u polymorbidních osob s komplexními potřebami.

GESCE MZD, SÚKL, SZÚ, ÚZIS, MŠMT, ČGGS ČLS JEP

SPOLUPRÁCE Odborné společnosti, ČLS JEP, ČGGS ČLS JEP, SVL ČLS JEP, SPL ČR, patientské organizace, Krajské hygienické stanice, zdravotní pojišťovny, samosprávy, profesní organizace (lékařské i nelékařské)

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

1.2.1	Podpora zdravého stárnutí	MZD, MŠMT, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, profesní organizace
1.2.2	Podpora života ve zdraví (healthy life expectancy, disability-free life expectancy) u osob starších 65 let	MZD, SZÚ, ÚZIS, ČGGS ČLS JEP, profesní organizace

INDIKÁTORY

1.2.1

- a) Jsou vytvořena a implementována opatření na podporu zdravého stárnutí v ČR v rámci oboru geriatric
- b) Geriatric implementuje principy mezinárodních i národních dokumentů včetně Dekády zdravého stárnutí WHO
- c) Jsou vytvořena a implementována opatření na podporu intrinsic capacity – vnitřní kapacity ke zdraví občanů ČR (v souladu s dokumenty WHO)
- d) Jsou dostupné edukační programy pro zdravé stárnutí

1.2.2

- a) Je patrný trend prodlužování délky života ve zdraví v dlouhodobém horizontu
- b) Jsou nastavena opatření pro prevenci rehospitalizací a zkrácení doby hospitalizací geriatrických pacientů
- c) Jsou nastavena opatření pro prevenci nežádoucích událostí spojených s léky s využitím CGA

MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

MZD, grantové zdroje EU, zdravotní pojišťovny (pouze pro oblasti spojené se zdravotní péčí a se preventivními zdravotními programy)

STRATEGICKÝ CÍL 2

Kvalitní geriatrická péče s oporou ve výzkumu a vzdělávání v geriatrii a gerontologii je poskytována v souladu s komplexními potřebami křehkých, polymorbidních a geriatrických pacientů

SPECIFICKÝ CÍL 2.1 Vzdělávání v geriatrii

DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Obecným obsahem specifického cíle 2.1. „Vzdělávání v geriatrii“ je zmapování současné situace v ČR v jednotlivých profesních skupinách a vzdělávacích institucích, a to jak vyššího odborného a vysokoškolského vzdělávání, tak i v oblasti specializačního vzdělávání lékařů a NLZP a jejich celoživotního vzdělávání v oblasti geriatrie. Součástí tohoto specifického cíle je i vytvoření konsenzu vzdělávacích institucí a odborných společností o obsahu a rozsahu vzdělávacích programů v jednotlivých profesích, zmapování a jejich harmonizace s evropskými vzdělávacími programy, navýšení a uskutečňování vzdělávacích programů a dalších vzdělávacích aktivit s cílem zvýšení kompetencí pracovníků v oblasti geriatrické péče.

Poskytování kvalitní geriatrické zdravotní péče je hlavní náplní strategického cíle. Proto je třeba, aby lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci a pracovníci poskytující zdravotně-sociální péči získali znalosti a dovednosti z oblasti geriatrie a gerontologie³⁷, které jsou nezbytným předpokladem pro poskytování kvalitní věkově specifické péče. V současnosti je profesní vzdělávání v tomto ohledu v ČR v jednotlivých zdravotnických profesích nejednotné, v některých profesích je nedostačující nebo zcela chybí. Výuku je nutno zaměřit nejen na teoretické znalosti, ale i na klinické dovednosti (skills) a postoje, k získání komplexních kompetencí. Ty jsou vždy anotovány v příslušných vzdělávacích programech (lékařské fakulty, fakulty ošetřovatelství i další odborné školy).

V současnosti jsou curricula pregraduální výuky v gesci jednotlivých lékařských fakult a odlišují se. Na některých není výuka geriatrie jako samostatného předmětu realizována. Výstupem dílčího cíle je zavedení a sjednocení výuky geriatrie v magisterských studijních programech lékařství, které reflektují evropská doporučení nejméně v minimálním doporučeném rozsahu 2 evropských kreditů ([ECTS - Evropský kreditní systém pro vysokoškolské vzdělávání](#)).

Výuka geriatrie jak teoretická, tak praktická je realizována na specializovaných pracovištích – geriatrických klinikách, popřípadě dalších smluvně sjednaných pracovištích a je zajištěna pedagogickými pracovníky s odpovídajícím vzdělávacím profilem a klinickou praxí tak, aby studenti získali teoretické i klinické dovednosti v širším spektru poskytovaných geriatrických služeb. Je třeba podpořit spolupráci fakultních nemocnic a lékařských fakult k optimalizaci školsko-zdravotnické činnosti geriatrických klinik. Při většině lékařských fakult (LF) je k dispozici minimálně základ pro dobudování geriatrické kliniky se všemi doporučovanými typy péče a akademické činnosti. Z osmi LF v současnosti existuje pět LF s geriatrickou klinikou – Lékařská fakulta v Hradci Králové Univerzity Karlovy, 1.lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2. lékařská

³⁷ Gerontologie je vědní disciplína, která se zabývá uceleným studiem stárnutí a stáří. Zahrnuje širokou škálu aspektů, které ovlivňují život seniorů. Má multidisciplinární charakter, integruje tedy poznatky z různých oborů, aby poskytla komplexní pohled na stárnutí zaměřený nejen na absenci nemoci (např. aktivity celoživotního vzdělávání v oblasti geriatrie a gerontologie, včetně jejich různých podoborů, přispívají k celkové pohodě a kvalitě života starších lidí).

fakulta Univerzity Karlovy, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a (zčásti) Lékařská fakulta Masarykovy univerzity.

Podpora budování a rozvoje klinik je vhodná zejména pro tři lékařské fakulty, kde dosud nejsou geriatrické kliniky ustaveny (přes skutečnost, že i zde vzdělávání v geriatrii a akademická činnost v geriatrii probíhají). Jedná se o 3. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, Lékařskou fakultu Ostravské univerzity a Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni.

Rovněž u stávajících pěti LF, při kterých kliniky jsou, je potřebná podpora pro optimální formu rozsahu péče a akademické činnosti i institucionálního zakotvení geriatrických klinik.

Výstupem tohoto dílčího cíle je navýšení počtu lékařů zařazených do specializačního oboru geriatrie a podpora jejich vzdělávání zajištěním odpovídajícího počtu a kapacit vzdělávacích aktivit (např. rezidenčními místy). Instituce pověřené ze strany MZD ČR ke specializačním vzděláváním zanalyzují potřebu lékařů – specialistů v oboru geriatrie a upraví kapacitu vzdělávacích programů tak, aby odpovídala počtu lékařů zařazených do specializačního vzdělávání v oboru geriatrie. Současně je ve spolupráci s odbornými společnostmi třeba vytvořit nové vzdělávací aktivity, které zvýší kompetence lékařů dalších oborů v péči o pacienty seniorního věku již v rámci specializačního a následně i celoživotního vzdělávání.

Potřebnou pozornost je třeba věnovat i navýšení počtu vzdělávacích aktivit v rámci celoživotního vzdělávání lékařů geriatrů i dalších odbornosti zaměřených na problematiku geriatrie.

Na vyšších odborných a vysokých školách pro vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání je forma výuky geriatrie a gerontologie zavedena, je však třeba – podobně jako na lékařských fakultách – výuku harmonizovat a revidovat. Je vhodné aktualizovat kvalifikační standard pro všeobecnou sestru, kde bude téma geriatrie a gerontologie zpřesněno a doplněno. Současně je vhodné, aby vznikaly další vzdělávací aktivity celoživotního vzdělávání v oblasti geriatrie a gerontologie.

V rámci vzdělávání sociálních pracovníků je nezbytné zaměřit se na zvýšení jejich znalostí v oblasti gerontologie, protože značná část pracuje v zařízeních a službách poskytujících péči seniorům. Je žádoucí vytvořit a akreditovat nové kurzy gerontologie v rámci jejich celoživotního vzdělávání.

Podobně jako v dílčím cíli 2.1.5. je třeba zvýšit kompetence sociálních pracovníků a nabídnout vzdělávací kurzy v oblasti specifík péče o seniory, opět v rámci celoživotního vzdělávání.

GESCE MZD, IPVZ, NCO NZO, SZÚ, MŠMT, MPSV, odborné a vysoké školy, ČGGS ČLS JEP

SPOLUPRÁCE Odborné společnosti, ČLS JEP, pacientské organizace, APSS, profesní organizace (lékařské i nelékařské), organizace zastupující pečující

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

2.1.1	Nastavení systému pregraduální výuky geriatrie pro všechny studenty magisterského programu všeobecného lékařství jako součásti základního curricula povinné výuky, zajištění výuky geriatrie na všech lékařských fakultách	MZD, MŠMT, vysoké školy, profesní organizace
2.1.2	Podpora rozvoje páteřní sítě geriatrických klinik ve	MZD, MŠMT, vysoké školy,

	fakultních nemocnicích jako nezbytné podmínky pro kvalitní vzdělávání; podpora spolupráce fakultních nemocnic a lékařských fakult při rozvoji/ustanovení geriatrických klinik	geriatrické kliniky, AZV ČR, profesní organizace
2.1.3	Podpora rozvoje postgraduálního a celoživotního vzdělávání geriatrů a dalších lékařských odborností v oblasti geriatry a gerontologie	MZD, MŠMT, IPVZ, vysoké školy, profesní organizace
2.1.4	Podpora vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti geriatry a gerontologie	MZD, MŠMT, IPVZ, NCO NZO, odborné a vysoké školy, profesní organizace
2.1.5	Podpora vzdělávání v oblasti gerontologie pro sociální pracovníky	MZD, MŠMT, MPSV, střední, vyšší a vysoké školy, profesní organizace
2.1.6	Podpora vzdělávání v oblasti specifik péče o seniory pro pracovníky v sociálních službách a neformální pečující	MZD, MŠMT, MPSV, odborné a vysoké školy, APSS, organizace zastupující pečující osoby

INDIKÁTORY

2.1.1

- Zavedení povinné výuky geriatry pro všechny studenty magisterského programu všeobecného lékařství v základním curriculum, v rozsahu nejméně dvou ECTS reflektujícího evropská doporučení
- Počet lékařských fakult s povinnou výukou geriatry definovanou indikátorem 2.1.1. a v rámci pregraduálního vzdělávání

2.1.2

- Počet nově vzniklých geriatrických klinik ve fakultních nemocnicích (počet realizovaných projektů)
- Počet podpořených stávajících geriatrických klinik ve fakultních nemocnicích (tj. počet modernizací, rekonstrukcí či rozšíření či technologických inovací)
- Počet lékařských fakult, jejichž součástí je geriatrická klinika v příslušné fakultní nemocnici jako školsko-zdravotnické pracoviště
- Metodický pokyn pro nastavení spolupráce geriatrických klinik s lékařskými fakultami vytvořený ve spolupráci MZD ČR, MŠMT a odborné společnosti (ČGGS ČLS JEP) na výuce a výzkumu v geriatry

2.1.3

- Počet lékařských fakult umožňujících specializační vzdělávání v geriatry
- Počet lékařů zařazených do specializačního vzdělávání v oboru geriatry
- Počet lékařů se získanou specializovanou způsobilostí (atestace) v geriatry ročně a celkem
- Nastavení programu rezidenčních míst pro specializační vzdělávání v geriatry
- Počet odborností, jejichž specializační vzdělávání zahrnuje vzdělávání v geriatry a gerontologii
- Počet absolventů postgraduálních vzdělávacích kurzů v oblasti geriatry gerontologie mezi lékaři ostatních specializací
- Počet kurzů celoživotního vzdělávání v oblasti geriatry a gerontologie mezi lékaři ostatních specializací

	h) Počet absolventů kurzů celoživotního vzdělávání v oblasti geriatry a gerontologie mezi lékaři ostatních specializací i) Metodický pokyn pro poskytování komplexní geriatrické péče a výuky geriatry na geriatrických klinikách a na spolupracujících akreditovaných geriatrických pracovištích j) Počet informačních aktivit propagujících vzdělávání v geriatrii a gerontologii
2.1.4	a) Specializační vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v geriatrii nadále probíhá b) Studijní a vzdělávací programy nelékařských zdravotnických povolání (všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut, klinický farmaceut, logoped, zdravotně sociální pracovník) na vysokých a vyšších odborných školách mají zařazenou výuku geriatry a gerontologie c) Jsou akreditovány certifikované kurzy, které směřují k získání zvláštní odborné způsobilosti v oblasti geriatry a gerontologie pro nelékařské zdravotnické pracovníky (všeobecná sestra) d) Jsou v nabídce vzdělávací akce pro laickou i odbornou veřejnost v oblasti geriatry a gerontologie
2.1.5	a) Počet nově vzniklých akreditovaných vzdělávacích aktivit celoživotního vzdělávání v oblasti gerontologie pro sociální pracovníky
2.1.6	a) Počet nově vzniklých akreditovaných vzdělávacích aktivit celoživotního vzdělávání v oblasti specifík péče o seniory pro pracovníky v sociálních službách a neformální pečující
MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ MZD, MŠMT, samosprávy, dotační nástroje EU pro vzdělávání	
SPECIFICKÝ CÍL 2.2 Výzkum v geriatrii	
DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE Zvýšení kvality a efektivity geriatrické péče nelze dosáhnout bez podpory výzkumných aktivit a dalších mezinárodních vědeckých aktivit, a to včetně mezioborové spolupráce v oblasti geriatry a gerontologie. V současnosti dle analýzy účasti českých vědeckých týmů v mezinárodním výzkumu v oblasti věkově specifických chorob, v geriatrii a v geriatrickém ošetrovatelství je vědecká aktivita nedostatečná a neodpovídá demografické potřebě a potřebám klinické medicíny. Je důležité zařazení podpory výzkumu, a to především aplikovaného výzkumu, dále pak podpora rozvoje vědeckých center excellence v oblasti geriatry a gerontologie a zvýšené zapojení vědeckých center do Evropského výzkumného prostoru (ERA – European Research Area) a dalších mezinárodních vědeckých aktivit. Výzkumné aktivity lze realizovat pouze zkušenými výzkumníky. Je nezbytná podpora rozvoje geriatrických klinik jako center výzkumu v geriatrii (dle zahraničních modelů například GREC - Geriatric Research Education and Clinical Center v USA) jako center vědecké excelence, kterou je třeba realizovat v postupných krocích. Prioritou je personální obsazení těchto pracovišť, optimalizace počtu akademických pracovníků a navýšení počtu výzkumných pracovníků. Významnou aktivitou pro podporu mladých vědeckých pracovníků je ustavení doktorských	

programů s interdisciplinárním dosahem na lékařských a zdravotně sociálních fakultách.

Současně je třeba podpořit výzkumné programy zaměřené specificky na aktuální výzkumné problémy v geriatrii a gerontologii především v oblasti aplikovaného (klinického) výzkumu (samostatné výzvy grantových agentur, specifického a institucionálního výzkumu). Nezbytná je podpora a zvyšování vědecké publikační aktivity.

V rámci tohoto dílčího cíle se výzkum zaměřuje na klinické otázky, vývoj inovativních diagnostických a terapeutických metod odrážejících specifické charakteristiky a potřeby geriatrických pacientů, tvorbu národních doporučených postupů a zapojení do klinických studií léčiv a klinických zkoušek zdravotnických prostředků. V neposlední řadě se výzkum zaměřuje na efektivitu vzdělávacích aktivit, vývoj a ověřování nových vzdělávacích programů v této oblasti. Kromě národní spolupráce se jako klíčové jeví zapojení výzkumných pracovníků do mezinárodních aktivit v rámci evropských odborných společností, výzkumných evropských programů a projektů a dalších mezinárodních aktivit.

Jedním z úkolů akademických pracovišť je výzkum v oblasti poskytování zdravotních služeb a jejich nákladové efektivity. Spektrum zdravotních služeb musí reflektovat aktuální potřeby seniorské populace. Péče musí být kontinuální, provázaná, dosahovat optimálních výstupů a současně být nákladově efektivní. Výzkum v oblasti zdravotních služeb musí zohlednit zdraví a kvalitu života seniorské populace, dostupnost specializovaných služeb a nákladovou efektivitu. Cílem je vytvoření optimálního modelu zdravotních služeb v oblasti geriatrické péče a péče o seniory a systémové nastavení, s nímž lze dosáhnout maximálního přínosu s co nejnižšími náklady.

Geriatrická péče včetně Komplexního geriatrického hodnocení (CGA) je poskytována multidisciplinárním (geriatrickým) týmem a je komplementárně doplňována spoluprací s dalšími lékařskými odbornostmi. Podpora výzkumu v oblastech se styčnými lékařskými i nelékařskými odbornostmi přinese nové poznatky využitelné ve zlepšení kvality geriatrické péče i jejích výstupů.

Obsahem tohoto specifického cíle je dále podpora rozvoje výzkumu především na akademických pracovištích – geriatrických klinikách, které kromě léčebně preventivní klinické péče plní i roli Geriatrických center excelence ve výzkumu a vzdělávání. Podpora zahrnuje dostatečné personální zastoupení akademických a vědeckých pracovníků, podporu mladých vědeckých pracovníků a jejich vědeckou výchovu formou Ph.D. programů široce orientovaných na gerontologické vědy (gerosciences), klinický aplikovaný výzkum v oblasti věkově specifických chorob, v geriatrii, ošetřovatelství a výzkum v oblasti zdravotních služeb o pacienty vyšších věkových skupin i v oblasti inovativních metod a forem vzdělávání.

GESCE MZD, IPVZ, NCO NZO, SZÚ, MŠMT, MPSV, ČGGS ČLS JEP, AZV ČR

SPOLUPRÁCE Odborné společnosti, ČLS JEP, AČMN, AN ČR, geriatrické kliniky, odborné a vysoké školy, GAČR, profesní organizace (lékařské i nelékařské)

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

2.2.1	Podpora výzkumu v klíčových oblastech geriatrické péče	MZD, IPVZ, NCO NZO, ČGGS ČLS JEP, AZV ČR, GAČR, TAČR, vysoké školy, profesní organizace, MPSV
-------	--	---

2.2.2	Zvýšení kvality klinické geriatrické péče a kvality výuky geriatrie na evropské úrovni prostřednictvím aktivního zapojení geriatrických klinik do evropského výzkumu	MZD, IPVZ, NCO NZO, ČGGS ČLS JEP, AZV ČR, vysoké školy, geriatrické kliniky, profesní organizace
2.2.3	Podpora geriatrických klinik v jejich klíčové roli pro mapování potřeb geriatrických pacientů v ČR a výzkumu v oblasti poskytování zdravotních služeb (health service research) v geriatrické a gerontologické oblasti v ČR	MZD, patientské organizace, geriatrické kliniky, AČMN, AN ČR, ČGGS ČLS JEP, ČLS JEP, AZV ČR, GAČR, TAČR, profesní organizace
2.2.4	Podpora výzkumu v oblasti interdisciplinární a evropské spolupráce ke geriatrickým tématům	MZD, patientské organizace, geriatrické kliniky, AČMN, AN ČR, ČGGS ČLS JEP, ČLS JEP, AZV ČR, GAČR, TAČR, IPVZ, MPSV
INDIKÁTORY		
2.2.1		
a) Počet realizovaných výzkumných aktivit v oblasti geriatrie a gerontologie		
b) Počet vyhlášených výzev zaměřených na oblast stárnutí a péče o geriatrické pacienty		
2.2.2		
a) Jsou realizovány výzkumné aktivity v oblasti kvality klinické geriatrické péče na národní i mezinárodní úrovni		
b) Jsou realizovány výzkumné aktivity v oblasti vzdělávání v geriatrii na národní a mezinárodní úrovni		
c) Počet geriatrických klinik zapojených do evropských výzkumných programů a projektů		
d) Počet aktivit geriatrických klinik v rámci evropského výzkumu v oblasti kvality klinické geriatrické péče		
e) Počet aktivit geriatrických klinik v rámci evropského výzkumu v oblasti vzdělávání v geriatrii		
2.2.3		
a) Potřeby geriatrických pacientů jsou systematicky mapovány		
b) Počet klinik aktivně mapujících potřeby geriatrických pacientů a v oblasti geriatrických a gerontologických služeb		
2.2.4		
a) Je nastavena interdisciplinární spolupráce a evropská spolupráce v klíčových geriatrických oblastech (počet pracovišť zapojených do interdisciplinárního a mezinárodního výzkumu)		
MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ		
MZD, AZV ČR, ostatní grantové agentury, grantové zdroje EU		

STRATEGICKÝ CÍL 3

Dostupnost a systémové nastavení specializované geriatrické péče odpovídající potřebám obyvatel České republiky

SPECIFICKÝ CÍL 3.1 Páteří sítě geriatrických klinik při všech lékařských fakultách

DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Zajištění dostupné komplexní geriatrické péče je hlavní náplní strategického cíle 3. Klíčovou roli v zajištění odborné péče specializované na potřeby geriatrických pacientů, ve výchově a vzdělávání odborníků v geriatrii mají geriatrické kliniky. Geriatrické kliniky jsou společná pracoviště fakultních nemocnic a lékařských fakult podílející se současně na léčebně preventivní péči o geriatrické pacienty a pregraduální i postgraduální výuce v oblasti geriatrie.

Geriatrické kliniky zajišťují komplexní léčebně preventivní péči v geriatrii dle definice WHO (ambulantní, akutní a následná (post-akutní) lůžková geriatrická péče) a slouží jako odborné pracoviště nejvyššího typu pro spádová zdravotnická zařízení. Geriatrické kliniky zajišťují poskytování kontinuální zdravotnické péče zaměřené specificky na potřeby geriatrických pacientů. V rámci spolupráce s ostatními lékařskými odbornostmi poskytují geriatrické kliniky konziliární službu a komplexní geriatrické vyšetření (CGA) u ambulantních i hospitalizovaných geriatrických pacientů na ostatních pracovištích. Geriatrické kliniky jsou akreditovanými pracovišti pro specializační vzdělávání v oboru geriatrie a zajišťují jak teoretickou, tak praktickou přípravu lékařů geriatrů.

Současně se zdravotní péčí geriatrické kliniky realizují teoretickou i praktickou výuku geriatrie na úrovni pregraduální i postgraduální. Pregraduální výuka geriatrie je součástí náplně magisterských programů všeobecného lékařství i bakalářských programů všeobecného ošetřovatelství. Mimo vzdělávání lékařských i nelékařských odborníků je klíčovou úlohou geriatrických klinik výzkum v oblasti gerontologie a geriatrie, a to zejména v oblasti aplikovaného výzkumu. Geriatrické kliniky fungují jako centra excellence, která se zapojují do evropských i mezinárodních vědeckých aktivit a tím přispívají k rozvoji i české geriatrie a gerontologie.

Geriatrické kliniky jsou nutnou podmínkou pro výchovu odborníků zaměřených na péči o geriatrické pacienty, rozvoj oboru geriatrie a zajištění komplexní geriatrické péče.

V současnosti nejsou geriatrické kliniky součástí všech lékařských fakult. Ne všechny geriatrické kliniky poskytují kontinuální komplexní geriatrickou péči od ambulantní, přes akutní lůžkovou až po následnou lůžkovou péči. Lze akceptovat přechodové období, kdy geriatrické kliniky při všech lékařských fakultách poskytují vzdělávání pregraduální a postgraduální, zajišťují výzkum v oblasti geriatrie a zajišťují alespoň dva ze tří základních typů geriatrické péče, a to lůžkovou akutní a následnou a geriatrickou péči ambulantní. Nicméně cílem je do roku 2035 zajištění komplexní geriatrické péče zahrnující všechny tři typy na všech geriatrických klinikách.

Pregraduální vzdělávání v geriatrii na úrovni lékařských fakult je nejednotné a na některých fakultách není geriatrie povinnou součástí vzdělávacího curricula vůbec. Suboptimální je také dostupnost postgraduálního vzdělávání v geriatrii.

Páteří sítě geriatrických klinik je klíčovou oporou pro vzdělávání a tvorbu pracovní síly lékařů a dalších odborných pracovníků pro geriatrická pracoviště a jejich praktickou zkušenost s příkladem dobré praxe, kterou (po dokončení svého vzdělání) mohou uplatnit ve všech

regionech. Je také klíčovým předpokladem pro optimalizaci zdravotní péče a zohlednění specifických potřeb polymorbidních nemocných vyššího věku³⁸ všemi zapojenými zdravotníky.

Výstupem tohoto specifického cíle je podpora a rozvoj stávajících geriatrických klinik a další navýšení počtu geriatrických klinik tak, aby byly součástí všech lékařských fakult. Je třeba zajistit komplexní geriatrickou péči na všech geriatrických klinikách, sladit pregraduální vzdělávací programy a umožnit větší rozvoj výzkumu v oblasti geriatrie.

Obsahem specifického cíle 3.1. je zajištění rozvoje komplexní geriatrické péče léčebně preventivní, vzdělávací a výzkumné na již existujících geriatrických klinikách a podpora vzniku nových geriatrických klinik s cílem dosažení páteční sítě geriatrických klinik jako center excellence (viz. i dílčí cíle 2.1. a 2.2.) při všech lékařských fakultách. Páteční síť geriatrických klinik je klíčovou oporou pro vzdělávání a tvorbu pracovní síly lékařů a dalších odborných pracovníků v geriatrii a jejich praktickou zkušenost s příkladem dobré praxe, kterou po dokončení svého vzdělání mohou uplatnit ve všech regionech. Součástí tohoto specifického cíle je definování podmínek kvality komplexní geriatrické péče dle definice WHO, harmonizace vzdělávacích programů a podpora výzkumu na geriatrických klinikách.

GESCE MZD, MŠMT, zdravotní pojišťovny, ČGGS ČLS JEP, geriatrické kliniky, AZV ČR, ÚZIS, poskytovatelé zdravotních služeb (fakultní nemocnice)

SPOLUPRÁCE Odborné společnosti, ČLS JEP, samosprávy

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

3.1.1	Dostupnost geriatrických klinik při všech lékařských fakultách, geriatrická klinika zajišťuje komplexní péči v geriatrii dle definice WHO: geriatrická péče lůžková akutní a následná (post-akutní) a geriatrická péče ambulantní ³⁹	MZD, zdravotní pojišťovny, ČGGS ČLS JEP, MŠMT, poskytovatelé zdravotních služeb (fakultní nemocnice)
3.1.2	Definování podmínek kvality geriatrické péče a rozsahu komplexní geriatrické péče dle definice WHO na geriatrických klinikách	MZD, MŠMT, zdravotní pojišťovny, ČGGS ČLS JEP, geriatrické kliniky, odborné společnosti, ČLS JEP, ÚZIS, AZV ČR, ÚZIS
3.1.3	Podpora rozvoje a zajištění komplexní geriatrické péče na geriatrických klinikách	MZD, zdravotní pojišťovny, ČGGS ČLS JEP, geriatrické kliniky, odb. společnosti, ČLS JEP, ÚZIS

INDIKÁTORY

3.1.1

- Počet nově ustavených geriatrických klinik při lékařských fakultách (kde dosud nejsou zřízeny)
- Geriatrické kliniky jsou do roku 2030 při všech lékařských fakultách v ČR

³⁸ Obr. č. 4 Nárůst počtu chronických onemocnění v závislosti na věku

³⁹ V kontextu WHO se užívá pro následnou (lůžkovou) péči pouze termín „post-akutní“. Pro jednoznačnost terminologie NPGP ČR byl do textu souvisejících s WHO zahrnut i termín „následné“, který je ukotvený v legislativě ČR.

3.1.2

- a) Probíhá výzkum v oblasti kvality geriatrické péče
- b) Výsledky výzkumu jsou aplikovány do metodických materiálů a klinických doporučení pro kvalitu komplexní geriatrické péče na geriatrických pracovištích

3.1.3

- a) Počet podpořených poskytovatelů geriatrické péče – geriatrických klinik
- b) Existence nově ověřených modelů geriatrické péče (např. orthogeriatric, onkogeriatric, integrovaná péče o pacienty s kognitivní poruchou a somatickými komorbiditami, poradna pro komplexní management rizika pádů)

MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

MZD, grantové zdroje EU, samosprávy

SPECIFICKÝ CÍL 3.2 Nastavení základní sítě geriatrických pracovišť lůžkové péče

DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Cílem opatření jsou postupné kvalitativní i kvantitativní posuny v oblasti specializované péče o geriatrického pacienta. Součástí jednotlivých aktivit tedy budou podpůrné nástroje jak pro lůžkový, tak i ambulantní segment geriatrické péče. Konkrétní opatření budou navržena v rámci Implementačních plánů NPGP ČR a budou vztažena k jeho specifickým cílům, kdy zásadními jsou 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1 a 3.2.

Téměř polovina dospělých, kteří využívají nemocniční lůžka, je starší 65 let. Očekává se, že tento podíl se bude dále zvyšovat s tím, jak populace stárne. Hospitalizace může prohloubit a urychlit fyziologické změny související s věkem a zvýšit morbiditu. Hospitalizace seniorů je tak často následována nevratným poklesem funkčního stavu ovlivňujícího kvalitu života po propuštění. Funkční pokles často souvisí s nežádoucími účinky hospitalizace, které nejsou přímo spojeny s akutním onemocněním pacienta. Je proto žádoucí, aby během hospitalizace mohli pacienti vyššího věku těžit z geriatrického přístupu v diagnostice a léčbě. Zohlednění specifík spojených s vyšším věkem vede ke snížení rizik spojených s hospitalizací, zkracuje dobu pobytu na lůžku, přispívá k udržení soběstačnosti a tím i k možnosti návratu do přirozeného domácího prostředí. Optimalizovaná struktura a dostupnost geriatrických pracovišť lůžkové péče tak minimalizuje negativní dopad hospitalizace seniorů.

Lékaři se specializací v geriatrii ve většině případů pracují na odděleních následné či dlouhodobé lůžkové péče nebo jsou součástí týmu ošetřujících lékařů na akutních odděleních. Poskytovaná geriatrická péče tak bývá často skryta či upozaděna nebo omezena na úzký okruh svěřených pacientů. Potenciál geriatrického přístupu k hospitalizovaným pacientům vyššího věku poté nebývá ze strany provozovatele lůžkového zařízení plně doceněn ani dostatečně efektivně využit. Je tedy potřeba vytvořit systém podpory geriatrů na stávajících pracovištích, aby jejich odbornost byla v rámci lůžkového zařízení maximálně zúročena. Jedná se především o metodickou podporu k získání akreditace lůžkového oddělení v oboru geriatrie minimálně I. stupně, která umožní zviditelnění geriatrické péče (např. v názvu oddělení) a vytvoří podmínky pro výuku stážistů v oboru geriatrie včetně metodické a odborné podpory nových školitelů. Součástí podpory bude pomoc při organizaci a odborném zajištění místních přednášek, seminářů, symposií a konferencí s geriatrickou tematikou. Podpora bude rovněž cílena na zapojení těchto pracovišť do odborných studií a výzkumných projektů ve spolupráci s geriatrickými klinikami při fakultních nemocnicích a na vytvoření příležitostí pro aktivní

přednáškovou činnost a publikaci v odborných časopisech. Pro zvýšení kvality péče vytvořit pro geriatry pracující v malých nemocnicích systém krátkodobých motivačních stáží na domácích i zahraničních geriatrických klinikách.

V současné době nejsou lůžková pracoviště s geriatrickou péčí v rámci ČR rozmístěna rovnoměrně a díky tomu je v některých regionech tato péče těžko dostupná. Je proto potřeba vybudovat takovou síť pracovišť, kdy by byla geriatrická péče dobře dostupná ve všech krajích, a to jak v kvantitativním vyčíslení počtu lůžek s geriatrickou péčí na počet obyvatel, tak i z hlediska dopravní dostupnosti.

Akutní lůžková geriatrická péče (akutní standardní a/nebo intenzivní lůžka, 1H6, 1F6, 1I6, 1T6) je určena rizikovým pacientům vyššího věku s multimorbiditou, sníženou adaptabilitou a rizikem specifických geriatrických komplikací. Zaměřuje se na včasnou diagnostickou a léčebnou péči s posílenou složkou rehabilitační a ošetrovatelskou. Jedná se o péči cílenou primárně na pacienta, kde specializovaná péče jde za pacientem a ne naopak. Tento přístup vede k nižší zátěži geriatrického pacienta, snižuje rizika komplikací, zvyšuje naději pacienta na přežití, zkracuje celkovou délku hospitalizace a zvyšuje šanci návratu do přirozeného domácího prostředí. Výsledkem je zlepšení kvality péče a v konečném důsledku prokazatelné zvýšení kvality života seniorů, kteří v naší společnosti tvoří stále významnější skupinu. Akutní geriatrická lůžka by kromě geriatrických klinik při fakultních nemocnicích měla vzniknout i ve všech krajských nemocnicích.

Oddělení *následné geriatrické péče* poskytují multioborovou subakutní péči pacientům vyššího věku přeloženým z akutních oddělení. Jedná se o komplexní péči zaměřenou na doléčení, rehabilitaci a podporu funkčního stavu pacienta. Součástí péče je silný důraz zejména na prevenci imobility, závislosti v denních činnostech, pádů, malnutrice, infekčních komplikací, dekubitů, inkontinence, deprese, úzkosti a deliria. Oproti standardní následné péči zaměřené na rychlost a výkon nabízí geriatrická následná (post-akutní) péče prostředí přizpůsobené potřebám křehkých seniorů, a to v důrazu na klidné, přívětivé a bezpečné prostředí, individuální způsob komunikace, optimalizované tempo a typ léčebných, rehabilitačních a aktivizačních postupů, a především na intenzivní spolupráci s rodinou a dalšími vztahově blízkými osobami geriatrického pacienta. Nedílnou součástí následné geriatrické péče je sociální poradenství a podpora zejména v oblasti zajištění služeb umožňujících návrat do přirozeného domácího prostředí nebo zajištění další vhodné institucionální péče. Pracoviště geriatrické následné péče své kompetence v této oblasti může prokázat akreditačním řízením v oboru geriatrie a případně i dalšími odborně respektovanými certifikačními procesy. Lůžková kapacita následné geriatrické péče musí být dostatečná vzhledem k počtu hospitalizovaných pacientů vyššího věku na akutních odděleních v daném regionu.

Konziliární geriatrická péče je určena pro pacienty vyššího věku hospitalizované na akutních odděleních. Vykonává ji na vyžádání geriatr u lůžka pacienta, někdy i za přítomnosti jeho blízké osoby. Konzultace zahrnuje zejména komplexní geriatrické vyšetření (např. v rámci předoperačního vyšetření), hodnocení kognitivního deficitu, funkčního stavu, změn chování, malnutrice a optimalizaci léčby včetně farmakoterapie. Pacient vyššího věku tak těží z geriatrického přístupu i na standardním oddělení, což snižuje zejména riziko pádů, zhoršení funkčního stavu, vzniku delirantních stavů, deprese, úzkosti a rozvoje kognitivního deficitu. Konziliární tým může být doplněn o další odborníky jako například fyzioterapeuta pro optimalizaci rehabilitace nebo sociálního pracovníka, který v součinnosti s neformálním pečujícím (např. pečující rodinou) pomůže naplánovat a zajistit potřebnou podporu seniora po

propuštění z hospitalizace. Konziliární geriatrická péče napomáhá ke zkrácení doby hospitalizace a snížení nákladů na léčbu. Konziliární geriatrická péče by měla být dostupná pro všechna lůžka akutní péče.

GESCE MZD, zdravotní pojišťovny, ČGGS ČLS JEP

SPOLUPRÁCE Odborné společnosti, ČLS JEP, samosprávy, poskytovatelé geriatrické péče, profesní organizace (lékařské i nelékařské)

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

3.2.1	Podpora a rozvoj stávajících poskytovatelů geriatrické péče	MZD, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé geriatrické péče
3.2.2	Zvýšení dostupnosti akutní, následné a konziliární geriatrické péče	MZD, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé geriatrické péče

INDIKÁTORY

3.2.1

- a) Počet všech podpořených poskytovatelů geriatrické péče (akutní, následné, konziliární)

3.2.2

- a) Počet lůžek akutní geriatrické péče (1H6, 1F6, 1T6, 1I6) narůstá v souladu se stárnutím populace
- b) Počet lůžek následné geriatrické péče narůstá v souladu s demografickým vývojem a s potřebami pacientů vysokého věku s polymorbiditou.
- c) Narůstá počet pracovišť následné péče (OD 00024), která mají akreditaci pro obor geriatrie I. typu a jsou tak vybavena kompetencemi pro péči o polymorbidní pacienty v riziku rozvoje či v přítomnosti geriatrických syndromů včetně rizika progresu disability
- d) Počet poskytovatelů akutní lůžkové péče (jiné než 1H6, 1F6, 1T6, 1I6), u kterých je poskytována konziliární péče geriatrem, do roku 2035 roste

MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

MZD, samosprávy, grantové zdroje EU

SPECIFICKÝ CÍL 3.3 Geriatrické ambulance

DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Důvodem zařazení je podporovat zdraví i ve vyšším věku, správně a včas léčit poruchy zdraví (nemoci a geriatrické syndromy), adekvátním doléčením a rehabilitací přispět k co nejúplnějšímu návratu kvality života a soběstačnosti a ve stavu omezené soběstačnosti zajistit co nejlepší kompenzaci stavu, optimální funkční stav a kvalitu života. V situacích terminálních nebo tehdy, kdy si člověk již nepřeje další vyšetřování a léčbu, zajistit kvalitní péči, popřípadě kvalitní péči paliativní.

Péče se týká především těch starších nemocných, u nichž dominuje problematika geriatrická nad problematikou oborovou, u nichž závažná multimorbidita problematizuje oborové kompetence a jejichž řešení problematiky přesahuje reálné možnosti specializovaných podoborů. Zdůrazňuje důstojnost jako základní lidské právo, které je třeba respektovat v jakémkoli věku a v jakékoli

zdravotní či sociální situaci, jež nelze zpochybňovat ani u těch lidí, kteří jsou nejkřehčí a mezi které patří lidé se závažnými geriatrickými syndromy.

Východiskem k tomu je také adekvátní posuzování funkčních deficitů a indikace potřebných dalších služeb. Dalším z cílů je zlepšení kontinuity péče o starší pacienty spoluprací mezi jednotlivými lékařskými i nelékařskými odbornostmi, se sociálními službami i s pečujícími rodinnými příslušníky.

Kvalita života ve stáří může být závažně ovlivněna nepřiléhavostí poskytovaných služeb – s narůstající specializací medicíny se stále více multimorbidních, involučně křehkých geriatrických pacientů dostává do situace s nedostatečně saturovanou podporou. Pohybují se mezi tradičními obory, z nichž do žádného plně nezapadají, ocitají se na zdravotně sociálním pomezí, kde řada zdravotně podmíněných obtíží je nadměrně socializována a naopak. Tomu napomáhají problémy s financováním zdravotnictví vedoucí k úsilí o odbourání skutečných či domnělých sociálních výdajů.

Nezbytné je proto podle zahraničních zkušeností lepší pochopení zdravotních problémů geriatrických pacientů, komplexní řešení jejich potřeb a větší účelnost výdajů při eliminaci věkové diskriminace. To vyžaduje i změnu tradičních lékařských přístupů. Ve stáří je třeba věnovat stejnou pozornost účelné diagnostice a terapii chorob i hodnocení a ovlivňování funkčního stavu, disability. Zvláště u křehkých geriatrických pacientů by měly být zdravotnické aktivity cílevědomě orientovány nejen na vyřešení dílčího úkonu či jednotlivé choroby, ale také na podporu pacienta, aby zůstal sám sebou, aby si zachoval či zlepšil úroveň funkční zdatnosti a svou sociální roli (participaci), aby mohl zůstat ve svém přirozeném autonomním životním prostředí či se do něho co nejrychleji vrátit. I když klíčovou roli sehrávají praktičtí lékaři, komplexní problematika polymorbidních seniorů často přesahuje jejich časové kapacity i odborné kompetence, a proto řadu nemocných odesílají ke komplexní péči za hospitalizace. Možnost spolupráce praktického lékaře s geriatrickou ambulancí v regionu zlepšuje efektivitu celého systému a je jednoznačně výhodná pro pacienty.

V současné době není geriatrických ambulančí v celé ČR dostatečný počet a nejsou rozmístěny rovnoměrně. V některých regionech je tato péče nedostupná. Je proto potřeba vybudovat takovou síť geriatrických ambulančí, aby každý praktický lékař měl reálnou možnost polymorbidního křehkého seniora do geriatrické ambulance odeslat. V souladu s NAPAN 2020-2030 (opatření 1.1.6) je potřeba postupně navýšit počet geriatrických ambulančí tak, aby byla ambulance této odbornosti na úrovni každého okresu. Prvním krokem k tomu může být podpora vzniku geriatrických ambulančí tam, kde již lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie pracují, tedy například při existujících lůžkových odděleních následné péče. Tam může současně geriatrická ambulance přirozeně přímo navázat podporou soběstačnosti seniora po propuštění z oddělení následné péče domů a usnadnit tak předání zpět do péče praktického lékaře.

Je třeba zdůraznit, že často nabízená dlouhodobá či trvalá ústavní péče (hlavně následná (post-akutní) nebo dlouhodobá lůžková péče a pobytové sociální služby) jako řešení zdravotně sociálních problémů naprosté většině seniorů nevyhovuje, má závažná rizika, je ekonomicky nákladná a je vnímána jako obávané nouzové řešení. Je dále nezbytné upozornit, že institucionalizace je u geriatrického pacienta vždy rizikem řady komplikací. Udržet seniory ve stavu bez přítomnosti křehkosti je důležitým cílem geriatrické péče.

Obsahem a náplní ambulantní geriatrické péče se ukazuje jako optimální činnost v oblasti

prevence, diagnostiky a léčby onemocnění vyššího věku a geriatrických syndromů, dispenzarizace seniorů se závažnými geriatrickými syndromy. Součástí péče je silný důraz zejména na prevenci syndromu geriatrické křehkosti, malnutrice, sarkopenie a s tím souvisejících pádů, závislosti v denních činnostech a imobility. Funkční geriatrická diagnostika umožňuje stanovení komplexního geriatrického plánu či komplexního plánu dlouhodobé péče včetně aktivizačních postupů a spolupráce s rodinou a dalšími vztahově blízkými osobami geriatrického pacienta.

Neméně významnou stránkou je vyšetření složitých případů dekompenzace a nesoběstačnosti geriatrických pacientů, konzultační činnost nejen pro lékaře primární péče, ale dle potřeby i pro lékaře ostatních specializací, komunitní geriatrické sestry, ošetrovatelské týmy a týmy dlouhodobé péče, poskytnutí podkladů praktickým lékařům i posudkovým lékařům ve složitějších případech.

V této souvislosti je nezbytné dále zdůraznit významnou roli služeb domácí péče, kdy se geriatrickému pacientovi při efektivně nastaveném způsobu spolupráce s geriatrickou ambulancí dostává kontinuální a individuálně nastavené podpory dle jeho skutečných zdravotních potřeb. Potřebné efektivity je dosahováno prostřednictvím kvalitního a dostatečného sdílení informací o zdravotním stavu pacienta a jeho vývoji a o možnostech jeho domácího prostředí ve vztahu k rozsahu potřebné podpory.

K modelu dobré praxe ambulantní péče náleží i stacionář zajišťující péči o seniory na základě indikace lékaře geriatrické ambulance (popřípadě jiné specializované ambulance). Pacienti profitující ze specifického geriatrického režimu tu mohou absolvovat potřebná vyšetření a ošetření, komplexní evaluaci funkčního stavu, časově náročnější výkony (např. infuzní terapie), převazy atd., a to bez nutnosti hospitalizace. Přitom je jim zajištěn trvalý dohled a péče. Stacionáře jsou zřizovány při geriatrických ambulancích, které mají přímou návaznost na lůžková zařízení. Tento model umožňuje ošetřit křehké seniory i při akutním zhoršení stavu a u řady z nich umožnit návrat do domácí péče bez nutnosti přijetí k hospitalizaci. Současně je možné naplánovat vyšetření a ošetření pacientů ve stacionáři s využitím komplementárních vyšetření v rámci nemocnice a u menšího počtu křehkých polymorbidních nemocných přistoupit k hospitalizaci, pokud stacionární péče na vyřešení situace nepostačuje.

GESCE MZD, zdravotní pojišťovny, ČGGS ČLS JEP, poskytovatelé geriatrické péče, poskytovatelé domácí zdravotní péče, IPVZ, patientské organizace, NCO NZO, profesní organizace (lékařské i nelékařské)

SPOLUPRÁCE Samosprávy, vyšší a vysoké školy, odborné společnosti, ČLS JEP

SEZNAM DÍLČÍCH CÍŮ

3.3.1	Zajištění regionální dostupnosti ambulantní geriatrické péče	MZD, zdravotní pojišťovny, samosprávy, profesní organizace, ČGGS ČLS JEP
3.3.2	Nastavení motivačních nástrojů v oblasti úhrad ambulantní geriatrické péče ve prospěch geriatrických pacientů v riziku zhoršení zdravotního a/nebo funkčního stavu, edukace a spolupráce s nemocným a s jeho pečujícími	MZD, zdravotní pojišťovny, patientské organizace
3.3.3	Definování optimální kvality ambulantní geriatrické	MZD, zdravotní pojišťovny, ÚZIS,

	péče a podpora jejího rozvoje	IPVZ, patientské organizace
3.3.4	Optimalizace spolupráce geriatrických ambulancí se službami domácí péče a navýšení kvality vzdělání a kompetencí pracovníků služeb domácí péče v péči o geriatrické pacienty	MZD, zdravotní pojišťovny, NCO NZO
3.3.5	Zvýšení dostupnosti služby stacionární péče pro geriatrické pacienty	MZD, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé geriatrické péče

INDIKÁTORY**3.3.1**

- a) Jsou vytvořeny podmínky pro navýšení počtu ambulantních geriatrických služeb
- b) Počet ambulantních geriatrických služeb (v každém okrese a městské části HMP bude do roku 2035 nejméně jedna geriatrická ambulance v souladu s Národním plánem pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020-2030, Opatření 1.1.6)
- c) Je nastaven model spolupráce geriatrických ambulancí s poskytovateli akutní a následné lůžkové péče

3.3.2

- a) Do roku 2028 budou optimalizovány stávající výkony odbornosti 106
- b) Do roku 2028 budou navrženy nové výkony odbornosti 106
- c) Počet vykázaných výkonů odbornosti 106 v ČR se zvyšuje
- d) Počet pacientů ošetřených geriatrem se zvyšuje

3.3.3

- a) Jsou definovány modely dobré praxe ambulantní geriatrické péče
- b) Je podporován rozvoj komunitní geriatrické péče včetně inovativních geriatrických služeb dle evropských a světových modelů dobré praxe (např. „hospital at home“)

3.3.4

- a) Je nastaven model spolupráce geriatrických ambulancí se službami domácí péče a VPL
- b) Geriatr má možnost doporučovat služby domácí péče v intervenci nebo prevenci geriatrického syndromu ve spolupráci s VPL

3.3.5

- a) Počet poskytovatelů lůžkové péče poskytujících stacionární péči pro geriatrické pacienty do roku 2035 roste

MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ – MZD, zdravotní pojišťovny, grantové zdroje EU**SPECIFICKÝ CÍL 3.4 Systémová podpora a zajištění dostupnosti geriatrických zdravotních služeb****DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE**

Úhrada zdravotní péče v ČR je organizována prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění (dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů). Související právní předpisy⁴⁰ k dané oblasti jsou klíčové pro stanovování pravidel pro úhradu zdravotní péče poskytovanou v rámci veřejného zdravotního pojištění a pro regulaci finančního toku mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotními

⁴⁰ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, a vyhláška č. 341/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro daný kalendářní rok (tzv. úhradová vyhláška)

pojišťovnami.

Při úhradě a financování akutní lůžkové péče se využívá DRG systém klasifikace pacientů a skupin na základě jejich diagnóz, procedur a dalších charakteristik. Tento systém byl zaveden s cílem standardizovat úhrady, podporovat efektivitu, zlepšit kvalitu péče a možnost porovnávání nákladů na péči mezi institucemi a také vyhodnocovat některé specifické ukazatele (DRG baze). Současný systém CZ DRG finančně nezohledňuje problematiku komplikovaných geriatrických pacientů, neexistuje diagnóza nebo DRG marker, který by bonifikoval platbu za případ, zhodnocujícím markerem není ani vyšší věk. ALOS pro geriatrické pacienty převyšuje délku u střední generace a v rámci grouperu (klasifikátoru) adekvátně nenavýší platbu za hospitalizační případ a nezohlední náročnost zdravotní péče. Pak je tlak nedoléčené pacienty co nejdříve překládat na lůžka následné péče.

Ambulantní zdravotní péče je hrazena na základě podmínek stanovených uvedenými právními předpisy. Stále narůstá počet obyvatel v seniorském věku. Tato skupina vyžaduje specifický přístup i v ambulantní diagnostice a léčbě. Geriatrický přístup k pacientům vyššího věku zvyšuje kvalitu i efektivitu zdravotní péče, a navíc v sobě zahrnuje i silnou složku preventivní, což může zdravotním pojišťovnám přinést významnou úsporu nákladů na zdravotní péči o seniory. Přesto v současné době není ambulantní geriatrická péče ekonomicky soběstačná a většinou vyžaduje dodatečnou finanční suplementaci například přidružením k lůžkovému oddělení či nějakou formu dotací od zřizovatele. Aby bylo možné současnou síť geriatrických ambulancí nejen udržet, ale aktivně rozvíjet, je nutná systémová podpora na úrovni oboustranně rentabilního ekonomického zajištění.

Portfolio výkonů spojených s odborností 106⁴¹ – geriatrie je třeba dále kultivovat, aby lépe odráželo specifika péče o geriatrického pacienta, a to zejména v časové náročnosti včetně zohlednění nutné a velmi přínosné edukace a podpory pečujících osob. Systémová ekonomická podpora geriatrických ambulancí je nutnou podmínkou pro zajištění kvalifikovaných a motivovaných personálních zdrojů pro práci v geriatrické ambulanci.

Následná (post-akutní) zdravotní péče není hrazena systémem DRG, ale sazbou za ošetřovací den dle kategorie pacienta. Kategorie pacienta odráží tíži ošetřovatelské péče z hlediska jeho soběstačnosti a psychického stavu. Všechna vyšetření laboratorní, RTG, CT, náklady na infuze, léky, enterální výživu, parenterální výživu jsou zahrnuta v sazbě za lůžkoden. V úhradě za lůžkoden jsou také zahrnuty náklady za režii: spotřeba materiálu, spotřeba energie, služby, osobní náklady, daně, ostatní náklady – odpisy nedobytné pohledávky), odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku.

V segmentu akutní lůžkové zdravotní péče je trendem zkracovat dobu hospitalizace. Toto však není cesta pro křehkého polymorbidního geriatrického pacienta, který se tak často dostává na následné subakutní lůžko nedoléčen, vyžaduje nákladnou léčbu a lékový a materiálový paušál nepokrývá skutečné náklady. Není žádoucí každého lehce zhoršeného seniora překládat na akutní lůžko. Při změně prostředí může dojít k dalšímu zhoršení zdravotního stavu v důsledku somatogenního deliria. Z hlediska ekonomického se při překladu na akutní oddělení jedná o nový DRG případ a náklady na poskytovanou péči jsou vyšší než na lůžku následné péče.

Za model dobré praxe o geriatrické pacienty na následném lůžku je považováno zdravotnické zařízení následné lůžkové péče s akreditací geriatrie I. typu, které disponuje kvalifikovanou

⁴¹ Obsažených ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

pracovní silou – geriatrem a interprofesionálním geriatrickým týmem. Takto vybavené akreditované pracoviště má optimální předpoklady pro intervenci geriatrických syndromů a jejich rizik, což přispívá k efektivitě hospitalizace a snížení rizika geriatrických komplikací včetně progresu disability. V optimálním případě takové pracoviště spolupracuje také s geriatrickou ambulancí, která může podporovat pacienty po dimisi do vlastního (domácího) prostředí a přispívat k aktivní prevenci rehospitalizací.

V současné době jsou diskutovány možnosti další podpory dostupnosti a kvality služeb cílených na křehké pacienty. Geriatrie je samostatným legislativně ukotveným oborem s nastaveným systémem vzdělávání. V rámci geriatrické péče působí v ČR poskytovatelé, kteří geriatrickým pacientům zajišťují odborné geriatrické služby. Dochází k postupné podpoře geriatrických ambulancí v oblasti úhrad za poskytovanou odbornou péči a jsou realizovány i projektové aktivity cílené na vybrané segmenty péče o geriatrické pacienty. S ohledem na demografické výzvy bude v budoucnosti ze strany MZD nutné nejen zajištění kontinuity stávající podpory všech klíčových oblastí péče o geriatrické pacienty, ale i nastavení plánu a realizace nových rozvojových kroků. Zacílení pozornosti na problematiku geriatrické péče bude dosaženo tvorbou, přijetím a návaznou realizací jednotlivých cílů NPGP ČR. Významným prvkem bude i činnost PS Geriatrie a dalších pracovních skupin jednotlivých implementačních plánů NPGP ČR.

GESCE MZD, zdravotní pojišťovny, IPVZ, NCO NZO, MŠMT, poskytovatelé geriatrické péče

SPOLUPRÁCE Samosprávy, odborné společnosti, ČLS JEP, odborné a vysoké školy

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

3.4.1	Zajištění udržitelnosti péče v oboru geriatrie ve všech segmentech a optimalizace systému úhrad	MZD, zdravotní pojišťovny, samosprávy
3.4.2	Zajištění kvalifikovaných a motivovaných personálních zdrojů v oblasti geriatrické medicíny	MZD, MŠMT, IPVZ, NCO NZO, odborné a vysoké školy, MŠMT
3.4.3	Optimalizace systému výkonů odbornosti 106 a doplnění jejich portfolia k vykazování nových činností a nové péče v oblasti geriatrie	MZD, zdravotní pojišťovny
3.4.4	Udržitelnost a kontinuita systémové podpory geriatrické péče	MZD

INDIKÁTORY

3.4.1

- Je vytvořen funkční a efektivní systém úhrad všech segmentů geriatrické zdravotní péče (lůžkové akutní, lůžkové následné, ambulantní péče, stacionární péče) zajišťující ekonomickou soběstačnost uvedených geriatrických pracovišť a jejich další rozvoj s ohledem na vývoj demografických ukazatelů v ČR
- Je vytvořena síť a plán rozvoje poskytovatelů zdravotní péče v oboru geriatrie pojmenovaných ve specifických cílech 3.1, 3.2 a 3.3.

3.4.2

- Jsou nastaveny nástroje k motivaci zdravotnických pracovníků pro práci v geriatrii
- Počet rezidenčních míst specializačního vzdělávání v geriatrii

3.4.3

- a) Je zpracován návrh revize a kultivace výkonů odb. 106 a to jak věcné náplně, tak bodové kalkulace s ohledem na nezbytný rozvoj geriatrické péče
- b) Je zpracován návrh doplnění portfolia nových výkonů odbornosti 106

3.4.4

- a) Je vytvořen a Vládou ČR schválen NPGP ČR
- b) V rámci poradních orgánů ministra zdravotnictví pracuje v pozici poradního orgánu ministra pracovní skupina zaměřená na realizaci cílů NPGP ČR
- c) Vedení MZD je pravidelně informováno o aktivitách pracovní skupiny a o plnění úkolů vyplývajících z cílů NPGP ČR
- d) V rámci kontroly implementačních plánů je pravidelně sledováno plnění dílčích cílů NPGP ČR
- e) Jsou realizovány projekty k plnění jednotlivých cílů NPGP ČR

MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ MZD, zdravotní pojišťovny, samosprávy, Evropské grant. zdroje

STRATEGICKÝ CÍL 4

Nastavení provázanosti péče v systému geriatrické péče odpovídající komplexním potřebám geriatrických pacientů

SPECIFICKÝ CÍL 4.1 Geriatrie v regionech – spolupráce s primární péčí

DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Cílem je nastavení spolupráce s praktickými lékaři pro dospělé v oblasti zdravotní péče způsobem, který by zpřístupnil geriatrickým pacientům optimální a specifickou péči poskytovanou racionálně a efektivně. Spolupráci je nezbytné nastavit prostřednictvím tvorby nových postupů využívaných v prevenci, diagnostice, léčbě i dispenzarizaci geriatrických pacientů. Nezbytným předpokladem je i konsenzus při nastavování kvality péče poskytované geriatrickým pacientům a při spolupráci při vzájemném vzdělávání v oblastech kontaktu obou odborností.

V rámci zajištění návaznosti péče by při spolupráci s praktickými lékaři pro dospělé měl geriatr vystupovat v průběhu adekvátně a individuálně nastaveného časového období jako konsultant, koordinátor i realizátor zdravotní péče ve vazbě na subkompensaci nebo dekompenzacii zdravotního stavu geriatrických pacientů v oblasti jednotlivých geriatrických syndromů vedoucích k disabilitě. Spolupráce je dále nezbytná i při řešení intervencí cílených na funkční zdatnost uvedených pacientů. Spolupráce by měla zamezit výpadkům a prázdným místům v péči o křehké seniory. Geriatr využívá v systému péče kompetence k vypracování komplexního plánu gerontologické a geriatrické péče a komplexního plánu dlouhodobé péče včetně indikování a doporučování dalších služeb (domácí péče, potřebné pomůcky a další) a včetně spolupráce se sociálními službami. Primární péče tak bude doplněna o specializovanou zdravotní péči, která bude v úzké návaznosti reagovat na specifické potřeby geriatrických pacientů vyžadující zapojení odborníka – geriatra.

GESCE MZD, ČGGS ČLS JEP, SVL ČLS JEP, SPL ČR, IPVZ, ÚZIS, MŠMT

SPOLUPRÁCE MPSV

SEZNAM DÍLČÍCH CÍŮ		
4.1.1	Spolupráce s primární péčí VPL na poskytování kvalitní péče geriatrickým pacientům žijícím v komunitě	MZD, ČGGS ČLS JEP, SVL ČLS JEP, SPL ČR, MPSV
4.1.2	Spolupráce výborů odborných společností SVL ČLS JEP a ČGGS ČLS JEP na nastavení kvality péče	MZD, ČGGS ČLS JEP, SVL ČLS JEP, SPL ČR, ÚZIS
4.1.3	Spolupráce na vzdělávání v oblasti geriatry pro VPL	MZD, ČGGS ČLS JEP, SVL ČLS JEP, SPL ČR, IPVZ, ÚZIS, MŠMT
INDIKÁTORY		
4.1.1		
a) Je nastaven model distanční konzultační činnosti VPL s geriatrickými ambulancemi		
b) Je zvýšena dostupnost klinického vyšetření geriatrem pro geriatrického pacienta žijícího ve vlastním sociálním prostředí ve spolupráci s VPL v regionech		
4.1.2		
a) Je vytvořen společný doporučený postup „Geriatry“ SVL ČLS JEP a ČGGS ČLS JEP, je pravidelně aktualizován a jsou vytvořeny společné doporučené postupy k dalším geriatrickým syndromům		
b) Doporučené postupy jsou publikovány v periodických obou společnostích		
c) Jsou určeni zástupci z obou společností koordinující spolupráci mezi oběma obory		
4.1.3		
a) Vzdělávací programy v rámci Institutu pro další vzdělávání lékařů – každoročně se uskuteční minimálně jeden se zaměřením na geriatry		
b) Geriatry je zařazena do curricula vzdělávání VPL		
c) Vzájemná aktivní účast na kongresech obou společností – každoročně		
MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ		
MZD, MPSV, MŠMT, grantové zdroje EU		
SPECIFICKÝ CÍL 4.2 Interdisciplinární spolupráce		
DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE		
Geriatrický pacient svými definovanými kritérii vyžaduje péči s optimálním nastavením mezioborové spolupráce tak, aby bylo zamezeno výpadkům v komplexním pohledu s ohledem na specifika vedoucí k disabilitě a nadměrné zátěži jak pacienta samotného, tak zvýšeným nárokům na celý systém zdravotních služeb. Z hlediska polymorbidity a polypragmatie geriatrických pacientů, u kterých je velmi pravděpodobné iatrogenní poškození, je žádoucí nastavení spolupráce s farmaceuty. Tato kooperace snižuje nejen počty zbytečných hospitalizací, ale oddaluje i psychický a fyzický diskomfort geriatrických pacientů vedoucí obecně k jejich institucionalizaci. V návaznosti na specifické zdravotní potíže geriatrických pacientů je dále vhodné nastavení a standardizace spolupráce i v rámci dalších relevantních lékařských odborností.		

Interdisciplinární tým by měl kromě všeobecné sestry se specializovanou nebo zvláštní způsobilostí (k úzce vymezeným činnostem se zaměřením na oblast péče o pacienta v geriatrii a komunitní péči) zahrnovat i součinnost fyzioterapeuta, ergoterapeuta, nutričního terapeuta, zdravotně sociálního pracovníka, sociálního pracovníka, psychologa, logopeda, foniatra a dalších, a to v návaznosti na specifické potřeby jednotlivých geriatrických pacientů. Tato spolupráce je zdrojem východisek pro vypracování komplexního plánu gerontologické a geriatrické péče a komplexního plánu dlouhodobé péče včetně indikování a doporučování dalších služeb (domácí péče, sociální služby, potřebné pomůcky a další).

Již v současnosti je geriatrie vyučována samostatně jak pregraduálně (v lékařských i nelékařských oborech), dále postgraduálně v rámci interního kmene a v některých dalších odbornostech (psychiatrie, klin. farmaceuti) i v celoživotním vzdělávání – společné aktivity ČGGS ČLS JEP a dalších odborných společností. V rámci NPGP ČR je navrhováno ještě její další rozšíření – záleží však na zájmu a spolupráci jednotlivých odborností.

V celém systému péče o geriatrické pacienty je spolupráce s domácí péčí nutností. Stává se jakousi prodlouženou rukou ošetřujícího lékaře z hlediska komplexní péče v období subkompenzace či dekompenzace zdravotního stavu a funkční zdatnosti. V mnohých případech působí preventivně proti nutnosti hospitalizace daného pacienta. Dobře nastavená spolupráce umožňuje pobyt pacienta (jak v době dekompenzace, tak rekonvalescence) v jeho domácím prostředí. Tato situace je neoptimálnější řešením nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho rodinné příslušníky nebo pečující a poskytovatele, dále je nepochybně i optimální z hlediska využitelnosti akutních lůžek i lůžek následné péče.

Součástí péče o geriatrické pacienty je spolupráce se službami zajišťujícími paliativní péči v případě pokročilého nebo terminálního stadia nevyléčitelného onemocnění, kdy dochází k rozhodnutí o paliativní péči (spolupráce s mobilními paliativními týmy) umožňujícími poskytování komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřenou péči. Významnou je i spolupráce s konziliárním paliativním týmem v nemocnicích, kde bude geriatr aktivním členem týmu.

Cílem interdisciplinární spolupráce je také zajištění bezpečného prostředí, ve kterém je v maximální možné míře respektována svobodná vůle a lidská důstojnost seniora. Proto nedílnou součástí péče o seniory je i účinná prevence a včasná detekce sociálně patologických jevů, jako například týrání a zneužívání seniora (syndrom EAN – Elder Abuse and Neglect).

Zároveň musí být zohledňována provázanost efektivity a dopadů poskytované zdravotní péče se socioekonomickou problematikou jednotlivých geriatrických pacientů a jejich pečujících.

V této oblasti je nutná mezioborová a mezirezortní spolupráce na podpoře a potřebném vzdělávání pečujících osob.

GESCE MZD, ČGGS ČLS JEP, ČSPM ČLS JEP, Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP, ČLS JEP, poskytovatelé domácí zdravotní péče, poskytovatelé paliativní péče, ÚZIS, MPSV

SPOLUPRÁCE IPVZ, NCO NZO, VŠ, Lékařské fakulty, MPSV, profesní organizace (lékařské i nelékařské)

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

4.2.1	Nastavení spolupráce s lékařskými odbornostmi v rámci péče o polymorbidní geriatrické pacienty	MZD, ČGGS ČLS JEP, ČLS JEP
4.2.2	Nastavení spolupráce s farmaceuty	MZD, ČGGS ČLS JEP, ČLS JEP, ČFS

		ČLS JEP
4.2.3	Nastavení spolupráce se nelékařskými zdravotnickými obory: interdisciplinární tým v geriiatrii	MZD, ČGGS ČLS JEP, NCO NZO, profesní organizace (lékařské i nelékařské)
4.2.4	Nastavení spolupráce geriatry s domácí zdravotní péčí	MZD, ČGGS ČLS JEP, NCO NZO, poskytovatelé domácí zdravotní péče
4.2.5	Nastavení spolupráce geriatry s MSPP	MZD, ČGGS ČLS JEP, ČSPM ČLS JEP
4.2.6	Nastavení spolupráce s institucemi a organizacemi, které se zabývají sociálně-právní ochranou seniorů	MPSV, ČGGS ČLS JEP, MZD

INDIKÁTORY

4.2.1

- Jsou vytvořena klinická doporučení odborných společností nebo metodické postupy pro nastavení provázanosti péče odpovídající komplexním potřebám geriatrických pacientů s konkrétní diagnózou (do roku 2035 minimálně čtyři nové nebo aktualizované)
- Jsou vytvořeny interdisciplinární doporučené postupy nebo klinická doporučení odborných společností pro diagnostiku a terapii konkrétních komorbidit u geriatrických pacientů (minimálně jeden nový DP nebo jedna aktualizace za tři roky)
- Jsou vytvořeny doporučené postupy nebo klinická doporučení odborných společností k nastavení spolupráce na evaluaci frailty a geriatrických syndromů před nastavením intervencí, před elektivní operací, volbou terapie (do roku 2035 minimálně dva nové nebo aktualizované)

4.2.2

- Jsou vytvořeny interdisciplinární doporučené postupy nebo klinická doporučení odborných společností ČGGS ČLS JEP a farmaceutů pro farmakoterapii u geriatrických pacientů (do roku 2035 minimálně dva nové nebo aktualizované)
- Je nastaven model společných konzultací ambulantní geriatrické péče a farmaceuta

4.2.3

- Interdisciplinární tým v lůžkové geriatrické péči (lůžka 1H6/1F6 a následné lůžkové péče) - jsou nastaveny modely spolupráce
- Interdisciplinární tým v ambulantní geriatrické péči: jsou nastaveny role a kompetence sestry v geriatrické ambulanci v oblasti úkonů nastavených ve spolupráci s ČGGS ČLS JEP a MZD
- Je nastaven model spolupráce geriatrické ambulantní péče s ORP a komunitními službami v regionu

4.2.4

- Je nastaven model spolupráce geriatrické ambulantní péče, VPL a domácí zdravotní péče
- Je/jsou akreditován/y vzdělávací program/y pro pracovníky domácí zdravotní péče zaměřením na geriiatrii

4.2.5

- Jsou vytvořeny doporučené postupy nebo klinická doporučení odborných společností k nastavení spolupráce na péči o geriatrické pacienty s limitovanou life expectancy –

4.2.6	očekávanou dobou dožití (do roku 2035) - do roku 2035 minimálně jeden nový nebo aktualizovaný b) Je nastaven model společných konzultací ambulantní geriatrické péče MSPP c) Je nastaven systém vzájemného vzdělávání geriatrů a paliatrů (do roku 2035) a) K prevenci a včasnému zachytu syndromu EAN jsou vytvořeny edukační materiály a metodické pokyny pro zdravotnické i nezdravotnické pracovníky pečující o seniory
-------	---

MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

MZD, zdravotní pojišťovny, grantové zdroje EU

SPECIFICKÝ CÍL 4.3 Spolupráce s dlouhodobou péčí (sociálně-zdravotní)

DŮVOD ZAŘAZENÍ A OBSAH SPECIFICKÉHO CÍLE

Péče o geriatrické pacienty v pobytových zařízeních a zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, která poskytují péči křehkým polymorbidním pacientům s polypragmazií, se ukazuje dosud jako značně insuficientní z hlediska specifického pohledu na jejich problematiku chronických onemocnění vedoucích k disabilitě a tím i nutnosti řešení situace právě pobytem v těchto zařízeních. Zdravotní stav geriatrických pacientů často vyžaduje akutní péči ve zdravotnickém zařízení nebo formou urgentní ambulantní péče. Geriatr (na základě své odbornosti a znalostí specifik diagnostiky a léčby) přispívá svými schopnostmi nejen těmto stavům předcházet, ale včas a kvalitně je řešit. Nastavení spolupráce s geriatrem nebo konzultační spolupráce geriatra s praktickým lékařem a dalšími pracovníky zdravotních i sociálních služeb bude jistě optimálním řešením.

Tato spolupráce umožní komunikaci mezi oběma složkami vedoucí k expertní analýze péče o geriatrické pacienty, monitoraci problémů, intervenční strategii a implementaci poznatků a zkušeností včetně jejich využití k efektivnímu nastavení projektů v rámci komunitní péče.

Nastavení a standardizace spolupráce je nezbytná napříč celým segmentem relevantních zdravotních a sociálních služeb zajišťujícím geriatrickým pacientům dlouhodobou péči (sociálně zdravotní).

GESCE MZD, MPSV, APSS

SPOLUPRÁCE samosprávy, poskytovatelé domácí zdravotní péče

SEZNAM DÍLČÍCH CÍLŮ

4.3.1	Zajištění spolupráce a konzultačních služeb geriatrie s pobytovými sociálními službami a dlouhodobou lůžkovou péčí a. Nastavení spolupráce se sociálními službami b. Nastavení spolupráce s poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče	MZD, MPSV, APSS
4.3.2	Konzultace a spolupráce geriatrie s péčí v komunitním prostředí	MZD, MPSV, APSS

INDIKÁTORY

4.3.1

- a) Je nastaven model spolupráce geriatrické ambulantní péče, VPL a pobytových sociálních služeb (do roku 2030)
- b) Je nastaven model spolupráce geriatrické ambulantní péče a dlouhodobé lůžkové péče (do roku 2035)

4.3.2

- a) Je nastaven model spolupráce geriatrické ambulantní péče s ORP a komunitními sociálními službami pro zajištění péče o dlouhodobě nesoběstačné geriatrické pacienty žijící ve vlastním sociálním prostředí (do roku 2030)

MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ

MZD, MPSV, samosprávy, grantové zdroje EU

3. IMPLEMENTACE NPGP ČR

3.A Rámec implementace

NPGP ČR bude realizován prostřednictvím implementačních plánů, které pokrývají celé jeho období a které se budou zaměřovat na jednotlivé strategické cíle. IP budou tedy zahrnovat kompletní proces řešení zásadních témat geriatrické péče. Tento přístup přináší velkou příležitost řešit dané problematiky provázaně a uceleně, což umožní vysokou míru koncentrace na dané téma a zacílení na komplexnost podpory dané oblasti. Díky tomu bude možné lépe koordinovat jednotlivé aktivity a opatření, což povede k efektivnějšímu využití zdrojů a dosažení stanovených cílů. Navíc tento systematický přístup zajistí, že budou zohledněny všechny aspekty geriatrické péče s ohledem na jejich vzájemnou provázanost.

NPGP ČR bude implementován prostřednictvím čtyř IP zaměřených na vytvoření podmínek pro zdravé stárnutí a prevenci disability, kvalitní geriatrickou péči s oporou ve výzkumu a vzdělávání, dostupnost a systémové nastavení specializované geriatrické péče a nastavení provázanosti péče.

IP budou obsahovat konkrétní opatření pro realizaci dílčích cílů NPGP ČR a jejich rozpočtové rámce, náklady, předpokládané přínosy a konkrétní opatření a aktivity pro dosažení stanovených cílů. Harmonogram realizace bude součástí těchto plánů. K formulaci jednotlivých opatření bude využita diskuze s relevantními aktéry.

V reakci na aktuální vývoj však budou moci být doplněny také další dílčí cíle, které v NPGP ČR výslovně uvedeny nejsou, ale které lze chápat jako potřebné a žádoucí pro naplnění strategických a specifických cílů NPGP ČR. Zacílení na podporu specifických a strategických cílů však musí být při tomto doplnění vždy respektováno.

Předpokladem úspěšné realizace je mimo další subjekty i spolupráce s Ministerstvem financí (MF), Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT).

Obecně lze rozdělit zajištění implementace NPGP ČR do dvou částí:

- Zpracování IP k jednotlivým strategickým cílům
- Samotná implementace – realizace aktivit a vypracování projektů cílených na realizaci opatření jednotlivých implementačních plánů

3.B Institucionální zabezpečení implementace NPGP ČR

Pro zajištění realizace cílů NPGP ČR je nutné definovat jasnou implementační strukturu včetně určení odpovědností jednotlivých aktérů.

Ministr zdravotnictví je zadavatelem NPGP ČR a je zároveň odpovědný za jeho naplnění. Jmenuje gestora implementace, kterým je vrchní ředitel sekce pro zdravotní péči. Na základě návrhu gestora jmenuje ministr Národní radu pro implementaci NPGP ČR (NRI NPGP).

Gestor se v rozhodování opírá o odborná stanoviska NRI NPGP ČR a rovněž jmenuje a řídí koordinátora NRI NPGP ČR, který je z pohledu organizačního řádu MZD začleněn do odboru zdravotní péče a v jehož gesci je koordinace příprav jednotlivých implementačních plánů

a jejich vyhodnocení, koordinace jednotlivých aktivit v rámci implementace NRI NPGP ČR a dohled nad realizací projektů spadajících do jednotlivých implementačních plánů.

NRI NPGP ČR je odborný poradní orgán složený ze zástupců zainteresovaných stran pro zajištění odborné garance realizace NPGP ČR. Složení je vyvážené, aby reprezentovalo pohledy všech zúčastněných stran (institucí, odborných společností, patientských organizací atd.). Jejich odpovědností je formou odborné garance za svoji oblast radit, případně se přímo účastnit klíčových aktivit implementace NPGP ČR dle vyžádání koordinátora NPGP ČR. Jedná se o stálý orgán, který se schází dle potřeby, minimálně však **jednou ročně**, a operativně řeší průběžné požadavky plynoucí z implementace. Předsedou je gestor NPGP ČR. NRI NPGP ČR prostřednictvím gestora předává na poradu vedení a k zadavateli problematiku, k níž potřebuje součinnost dalších sekcí MZD, případně vlády, tzn. takovou, ke které nemá potřebnou kompetenci.

Realizace plnění stanovených cílů bude probíhat v případě potřeby formou projektů, kdy projektové řízení je použito bez ohledu na zdroje financování, tj. nejen u projektů financovaných ze zdrojů EU.

Implementace NPGP ČR bude přispívat k dosažení cílů strategických a specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030, a tak musí dojít ke koordinaci jejich postupů. Zejména je nutné zohledňovat kroky probíhající v oblasti integrace modelů integrované péče (Specifický cíl 2.1 – Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví), ale vzhledem k potřebě důrazu na oblast prevence i Implementační plán 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti, reformy primární péče (Implementační plán 1.1), personální stabilizaci českého zdravotnictví (Implementační plán 2.2) a digitalizace zdravotnictví (Implementační plán 2.3). Dalšími oblastmi a relevantními strategickými dokumenty, které musí být v souladu s jednotlivými kroky implementace NPGP ČR jsou Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020-2030 (NAPAN), Koncepce ošetřovatelství, Koncepce domácí péče v ČR, Národní strategie rozvoje sociálních služeb do roku 2025, Akční plán k naplnění Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti na období 2023–2025 a Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu 2020–2026.

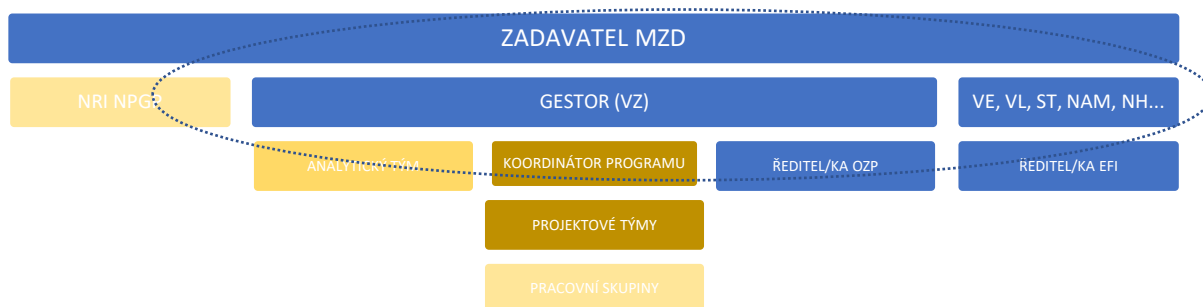
Jednotlivé implementační plány a jejich opatření mohou implementační strukturu NPGP ČR upřesnit na základě aktuálního vývoje situace v oblasti geriatrické péče a potřeb cílové skupiny NPGP ČR. Vyhodnocování plnění IP může obsahovat aktualizaci a doplnění dalších aktivit a opatření IP v souvislosti s rozvojem geriatrické péče.

Implementační struktura NPGP ČRIMPLEMENTAČNÍ STRUKTURA NPGP ČR	
IMPLEMENTAČNÍ JEDNOTKA	
ZADAVATEL – MINISTR ZDRAVOTNICTVÍ	• Je odpovědný za politické zadání vytvořit a implementovat strategický dokument. • Jmenuje gestora přípravy a realizace NPGP ČR. • Schvaluje NPGP ČR a předává jej ke schválení vládě. • Schvaluje jednotlivé IP a jejich vyhodnocení. • Je odpovědný za plnění NPGP ČR. • Má maximální rozhodovací pravomoci, právo veta. • Je průběžně (pravidelně) informován o plnění, schvaluje případné změny ve směřování NPGP ČR.
GESTOR – VRCHNÍ ŘEDITEL PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI (VZ)	• Je odpovědný za přípravu, koordinaci a průběžné hodnocení implementace NPGP ČR včetně přípravy IP a jejich vyhodnocení. • Odpovídá zadavateli za praktickou realizaci NPGP ČR. • Zajišťuje spolupráci a komunikaci napříč MZD prostřednictvím porady vedení. • Vyhodnocuje a předává k dalšímu projednání rizika pro implementaci NPGP ČR prostřednictvím porady vedení. • Je komunikačním kanálem mezi MZD (poradou vedení včetně PM), NRI NPGP, manažerem programu a všemi stakeholdery. • Při rozhodování se opírá o odborná stanoviska NRI NPGP. • Jmenuje a řídí koordinátora NPGP ČR. • Schvaluje jednotlivé IP a jejich vyhodnocení před procesem připomínkového řízení.
NÁRODNÍ RADA PRO IMPLEMENTACI NPGP ČR (NRI NPGP) předseda: • VZ (vrchní ředitel sekce zdravotní péče MZD) členové jsou zástupci: • věcně příslušných útvarů MZD • ÚZIS • MPSV, MŠMT, MF • krajů	• Poradní orgán gestora, vydává doporučení pro rozhodování dle potřeb gestora. • Projednává návrhy IP a vyhodnocení IP včetně registrů rizik implementace. • Navrhuje úpravy IP • Je pravidelně a průběžně informována o průběhu implementace, o podstatných změnách v projektech a dalších náležitostech. • Zástupci zúčastněných stran zprostředkovávají informační toky oběma směry (pro NRI NPGP i od NRI NPGP). • Zástupci zúčastněných stran umožňují vzájemnou spolupráci stakeholderů, otevírají

• věcně příslušných odborných lékařských společností • poskytovatelů zdravotních služeb • zdravotních pojišťoven • lékařských fakult • odborných společností a profesních organizací • SZÚ, NCO NZO, IPVZ • AZV ČR • poskytovatelů sociálních služeb • pacientů a neformálních pečujících • NNO	možnosti pro spolupráci a diskusi, moderují diskusi a usilují o nalezení společných konsenzuálních řešení. • Členové prosazují implementaci NPGP ČR v rámci svých působností nejenom dovnitř, ale i navenek – ambasadoři NPGP ČR ve svých oblastech. • Posuzují vliv (dopad) NPGP ČR na prostředí, které reprezentují. • Vydávají stanoviska, navrhuji doplnění, kompenzační opatření apod.
KOORDINÁTOR NPGP ČR	• Zajišťuje přípravu a vyhodnocování IP v souladu s kapitolou Monitoring a vyhodnocování plnění cílů NPGP ČR. • Je členem (či nominuje členy nebo má navázanu spolupráci s členy) relevantních pracovních skupin MZD k implementaci cílů Strategického rámce Zdraví 2030 relevantních pro implementaci NPGP ČR. • Monitoruje postup projektů uvedených v implementačních plánech, případně se podílí na jejich realizaci. • Zajišťuje vzájemnou provázanost jednotlivých projektů a sdílení informací mezi projekty. • Zajišťuje předávání informací o realizaci projektů na NRI NPGP. • Výkonně řídí program NPGP ČR.
PRACOVNÍ SKUPINY	• Jsou zřizovány ad hoc pro řešení konkrétních odborných problémů. • Zastoupení zúčastněných stran odpovídá řešené problematice. • Poskytují vysokou expertní oporu pro NRI NPGP a koordinátora NPGP ČR.
ANALYTICKÝ TÝM (ÚZIS)	• Zprostředkovává koordinátorovi, NRI NPGP, gestorovi a zadavateli zpětnou vazbu změn na základě dat a vyhodnocování plnění indikátorů. • Podílí se na monitoringu, návrhu úprav aktivit a cílů dle dopadů implementace v praxi.

- Připravuje a schvaluje podklady pro účely strategického plánování a rozvoje geriatrické prevence a geriatrické léčebné péče, včetně predikcí pro dohodovací řízení, analýz a programových dokumentů.

Obrázek 17 Schéma možného institucionálního zabezpečení implementace⁴²



Zdroj: vlastní zpracování

Organigram výše zachycuje dočasné útvary, výkonné i poradní, ve vztahu k organizační struktuře MZD. Světle žlutou barvou jsou zachyceny dočasné platformy pro konzultační činnost a tvorbu podkladů, tmavě žlutou jsou označeny dočasné útvary pro výkonnou část, modře jsou pak zvýrazněny útvary MZD dle platného organizačního řádu. Tečkovanou elipsou je vymezena personální struktura porad vedení MZD.

3.C Monitoring a vyhodnocování plnění cílů NPGP ČR

Vyhodnocování plnění cílů NPGP ČR bude probíhat v souladu s cyklickým procesem strategického řízení na základě vyhodnocování plnění jednotlivých implementačních plánů. **Vyhodnocení plnění daného IP bude vždy předloženo poradě vedení MZD ke schválení v prosinci následujícího roku. V případě, že je v daném roce vypracováván IP, jeho příprava probíhá tak, aby byl schválen v prosinci daného roku. Závěrečná dopadová ex-post evaluace celého NPGP ČR pak proběhne po skončení jeho platnosti a po vyhodnocení plnění všech implementačních plánů. Bude tedy zpracována do prosince roku 2036, jejím podkladem budou mimo jiné všechna zpracovaná vyhodnocení IP a jeho součástí bude zpracovaná informace obsažená v příloze č. 1 NPGP ČR.**

⁴² Počet projektů a pracovních skupin bude upřesněn v jednotlivých IP.

Tabulka 2 Harmonogram monitoringu a vyhodnocování plnění cílů

Implementační plán / Evaluace	Termíny vyhodnocení		Celkové vyhodnocení plnění NPGP ČR	
	Příprava	Předložení ke schválení vedení MZD	Příprava	Předložení ke schválení vedení MZD
Implementační plán SC1, SC2, SC3, SC4	Do 2026 mimo IP SC3	12/ 2026		
	2028 za r.2026–2027 mimo IP3	3/ 2028		
	2030 za r. 2028–2029	3/ 2030		
	2032 za r. 2030–2031	3/ 2032		
	2034 za r.2032–2033	3/ 2034		
	2036 za 2034–2035	3/2036	2036	10/2036 Souhrnné plnění za NPGP ČR 2025-2035
Závěrečné evaluace dopadů				

Zdroj: vlastní zpracování

Za účelem monitoringu a vyhodnocování plnění IP a NPGP ČR **bude hodnocena indikátorová soustava** monitorující naplnění jednotlivých dílčích cílů stejně jako celkové vize NPGP ČR. V rámci hodnocení NPGP ČR bude využita i příloha č.1. *Základní indikátory pro sledování plnění strategických cílů NPGP ČR*. Indikátory především monitorují, zda je NPGP ČR implementován vytyčeným směrem a zda se v daném prostředí odehrávají zamýšlené změny. Výsledky realizace se v mnohých případech projeví až s vyšším časovým odstupem, neměly by proto být vnímány dogmaticky.

3.D Předpoklady úspěšné realizace NPGP ČR

Součástí této kapitoly je seznam nejvýznamnějších předpokladů realizace NPGP ČR. Ty jsou uvedeny ve výčtu níže a představují okolnosti, které by měly být zachovány či vytvořeny proto, aby byl NPGP ČR jako celek zdárně implementován.

1. Politická vůle k realizaci NPGP ČR
2. Prosazení potřebných legislativních změn v legislativním procesu
3. Zajištění dostatečného finančního a personálního krytí NPGP ČR
4. Vznik kvalitních výstupů, ovlivňujících plnění cílů NPGP ČR
5. Vůle jednotlivých stakeholderů ke změnám
6. Obecné zájmy jsou nadřazeny zájmům jednotlivých resortů a zájmových skupin
7. Intenzivní komunikace pro zajištění podpory a vysoké míry akceptace změn

3.E Řízení rizik

Součástí implementace NPGP ČR je i proces řízení rizik. V rámci každého IP je zpracován **registr rizik**, jehož cílem je poskytnout přehled všech podstatných rizik spojených s implementací NPGP ČR. Registr rizik je zpracován v rozlišení dle významnosti rizik jako součinu pravděpodobnosti výskytu a dopadu rizika.⁴³ U každého rizika je rovněž uveden popis realizace opatření ke snížení jeho významnosti.

Implementace probíhá v neustále se měnícím prostředí, a tak je nutné registr rizik průběžně aktualizovat, **a to minimálně jedno za dva roky jako součást pravidelného vyhodnocení implementačních plánů**. Součástí je vždy i vyhodnocení plnění nápravných opatření přijatých v průběhu daného roku.

Registr rizik je projednán jako součást pravidelného vyhodnocení IP ze strany NRI NPGP. To je následně schvalováno vedením MZD.

V průběhu implementace jsou vlastníky rizik prováděna navržená nápravná opatření. Řízení rizik je kontinuálním procesem, proto v případě, že v průběhu roku je některým subjektem zapojeným do implementace identifikováno dle jeho názoru kritické riziko (tj. riziko se stupněm významnosti v rozmezí 15–25), je tento subjekt povinen informovat o něm koordinátora NPGP ČR a NRI NPGP.

3.F Spolupráce a komunikace

Klíčový pro implementaci navrženého NPGP ČR je i Komunikační plán. Komunikační plán nastavuje způsob komunikace o průběhu implementace strategického dokumentu, tj. o realizaci soustavy cílů prostřednictvím dosahování konkrétních výstupů a výsledků ve vztahu k cílovým skupinám komunikace. Těmi jsou v případě NPGP ČR ostatní ministerstva, kraje, zdravotní pojišťovny, vzdělávací instituce a zejména odborná a laická veřejnost.

⁴³ Dopad i pravděpodobnost rizik byly hodnoceny v pětibodové škále, kdy hodnota 1 představuje malý dopad, resp. velmi malou pravděpodobnost, a hodnota 5 velký dopad, resp. velmi vysokou pravděpodobnost. Zjištěné hodnoty byly zprůměrovány. Od součinu průměrné hodnoty pravděpodobnosti a průměrné hodnoty dopadu je odvozena významnost rizika, která se může pohybovat v rozmezí 1–25. Dle výsledku hodnocení byla rizika rozčleněna do tří skupin dle významnosti na:

- rizika velmi významná (15–25);
- rizika středního významu (7–14,99);
- rizika nízkého významu (1–6,99).

Komunikace ve vztahu k cílovým skupinám by měla být pravdivá, maximálně efektivní a měla by využívat moderní komunikační prostředky.

Za realizaci Komunikačního plánu je odpovědný koordinátor NPGP ČR ve spolupráci s tiskovým odborem MZD. O významných zrealizovaných komunikačních aktivitách je informována i NRI NPGP.

Komunikační plán je pravidelně aktualizován jednou za dva roky v rámci vyhodnocování příslušného IP, aktualizace je předkládána k projednání NRI NPGP a následně ke schválení vedením MZD.

Rámcově je stanoven následující komunikační plán:

INFORMOVÁNÍ CÍLOVÝCH SKUPIN O SCHVÁLENÍ NRI NPGP A JEHO PROVÁDĚCÍCH IMPLEMENTAČNÍCH PLÁNŮ SC1, SC2, SC3, SC4	
OBSAH	důvody vzniku NPGP ČR a Implementačních plánů SC1, SC2, SC3, SC4 - vize a cíle NPGP ČR - klíčové dílčí cíle - očekávané výstupy, výsledky a přínosy
HARMONOGRAM	po schválení vládou NPGP ČR a Implementačních plánů SC1, SC2, SC3, SC4 vedením MZD
FORMA	- články v odborných časopisech - informace na webových stránkách MZD, popř. dalších relevantních webech - představení NPGP ČR na relevantních pracovních platformách, relevantních radách vlády apod.

INFORMOVÁNÍ CÍLOVÝCH SKUPIN O KLÍČOVÝCH VÝSTUPECH A VÝSLEDČÍCH IMPLEMENTACE NPGP ČR A JEDNOTLIVÝCH IMPLEMENTAČNÍCH PLÁNŮ SC1, SC2, SC3, SC4	
OBSAH	- dosažené výstupy, popř. výsledky NPGP ČR - roční a celková vyhodnocení jednotlivých IP
HARMONOGRAM	průběžně během celého období platnosti NPGP ČR
FORMA	- články v odborných časopisech - informace na webových stránkách MZD, popř. dalších relevantních webech a prostřednictvím newsletterů - představení výstupů a výsledků NPGP ČR na relevantních pracovních platformách, konferencích a dalších platformách - představení na sociálních sítích (Twitter, Facebook)

3.G Odhadované finanční nároky – možné zdroje financování

Za účelem implementace NPGP ČR v podobě jednotlivých IP je klíčové zajistit odpovídající personální a finanční zdroje.

Finanční náročnost implementace NPGP ČR byla při zahrnutí všech strategických cílů ve výše uvedeném rozsahu odhadnuta na cca 6,5 mld. Kč. Bližší specifikace finanční náročnosti bude součástí jednotlivých návazných IP, které budou vytvářeny za spolupráce se všemi relevantními aktéry a spolupracujícími subjekty uvedenými v NPGP ČR po jeho schválení.

V rámci těchto IP budou nastavena konkrétní opatření a aktivity, a to v oblasti způsobu a rozsahu jejich implementace, nastavení odpovědností jednotlivých stakeholderů za jejich implementaci, ale i zdrojů a předpokládaných potřebných finančních prostředků.

S ohledem na demografický vývoj lze v budoucnosti předpokládat, že finanční náklady budou ty současné při absenci podpory rozvoje geriatrického segmentu péče výrazně převyšovat a je nezbytné s touto skutečností počítat. Jednou z vizí NPGP ČR je rozvoj péče, který bude i po počáteční potřebě finanční podpory v konečném důsledku k finančním rozpočtům příznivý. Rozvinutý systém služeb, podpory a vzdělávání má z expertního pohledu zásadní vliv mimo další i na spotřebu a délku poskytované zdravotní péče. Opatření zaměřená na prevenci disability a zkracování délky hospitalizace mají dlouhodobý charakter. Výsledky těchto opatření se často projeví až po několika letech, kdy se sníží počet hospitalizací alepší se celkový zdravotní stav populace.

Na financování jednotlivých aktivit se budou prioritně podílet národní zdroje a prostředky z evropských nástrojů. V případě evropských grantových nástrojů by měl být v oblasti investiční podpory rozvoje a realizace plánovaných aktivit zásadní Integrovaný regionální operační program pro nové období 2028–2034 řízený Ministerstvem pro místní rozvoj. Financování systémových projektů neinvestičního charakteru, které mohou významně podpořit konkrétní vstupy pro rozvoj příslušných oblastí, bude pak možné financovat z Operačního programu Zaměstnanost plus (specifický cíl 2.3), jehož řídicím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Pro nová programová období obou uvedených evropských grantových nástrojů lze s ohledem na současný i očekávaný demografický vývoj předpokládat prioritizaci tématik spojených se stárnutím populace. V případě dostupné nabídky dalších dotačních nástrojů bude zvažováno i jejich využití.

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Základní indikátory pro sledování plnění strategických cílů NPGP ČR

Seznam obrázků:

Obrázek 1 Podíl osob ve věku 65+ v populaci	24
Obrázek 2 Podíl věkových skupin a projekce do roku 2100	25
Obrázek 3 Podíl osob s deklarovaným dlouhodobým omezením v běžných činnostech	25
Obrázek 4 Nárůst počtu chronických onemocnění v závislosti na věku	26
Obrázek 5 Komorbiditní index (DCCI)	26
Obrázek 6 Výdaje na zdravotní péči podle druhu poskytované péče	27
Obrázek 7 Unikátní osoby ve věku 65+, které měly alespoň 1x vykázanou geriatrickou odbornost v roce 2022 podle členění odborností	27
Obrázek 8 Počet kontaktů na 1 osobu za rok 2022: ambulantní odbornosti (PL + specialisté)	28
Obrázek 9 Dlouhodobý trend v objemu akutní lůžkové péče: hospitalizační případy v ČR ...	28
Obrázek 10 Počet dlouhodobých hospitalizací pacientů ve věku nad 65 let – absolutní počty	29
Obrázek 11 Počet dlouhodobých hospitalizací pacientů ve věku nad 75 let – absolutní počty	29
Obrázek 12 Proočkovanost seniorů primovakcínou proti pneumokokové infekci v krajích 2010–2021	30
Obrázek 13 Pacienti s vykázaným onemocněním v daném roce, kteří byli ve stejném roce očkovaní proti chřipce	31
Obrázek 14 Celkový počet osob v domácí péči v ČR v letech 2010–2022	31
Obrázek 15 Počet osob v domácí péči (2022) - počet případů na 1000 obyvatel v krajích	32
Obrázek 16 Personální zajištění péče o geriatrické pacienty – lékaři	33

Obrázek 17 Schéma možného institucionálního zabezpečení implementace	74
--	----

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Seznam zkratk	3
Tabulka 2 Harmonogram monitoringu a vyhodnocování plnění cílů	75