

## Kapitola III. Modely organizace péče

Optimalizace struktury sítě lůžkových zařízení, zvládnutelná míra centralizace. Podpora dlouhodobé a ošetrovatelské péče.

<https://nzip.cz/koncepce2025#organizace>



### Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Moderní zdravotnictví musí implementovat progresivní modely organizace péče založené na efektivní posloupnosti diagnostických a léčebných kroků (tzv. disease management programy) a na logické integraci různých segmentů péče. Obecně platí, že pacient by měl v lůžkových zařízeních trávit minimum času. Čas strávený v nemocnici a na lůžku kvalitu života nezvyšuje, naopak může představovat vyšší riziko nákazy či jiných zdravotních komplikací. S postupujícím demografickým stárnutím populace nabývají efektivní a komplexní modely organizace péče na významu. Dominantně je nutné podporovat ambulantní léčbu a domácí péči či péči v sociálním prostředí pacienta v různých formách. Pokud je nezbytná hospitalizace, pak by vše mělo probíhat co nejrychleji a primárně s ohledem na kvalitu. Pokud je například možné určité výkony provést v režimu jednodenní péče, znamená to pro pacienta jednoznačně vyšší komfort a bezpečí, než když je pacient dlouho hospitalizovaný. Proto ty výkony, které lze provádět v systému jednodenní péče musí být i v ČR, podobně jako je tomu v moderních zdravotnických systémech, prováděny v tomto režimu. V západní Evropě je celá řada výkonů, které jsou prováděny v režimu jednodenní medicíny, což výrazně zlevňuje fungování systému a zlepšuje komfort pacientů.

Nemocný, pokud nemůže být léčen ambulantně nebo v rámci jednodenní medicíny, musí mít vždy přístup k optimálnímu typu lůžka, jak to jeho stav vyžaduje. Akutní lůžka musí sloužit pro co nejkratší, efektivní a kvalitní péči o pacienty v akutním stavu. Z těchto lůžek, pokud to stav pacienta umožňuje, odchází nemocný domů, kde může čerpat systémem podpořenou domácí péči nebo být hospitalizovaný na lůžku následné péče. V posledních dnech života je naopak nutné podporovat pacienta a jeho rodinu paliativní péčí v různých režimech. Zvláště je pak nutno myslet na geriatrické pacienty, u kterých kvalita života představuje ještě významnější primární cílový parametr léčby. Vzhledem k stárnutí české populace nabývá toto téma na důležitosti, a proto je nutná i reforma a posílení geriatrické péče.

Objektivním faktem je, že potřeba a produkce akutní lůžkové péče (měřeno počtem hospitalizačních případů a objemem ošetrovacích dní) dlouhodobě a trvale klesá. České

zdravotnictví tak následuje trend, který evidujeme ve všech vyspělých zemích. S postupujícím rozvojem technologií a s narůstající produkcí jednodenní péče bude tento pokles nadále pokračovat. V posledních 10 letech klesala celková produkce akutní lůžkové péče měřená počtem ošetřovacích dnů cca o 1,5 % ročně. Na tento trend však v posledních deseti letech nijak nereagovala struktura sítě poskytovatelů ani lůžkový fond. Logicky tak nastává situace, kdy řadě nemocnic a jejich lůžkovým oddělením klesá obloženost a s ní také nákladová efektivita provozu. Nemocnice přitom v ČR většinou nejsou nijak strukturované. S výjimkou několika specializovaných pracovišť jsou si všechny nemocnice z pohledu úhrad za péči, personálu a struktury péče téměř rovny. To vše ještě podporuje velmi hustá síť urgentních příjmů. Akutní lůžková péče tak trvale odčerpává značné personální kapacity a síť nereaguje na rostoucí potřebu péče o stárnoucí populaci. Disponujeme vysokým počtem akutních lůžek, v řadě regionů přitom již nyní kriticky chybí lůžka následné péče.

Byť se hovoří o spádovosti a o nemocnicích vyššího typu, dle zákona nic takového neexistuje, s výjimkou některých typů centrové péče. Ta ale byla často hrazena v centrech stejně jako mimo centra bez ohledu na kvalitu a výsledky péče. Úhradové mechanismy pro akutní lůžkovou péči nebyly dlouhá léta nijak revidovány a zakonzervovaly značné nerovnosti v systému, které nemají oporu ani v produkci, ani v kvalitě péče. Byť by měly být nemocnice za stejnou péči ve stejné kvalitě stejně hrazeny, jsou v úhradách mezi nimi velké rozdíly. Ty jsou dány především tzv. základní sazbou, která se historicky vyvíjela často pod tlakem ad hoc zásahů a přinesla do systému velkou míru nespravedlnosti. Výkony pak nejsou hrazeny dle skutečných nákladů, a to ani centrové výkony (ve vyspělých zemích je takto hrazeno typicky 30–40 % výkonů).

Existuje celá řada výkonů, které se provádí v menším množství. Jsou to především výkony u onkologicky nemocných dětí, u pacientů se vzácným onemocněním, onkologických pacientů, transplantace a rozsáhlé chirurgické výkony, léčba cévních mozkových příhod a srdečního infarktu, včetně některých intervenčních výkonů na srdci cévách a dalších orgánech. Pokud se tyto výkony nekoncentrují na několik pracovišť (podobně jako se koncentrují transplantace do IKEM Praha a CKTCH Brno nebo léčba dětí s onkologickým onemocněním do FN Motol a FN Brno), jsou rozdíly v kvalitě péče o tyto pacienty veliké. Proto je nutné tyto výkony podle doporučení odborných společností centralizovat a v centrech je hradit nákladově. Přitom je nutné průběžně hodnotit kvalitu provádění těchto výkonů tak, aby byl systém otevřený a centra mohla jak vznikat, tak zanikat. Vedle ustavování tzv. „center koncentrace“ je nutné zavést i institut „center excellence“, kdy jsou vybraná pracoviště bonifikována za nadprůměrné výsledky, dodržování doporučených postupů a kvalitu.

V ČR vedle sebe funguje od roku 1989 systém urgentních příjmů (ÚP) a lékařské pohotovosti (LPS). Dle zákona se na poskytování lékařské pohotovosti má podílet každý poskytovatel zdravotní péče. Avšak ve společnosti přitom přetrvává naprosto mylná představa, že to má být pouze praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost. LPS zřizují kraje, a to v pracovní dny do 22, resp. 23 hod., o víkendech většinou od 7 do 19 hod. Kde poskytovatel, kterého kraj určí, tuto LPS poskytuje, je na něm. Může to být na vlastním pracovišti poskytovatele (tedy např. v ordinaci lékaře na malém městě, nebo naopak na místě, které je vytvořené v nemocnici, kde je vyčleněna místnost, kde lékař LPS poskytuje).

Urgentní příjem je součástí lůžkových zařízení, která poskytují akutní péči. Na urgentní příjem obecně přiváží nemocné sanitka nebo vrtulník a jsou to pacienti s akutním postižením, jako jsou úrazy, cévní mozkové příhody, infarkt, náhle vzniklá bolest břicha. Pacient, který dorazí na urgentní příjem, musí projít (pokud toto neproběhne již v sanitce) triáží, kdy speciálně vyškolená sestra pacienty třídí na ty, kteří potřebují opravdu ošetření na urgentním příjmu, a na ty, kteří mají být ošetřeni na pohotovosti. Třídění je vysoce odborná činnost a existuje řada publikací, kde je jasně a na základě exaktních dat definované, který pacient patří na urgentní příjem, a který nikoliv. Bohužel ale toto třídění v řadě případů neprobíhá dostatečně a urgentní příjmy jsou stále více a více zatěžované neakutními pacienty (byť pacient sám sebe jako akutního vnímat může). To opět zvyšuje nároky na zajištění a fungování systému a na zajištění provozu urgentních příjmů v režimu 24/7/365.

V současnosti se pohotovosti postupně přesouvají do nemocnic tam, kde je urgentní příjem. Jednak tak může lépe probíhat třídění pacientů a zejména lékař na pohotovosti může využít laboratoře a komplementární vyšetření nemocnice, které v jeho ambulanci často nemusí být dostupné (typicky RTG snímek nebo ultrazvukové vyšetření). Pokud je pohotovost zajišťovaná ambulantně např. na poliklinice, tak v případě zejména dětských pacientů je až 90 a více procent pacientů odesíláno z pohotovosti na urgentní příjem do nemocnice.

## Vývoj a implementace systému CZ-DRG pro akutní lůžkovou péči v ČR

Zásadním nástrojem, o který se koncepce v oblasti řízení, optimalizace a financování kapacit akutní lůžkové péče opírá, je systém CZ-DRG. Systém byl vyvinut v letech 2015–2019 a od roku 2020 je v plném plošném nasazení a provozu. První verze CZ-DRG byla dokončena v roce 2018 a vydána jako oficiální klasifikační systém pro rok 2019 Českým statistickým úřadem formou sdělení o zavedení Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG v referenční síti poskytovatelů akutní lůžkové péče (sdělení ČSÚ č. 159/2018 Sb.).

Aktuálně je systém **CZ-DRG vydán ve verzi 6.0 platné pro rok 2024**, která je dostupná na webových stránkách <https://www.mzcr.cz/stazeni-distribucniho-balicku-cz-drg-v6/>.

CZ-DRG je systém pro klasifikaci a nákladové ocenění akutní lůžkové péče (ALP) v ČR, jehož vývoj zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR, a to na základě § 41a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů. Systém CZ-DRG představuje vzájemně provázaný soubor klasifikačních pravidel, metodických postupů a algoritmů, číselníků, informačních systémů a softwarových nástrojů, které jsou nezbytné pro jeho korektní fungování a které jsou kompletně vyvíjeny kolektivem ÚZIS ČR. Všechny metodické materiály a nástroje systému CZ-DRG jsou vyvíjeny a transparentně publikovány pod hlavičkou ÚZIS ČR jako organizační složky státu, přičemž držitelem licence ke všem komponentám CZ-DRG je Česká republika, konkrétně ministerstvo zdravotnictví. Kompletní systém CZ-DRG je zveřejňován formou distribučního balíčku na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR na základě bezplatného licenčního ujednání.

Hlavní vývojové komponenty systému CZ-DRG jsou následující:

1. **Vytvoření a kultivace sítě referenčních nemocnic (RN)** – proces vývoje a implementace systému CZ-DRG se neobejde bez intenzivního zapojení části poskytovatelů ALP schopných na základě smluvního vztahu pravidelně předávat ÚZIS ČR data o produkci a ekonomice ALP. Síť RN je klíčová i z prospektivního hlediska, neboť je nezbytná pro hodnocení dopadů a trendů v poskytované péči a optimalizaci celého systému. V rámci vývoje CZ-DRG vznikla síť více než 40 RN (aktuální stav viz Věstník MZ ČR 4/2023), které dlouhodobě pokrývají svou produkcí přibližně 40 % ALP v ČR. Za období 2016–2022 byla v síti RN nasbírána data více než 5 milionů hospitalizačních případů (HP).
2. **Vytvoření klasifikačního systému ALP odpovídajícího potřebám a specifikům ČR** – klasifikační systém CZ-DRG vychází z rutinně sbíraných informací o ALP a primárních zdravotnických klasifikací pro ČR. V řadě klíčových prvků, které souvisí především s flexibilitou vnitřní struktury systému, se však vývoj CZ-DRG inspiroval principy použitými v mezinárodních DRG systémech jako jsou zejména německý G-DRG (a od něj odvozený SK-DRG), australský AR-DRG, severský Nord-DRG nebo francouzský systém GHM. Na vývoji klasifikace CZ-DRG tým ÚZIS ČR velmi úzce spolupracoval s odbornými společnostmi České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.
3. **Definice a implementace metodiky nákladového oceňování** – v rámci vývoje CZ-DRG došlo k vytvoření a plošné implementaci standardizované metodiky nákladového oceňování, která umožňuje k jednotlivým HP přiřadit náklady na základě produkčních a ekonomických údajů předávaných sítí RN. Sbírané údaje podléhají rozsáhlým validacím umožňujícím ověřit formální i obsahovou správnost předaných dat s cílem odfiltrovat případy s chybovým obsahem, které nejsou validní s ohledem na výpočet kalkulačních jednic (ocenění) a klasifikaci jednotlivých HP. Výsledky validací jsou taktéž pravidelně (několikrát ročně) komunikovány s RN k zajištění nápravných opatření vyplývajících z výsledků kontrol.
4. **Definice a implementace pravidel kódování akutní lůžkové péče** – pro dlouhodobé zajištění kvality sbíraných dat o ALP byla pro CZ-DRG vytvořena pravidla pro plošné kódování zdravotního stavu a popis důvodů a okolností hospitalizace, která jsou závazná pro kódování ALP i nad rámec pravidel uvedených v Instrukční příručce MKN-10.

DRG systémy jsou ve světě vyvíjeny a využívány především pro účely úhradových mechanismů ALP. Systém CZ-DRG je implementován do úhradových mechanismů ALP v ČR částečně již od roku 2020, od roku 2021 pak plně. Hlavní přínosy systému CZ-DRG s ohledem na proces úhrad ALP lze shrnout následovně:

1. **Odraz reálně poskytované ALP:** vytvoření struktury klasifikačního systému s adekvátním klinickým detailem, který odpovídá léčebným modalitám 21. století, včetně zohlednění vysoce specializované péče.
2. **Odraz reálně nákladovosti ALP:** kalkulace nákladovosti HP dle mezinárodně uznaných metodických postupů implementovaných v síti RN – každoroční aktualizace dat o produkci a ekonomice ALP.

Každoroční aktualizace metodických materiálů systému CZ-DRG probíhá podle harmonogramu, který zahrnuje vydání jeho pilotní verze pro použití v rámci dohodovacího

řízení a následně po veřejném připomínkovém řízení vydání finální verze k 30. 9. daného kalendářního roku (dle § 41a zákona č. 48/1997 Sb.). **Systém CZ-DRG tak prochází neustálým vývojem, který se týká všech jeho komponent.** Vývoj a aktualizace CZ-DRG zahrnuje následující kroky:

- **Sběr a validace produkčních a ekonomických dat RN** – iterativní proces komunikace se zástupci jednotlivých RN nad předanými datovými soubory a jejich validace oproti platným metodikám a datovým zdrojům z registrů NZIS, centrálního úložiště výkazů a účetním výkazům,
- **Nákladové ocenění hospitalizačních případů** – kalkulace jednic pro jednotlivá nákladová střediska a postup vyčíslení a přiřazení relevantních nákladů dané RN ke konkrétním HP
- **Příprava nové verze klasifikačního systému** – kultivace a aktualizace struktury klasifikace a klasifikačních pravidel včetně zohlednění změn v primárních klasifikacích
- **Příprava aktualizovaných softwarových nástrojů** – přizpůsobení nástrojů Pre-Groupier a Groupier navrženým změnám v sestavení HP a změnám klasifikačního systému
- **Příprava aktualizovaných číselníků a podkladů pro nasmlouvání** – doplnění předmětných číselníků včetně nově definovaných CZ-DRG markerů
- **Výpočet nové sady nákladových indexů, tzv. relativních vah** a dalších podkladů pro účely přípravy úhradové vyhlášky na další kalendářní rok
- **Školící aktivity v rámci sítě RN** – individuální komunikace a návrhy řešení zjištěných nedostatků v předávaných datech
- **Školící aktivity v rámci sítě poskytovatelů ALP v ČR** – školení kódování zdravotních služeb pro zajištění standardizovaných a kvalitních dat o ALP napříč všemi poskytovateli v ČR
- **Vývoj a aktualizace webových nástrojů** – aktualizace webového definičního manuálu na novou verzi CZ-DRG včetně interaktivního klasifikátoru pro virtuální HP

## Nutná podpora dlouhodobé péče a komunitní ošetrovatelské péče

Vedle optimalizace sítě urgentních příjmů a zajištění relevantní centralizace specializované akutní péče stojí české zdravotnictví před vážným úkolem posílit kapacitu dlouhodobé a následné lůžkové péče a zajistit její plynulou návaznost na péči akutní. Dlouhodobá lůžková péče zahrnuje služby specificky zaměřené na osoby, které se o sebe nemohou postarat například z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Stárnutí populace bude pro zdravotnické systémy představovat velkou výzvu právě v oblasti rostoucí poptávky po dostupné a kvalitní zdravotní péči o nejstarší pacienty. Pomineme-li finanční stránku dlouhodobé lůžkové péče, bude hlavní limitací v geriatrici dostupnost zdravotnického personálu, který se bude o pacienty ve vysokém věku starat.

Kapacitní zajištění tohoto segmentu péče je v ČR již v současnosti nedostatečné, což je patrné i z počtu smluvně zajištěných lůžek. I dle velmi konzervativních modelů chybí v dané oblasti minimálně 2–3 tisíce lůžek, přičemž predikce do roku 2035 ukazují na další potřebu minimálně v objemu 4 700 lůžek. Demografické stárnutí populace bude význam tohoto segmentu

nepochybně zvyšovat a bude sílit tlak na restrukturalizaci lůžkového fondu zejména převodem akutních lůžek do režimu dlouhodobé ošetrovatelské péče. I odborná literatura většiny států EU hovoří o potřebě přechodu od globálního „modelu akutní péče“ k „modelu dlouhodobé péče“.

Zpráva WHO z roku 2016 („The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing“) zdůrazňuje potřebu přepracovat systémy péče o geriatrické pacienty, které zajistí pokrytí integrovaných služeb bez finanční zátěže, které se soustředí na potřeby a práva starších lidí a které poskytují péči založenou na společném cíli funkčních schopností. Identifikuje jednoduché strategie, které lze do těchto systémů začlenit, jako je použití komplexních hodnocení k identifikaci křehkých pacientů, prevence polyfarmacie a posílení vazeb mezi dlouhodobou péčí a zdravotnickými službami.

Zásadně by měly být rozvíjeny systémy pro poskytování dlouhodobé péče. V 21. století neexistuje země, která by si mohla dovolit nemít komplexní systém dlouhodobé péče. Cílem těchto systémů by mělo být udržet úroveň funkčních schopností u starších lidí, kteří mají podstatnou ztrátu způsobilosti nebo jsou touto ztrátou vystaveni vysokému riziku, a zajistit, aby tato péče a podpora byla v souladu s jejich základními právy, základními svobodami a lidskou důstojností. Tyto systémy mají mnoho potenciálních přínosů nad rámec toho, že umožňují starším lidem závislým na péči žít důstojný život. Mezi tyto přínosy patří omezení nevhodného využívání akutních zdravotnických služeb, pomoc rodinám vyhnout se katastrofálním výdajům na péči a uvolnění příbuzných a blízkých osob pacienta tak, aby se mohli věnovat aspiracím přesahujícím poskytování péče, jako je vzdělávání a formální účast na trhu práce.

Sdílením rizik a zátěže spojených se závislostí na péči tak mohou systémy dlouhodobé péče přispět k posílení sociální soudržnosti. Tyto systémy mohou účinně vytvářet a kontrolovat pouze vlády. To však neznamená, že dlouhodobá péče je výhradně v kompetenci vlády. Systém musí být založen na výslovném partnerství s rodinami, komunitami, institucemi, dalšími poskytovateli péče a soukromým sektorem. Vlády mohou toto partnerství spravovat, zajišťovat integraci napříč různými službami (včetně zdravotnictví), zajišťovat kvalitu služeb a přímo poskytovat služby těm, kteří je nejvíce potřebují (buď z důvodu jejich nízké vnitřní kapacity, nebo jejich socioekonomického postavení). Každý by měl mít možnost zestárnout v prostředí příznivém pro seniory. Proto je nutné v rámci reformy zajistit přístup k integrované péči zaměřené na starší osoby a sladit systém zdravotní péče s potřebami starších lidí.

Výše uvedené klade velmi závažné nároky na metodiky predikcí potřeb. Aby modely skutečně relevantně postihovaly budoucí vývoj potřeb populace a zároveň vedly k efektivnímu uspořádání spektra služeb, musí zahrnovat i projekce dlouhodobých trajektorií pacientů v systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb a také na důkazech založené komplexní „disease management“ programy. Je nezbytné definovat „cestu pacienta“ ve smyslu transparentní, předvídatelné a pokud možno automatické trajektorie pacienta systémem, aby nezůstával v prodlevách mezi specializacemi, centry a periferiemi. S tím úzce souvisí důraz na „průvodcovskou“ roli pojišťoven, elektronizaci agend sledujících trajektorie pacientů v systému a důsledná implementace klinických doporučených postupů. Odborná literatura



hovoří o „**patient centered care**“, která nabývá na významu zejména u dlouhodobě chronicky nemocných pacientů, seniorů či pacientů na konci života.

Z výše uvedeného popisu vyplývá, že skutečně robustní systém predikcí musí kombinovat a integrovat více klíčových dimenzí, které se nadto vzájemně významně ovlivňují. Např. existující a již vybudovaná infrastruktura poskytovatelů lůžkové péče determinuje potřebné personální kapacity nezbytné pro nasmlouvané spektrum a objem služeb. Velký počet poskytovatelů v daném segmentu péče tak může generovat až nesplnitelné personální požadavky, přičemž hustota sítě nemusí odpovídat skutečným potřebám dané populace a její nemocnosti.

Disbalance mezi různými segmenty péče pak v konečném důsledku vede k vzájemné redundanci nabízených služeb a také k nežádoucímu a neoptimálnímu nahrazování péče, která je v určité oblasti kapacitně podhodnocena. Příkladem může být suplování nedostatku dlouhodobé ošetrovatelské péče hospitalizacemi na akutním lůžku apod. Jakákoli asymetrie v oblasti blízké akutní péči pak nevyhnutelně vede k tlaku na zdravotnickou záchrannou službu a/nebo na urgentní příjmy, což dramaticky zvyšuje finanční náročnost systému.

Dlouhodobě udržitelná koncepce rozvoje zdravotnictví tedy musí zahrnovat i posílení neakutní lůžkové péče a komunitní ošetrovatelské péče, včetně paliativní péče a sociálně zdravotních služeb. Lůžkový fond a personální kapacity pro následnou a dlouhodobou ošetrovatelskou péči jsou již v současnosti nedostatečné. Se stárnutím populace se nadto bude v dalších cca 20 letech potřeba služeb v těchto segmentech významně zvyšovat. Spodní hranice predikcí kalkulují s potřebou navýšit lůžkový fond v této oblasti do roku 2030–2035 o cca 4 700 lůžek. Pokud by měla být zachována alespoň stávající dostupnost péče, bude v důsledku stárnutí populace do roku 2030 zapotřebí navýšit lůžkový fond ošetrovatelských pracovišť 9U7 minimálně o cca 3 200 lůžek. Další navýšení o 1 600 lůžek dlouhodobé a následné péče vyplývá již ze současných potřeb systému – jde o péči, kterou v současnosti zajišťují lůžka akutní.

Nevyvážené kapacity lůžkové péče v neprospěch následné a dlouhodobé péče jsou v mnoha regionech dále umocňovány nedostatečnou kapacitou komunitní ošetrovatelské péče, geriatrické péče a sociálně-zdravotních služeb. V důsledku toho velký podíl dlouhodobé péče nebo péče v závěru života chronicky nemocných pacientů (tzv. očekávatelná úmrtí) neoptimálně saturují akutní lůžka. Situace v ČR je v tomto ohledu excentrická i v mezinárodních srovnáních.

Strategií MZ je posílení dostupnosti následné a dlouhodobé péče, včetně nově se rozvíjející nemocniční konziliární paliativní péče. Tyto projekty jsou již iniciovány, avšak musí trvale pokračovat – stále přetrvávají velké rozdíly mezi regiony a infrastruktura se buduje.

Součástí koncepce je i systémová podpora a rozvoj paliativní péče ve všech jejích formách. Zdravotní služby relevantní pro péči v závěru života jsou podporovány zdravotními pojišťovnami a jejich úhrady i produkce rostou.

Stále však přetrvávají významné rozdíly mezi regiony a systém má velké personální limity. Z toho důvodu MZ připravuje i nový vládní program podpory vzdělávání vysoce kvalifikovaných pracovníků pro komunitní ošetrovatelskou péči.

## Nutné posílení systému péče o duševní zdraví

V oblasti péče o duševní zdraví dochází k zásadním změnám v přístupu k lidem se zkušeností s duševním onemocněním, principů i metod práce s nimi i v přístupu k duševnímu zdraví jako takovému. Důraz je přitom kladen na preventivních opatření a včasnou intervenci, stejně jako na zajištění komplexní podpory osob s duševním onemocněním. V současné době již byla realizována opatření zaměřená jak na etablování nových druhů služeb působících v komunitě, transformaci psychiatrických nemocnic s cílem zvyšovat kvalitu péče a přenášet v maximální možné míře péči o lidi se zkušeností s duševním onemocněním do běžného prostředí a doplňovat potřebnou akutní i specializovanou lůžkovou péči, ale také směrem k destigmatizaci lidí se zkušeností s duševním onemocněním, zajištění prevence a propojování služeb ve zdravotnictví, sociální oblasti i školství.

Z dosavadních zkušeností se ukazuje jako problematické plnit nastavené cíle zejména s ohledem na nedostatek odborníků a zvyšující se počet osob v potřebou podpory či zdravotní péče. Nejvýznamnější v této oblasti je péče o děti a mládež. Dále doposud nebyla významněji řešena koncepce sítě akutní psychiatrické péče (lůžkové i ambulantní) a zajištění ochranného léčení, kdy je třeba řešit jak jednotný výkon (zejména u ochranného léčení), tak zajištění dostupné a včasné péče odpovídající potřebám pacientů.

Navázat je nutné i na aktivity podporující systém pro osoby s Alzheimerovou demencí a obdobnými onemocněními, kde není např. dostatečně nastaven systém péče o tyto osoby v resortu zdravotnictví i sociálních věcí, či aktivity směřující k prevenci sebevražd. U některých výše uvedených specifických oblastí je také zpravidla nedostatek relevantních dat – zejména pokud se týká dat u meziresortně zajišťovaných oblastí.

Vedle cílů a opatření stanovených ve Zdraví 2030 je potřeba zaměřit se v následujících letech zejména na:

- vytvoření a realizaci koncepčních opatření pro akutní péči, ochranného léčení a pedopsychiatrické péči
- rozložení kompetencí mezi různé profese – zavedení třístupňového modelu v psychoterapii do legislativy a praxe, vymezení vázané živnosti – část psychoterapeutické poradenství pro praxi mimo zdravotnictví
- zajistit dostatečný počet odborného personálu – projekt ministerstva zdravotnictví zaměřený na odborníky v péči o dětské duševní zdraví, vzdělávání IPVZ – zajištění vzdělávání psychologů, připravovaný projekt na vzdělávání v psychoterapii pro podporu zavedení třístupňového modelu v psychoterapii, pokračující nabídka vzdělávání i pro další lékaře (např. praktické lékaře)

## Nezbytné posílení sociálně-zdravotního pomezí

V ČR byl dlouhodobě podceňován systematický rozvoj sociálně zdravotního pomezí a souvisejících segmentů péče. Rozvoj této oblasti nebyl realizovaný jako spolupráce obou klíčových resortů, tedy MZ a MPSV, ale spíše jako boj těchto resortů. To se promítalo i do limitací rozvoje následné a paliativní péče, včetně systému hrazení těchto segmentů sociálně-



zdravotní péče. Pro podrobnější analýzu situace chybí data především ze sociální oblasti a prakticky 30 let tu nebyla snaha vybudovat datovou základnu ministerstva práce a sociálních věcí v obdobné podobě jako v resortu ministerstva zdravotnictví, s Národním zdravotnickým informačním systémem spravovaným Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR.

Součástí nové koncepce ministerstva zdravotnictví je vybudování datového mostu pro sekundární sdílení dat resortů MPSV a MZ a zároveň ustavení a personální zajištění společného kompetenčního analytického centra. Nově budovaný meziresortní systém sdílení dat sleduje zejména následující strategické cíle:

- Ustavit efektivní a co nejvíce automatizovanou platformu pro meziresortní sdílení a sekundární využívání dat, zejména v segmentech sociálně zdravotních služeb
- Umožnit komplexní mapování trajektorií pacientů mezi segmenty sociálních a zdravotních služeb, včetně hodnocení nákladovosti obou segmentů
- Vybudovat modely hodnocení sociálních dopadů zejména chronických onemocnění, včetně finanční náročnosti
- Vyvinout prediktivní modely potřeb sociálně zdravotní péče s ohledem na regionální specifika

Zdravotně-sociální péčí se v nastavené koncepci spolupráce myslí péče na rozhraní mezi sociálním a zdravotním sektorem. Toto dělení je ovšem v řadě praktických situací nejasné splývá, zdravotní a sociální služby se vzájemně v čase i rámci zapojených poskytovatelů překrývají. V řadě případů nelze jednoznačně vymezit, co je péče zdravotní a kdy se již jedná o péči sociální. Proto musí zejména kapacitní modely pracovat s predikcemi potřeb pro oba segmenty péče, typicky v oblasti péče o umírající, dlouhodobě nemocné pacienty s vysokým stupněm závislosti (například pacienty trpící Alzheimerovou chorobou nebo nespecifickou demencí apod.).

Z důvodu nejasného vymezení potřeb a vzájemného překryvu, je pro účely metodických prediktivních modelů nezbytné k dané oblasti přistupovat z pohledu obou segmentů péče. Nově implementovaná strategie meziresortního sdílení dat tak v zdravotně sociální oblasti pracuje zejména s následujícími kohortami:

- Pacienti v pobytových sociálních službách, jejichž zdravotní stav vyžaduje intenzivní nebo akutní zdravotnickou péči či intervence
- Pacienti v ambulantně poskytovaných sociálních službách s potřebou dlouhodobé a intenzivní ošetrovatelské péče
- Pacienti v péči lůžkových zdravotnických zařízení, kterým je poskytována sociální podpora dle § 52 zákona o zdravotních službách
- Pacienti s vysokým stupněm závislosti v domácím nebo ambulantním ošetřování, kteří potřebují dlouhodobou nebo nepřetržitou ošetrovatelskou péči (oblast kandidátní pro systém odlehčovací péče či služeb)

Pro účely modelování potřeb a kapacit pobytových sociálních služeb zahrnují modely co nejširší spektrum poskytovatelů, zejména:

- domov pro seniory

- domov se zvláštním režimem
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- odlehčovací služby
- týdenní stacionáře
- chráněné bydlení

V segmentu ambulantně poskytované sociální podpory, kde může velkou roli hrát dostupnost zejména ošetrovatelské zdravotní péče, je nutné analyzovat zejména kapacitu a vývoj potřeb u následujících kategorií poskytovatelů:

- Centra duševního zdraví
- Denní stacionáře
- Centra denní služeb

## Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

**Obsah nové koncepce resortu v oblasti restrukturalizace lůžkového fondu a posilování centralizace péče tvoří:**

**Postupná reforma, resp. budování hierarchicky strukturované sítě nemocnic:**

- Centrové nemocnice s centrovou péčí a akutní péčí, urgentním příjmem i LPS (tedy pohotovost). V každém kraji musí být alespoň jedna takováto nemocnice. Ve všech nemusí být všechna centra, nutný je ale provoz urgentního příjmu v režimu 24/7/365.
- Nemocnice poskytující akutní péči 24/7/365 bez centrové péče, musí zde být jak urgentní příjem, tak LPS (tedy pohotovost).
- Nemocnice, kde není urgentní příjem a je/není LPS (pohotovost). Provoz v režimu 24/7/365 zde nemusí být, pracoviště mohou být specializovaná nebo zaměřená na jednodenní medicínu.
- Nemocnice s následnou péčí (samostatné nebo součást jakékoliv nemocnice). U nich vždy funkční ambulance geriatrické.
- Zařízení paliativní péče.
- Vývoj a implementace modelů integrované péče včetně podpory nemocničních paliativních týmů a infrastruktury pro dlouhodobou péči navazující na lůžkovou akutní péči.

**Hustota sítě poskytovatelů a rozsah poskytovaných služeb determinují potřebné personální kapacity. Koncepce MZ v této oblasti plánuje zejména:**

- Zavedení směnného provozu v akutních lůžkových zařízeních s urgentními příjmy s cílem snižovat množství hodin přesčasů
- Audit struktury lůžkového fondu a analýzu efektivity jeho využívání
- Posílení centralizace specializované péče, akreditace center koncentrace a center excelence, zavedení systému pravidelného a daty podloženého měření výkonnosti a kvality center.
- Posílení jednodenní péče

- Zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče, postupná restrukturalizace lůžkového fondu s ohledem na regionální specifika.
- Důraz na optimalizaci a kapacitní zajištění sociálně zdravotních služeb
- Pilotování nových modelů úhrad komunitní ošetrovatelské péče, včetně case-mix modelů pro domácí ošetrovatelkou péči.
- Podpora komunitní ošetrovatelské péče infrastrukturními opatřeními a úhradovými mechanismy

**Vysoce kvalifikovaného zdravotnického personálu není a v dalších 20 letech nebude nadbytek. Koncepce MZ plánuje zejména revizi a optimalizaci personální vyhlášky:**

- U lékařských profesí vyhláška nyní nereflektuje specifika oborů, např. obory intenzivní vs. kožní oddělení nemocnic.
- Je nutné revidovat nastavení potřebných kapacit a kompetencí ošetrovatelských a dalších nelékařských profesí.

**Další opatření koncepce MZ napraví dlouhá léta přehlíženou nedostatečnou centralizaci péče. Koncepce se zaměřuje zejména na úhradovou podporu centralizace péče:**

- Pro většinu CZ-DRG skupin hrazených případovým paušálem (bez psychiatrie) jsou definována centra vysoce specializované péče, ve kterých by péče měla být prováděna, přičemž centralizace ale nově není podmínkou úhrady případovým paušálem.
- U některých skupin je definováno i více možností center. Úhradová motivace tak supljuje nedostatky smluvní politiky. Pro rok 2023 bylo toto opatření omezeno na péči, kde již nyní vysoké procento koncentrace. V letech 2024–2025 proběhne rozšiřování na další péči.

**V oblasti posilování systému péče o duševní zdraví se koncepce soustředí především na opatření s následujícím cílem:**

- Zvyšovat kvalitu služeb – zavést hodnocení péče v psychiatrii s ohledem na kvalitu a lidská práva, navázat na toto finanční bonifikaci služeb, pokračovat v transformaci psychiatrických nemocnic (z pohledu nabízených služeb, prostředí, proškolení personálu atp.)
- Zapojovat osoby, kterých se péče dotýká do systému, tedy nastavení sítě, hodnocení kvality, vzdělávání, podpory pacientů atp.
- Rozšiřovat koncept komunitních služeb do dalších regionů (zejména zvyšování počtu CDZ, ambulancí s rozšířenou péčí)
- Pokračovat v meziresortním provazování – podpora multidisciplinární spolupráce v rámci zajištění komplexní podpory a efektivní průchodnosti člověka jednotlivými systémy
- Pokračovat v destigmatizačních aktivitách
- Zajistit odpovídající financování s ohledem na zvyšující se potřeby a možnosti zajištění péče
- Zajistit datové podklady pro další rozhodování a nastavování služeb a jejich sítě

**V roce 2023 byla připravena zcela nová metodika akreditace center vysoce specializované péče, včetně metodiky hodnocení kvality péče. Metodika nově zavádí centra koncentrace a centra excellence.**

- Součástí nastaveného hodnocení je i systém datových auditů prováděných na základě indikátorů výkonnosti a kvality péče, které budou publikovány v podobě tzv. resortních referenčních statistik.

**Vývoj nového informačního systému pro meziresortní sdílení a sekundární využívání dat resortu zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí**

- Vybudování společného datového mostu a kompetenčního analytického centra mezi resorty MPSV a MZ
- Vývoj a implementace datové základy a informačního systému umožňujícího mapování dostupnosti sociálně zdravotních služeb a predikce jejich potřebné kapacity
- Vypracování a realizace koncepce otevírání a sdílení meziresortně propojených dat k sekundárnímu využití

## **Cíle koncepce do roku 2025**

1. Realizovaný audit kapacit a potřeb lůžkového fondu, infrastruktury lůžkové péče a realizovaná základní opatření k optimalizaci stavu – zejména posílení jednodenní péče, následné a dlouhodobé péče
2. Vydaná a plně implementovaná nová metodika akreditace a reakreditace center vysoce specializované péče, včetně institutu center koncentrace a center excellence.
3. Vypracovaný a implementovaný systém zohlednění úspěšné centralizace péče v úhradové vyhlášce
4. Vypracované variantní transformační plány pro nemocnice, která přecházejí z nepřetržitého provozu mnoha oborů do jiného režimu, zejména s posílením jednodenní péče, následné a dlouhodobé péče a komunitní péče
5. Ustavený systém interního a externího hodnocení kvality centrové péče, včetně pravidelného vydávání indikátorů kvality formou resortních referenčních statistik
6. Akreditace a implementace nových CVSP, provedená revize a reakreditace klíčových segmentů centrové péče, zejména komplexní onkologická centra a další centra specializované onkologické péče, centra specializované kardiologické péče
7. Vybudovaný funkční analytický meziresortní tým propojující data MPSV a MZ, implementovaný a funkční zcela nový reporting dat nad meziresortním úložištěm
8. Vyvinutý a implementovaný nový informační systém umožňující hodnocení dostupnosti, výkonnosti a nákladů všech relevantních segmentů sociálně zdravotních služeb
9. Zavedený systém motivační úhrady nemocniční paliativní péče a komunitní vysoce specializované paliativní péče s implementací ve všech regionech ČR
10. Legislativní ukotvení a zavedení nové služby sociálně-zdravotní lůžkové péče

11. Dokončený a implementovaný systém selektivního přístupu komerčních pojišťoven k vyléčeným pacientům s vážnými onemocněními, zejména onkologickými („právo být zapomenut“)
12. Aktualizovaný přístup posudkového lékařství a posuzování invalidity u chronicky nemocných pacientů a nastavení vhodných podmínek při návratu na pracovní trh

### **Plánované vývojové kroky systému CZ-DRG s předpokládanou realizací ke konci roku 2025:**

- **Rozšíření sítě referenčních nemocnic** – cílem je dosáhnout rozšíření aktuálně stabilní sítě RN, což povede k reprezentativnějšímu pokrytí oceňovaných zdravotních služeb u poskytovatelů ALP v ČR.
- **Začlenění jednodenní péče do systému CZ-DRG** – nezanedbatelné množství ALP je možné poskytovat v režimu jednodenní péče a současný systém nastavení zdravotního systému umožňuje v řadě oblastí účelové chování. Začlenění jednodenní péče do CZ-DRG je tak logickým krokem v rámci kultivace a optimalizace CZ-DRG.
- **Kultivace metodiky nákladového oceňování** – pilotní sběr dat o ošetrovatelské náročnosti na standardních lůžkových stanicích RN a následné využití společně s rozlišením kategorií pacienta pro přerozdělení nákladů dle ošetrovatelské náročnosti.
- **Portál referenčních nemocnic** – další vývoj sdíleného webového nástroje pro komunikaci a předávání a validaci dat RN s cílem rozšíření jeho struktury, funkcionalit a posílení kyberbezpečnosti.
- **Benchmarking ALP v rámci sítě RN** – rozšíření stávajících sledovaných ukazatelů k hodnocení efektivity a výkonnosti jednotlivých RN, např.:
  - a) vykazování zdravotnických prostředků u jednotlivých HP v CZ-DRG z pohledu pořizovacích nákladů a celkového objemu,
  - b) struktura pacientů na jednotlivých lůžkových pracovištích z pohledu náročnosti ošetrovatelské péče,
  - c) využívání přístrojové techniky.
- **Rozšíření validací dat a jejich distribuce v rámci validačního nástroje pro RN** – příkladem je propojení evidence vybrané zdravotnické techniky z účetnictví s vykazovanou produkcí.