

Co brání rozvoji dlouhodobé péče v České republice

Ve druhém díle týkajícím se dlouhodobé péče a potřeby tuto oblast v České republice reformovat si představíme hlavní bariéry rozvoje sociálních služeb a udržitelnosti celého systému. Kritický vhled do dlouhodobých a zároveň aktuálních nedostatků přinášíme ze tří různých perspektiv. Z perspektivy poskytovatele sociálních služeb, z perspektivy poskytovatele zdravotních služeb a konečně z perspektivy klienta, resp. seniora vyžadujícího nějaký stupeň podpory a péče.

- **Text: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA,** prezident APSS ČR;
- prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.,** vysokoškolský pedagog, analytik veřejné a sociální politiky;
- MUDr. Milan Cabrnach, MBA,** dětský lékař, ředitel Centra zdravotně-sociálních studií CEVRO Institutu;
- MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.,** internista, geriatr, publicista

» Nedostatky současného systému z pohledu zdravotnictví

Financování zdravotnictví bylo po roce 1989 odděleno od státního rozpočtu návratem ke zdravotnímu

pojištění. Byl přijat zákon o všeobecném zdravotním pojištění¹, o všeobecné zdravotní pojišťovně² a o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění³.

V roce 1992 byl na základě poslaneckého návrhu přijat zákon o resortních a dalších zdravotních pojišťovnách.⁴ Ve stejném roce byl přijat zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.⁵ Tyto zákony umožnily rozvolnění stávajících krajských a okresních ústavů národního zdraví a vznik nestátních zdravotnických zařízení vedle stávajících zařízení státních.

Systém poskytování a úhrady zdravotní péče – zdravotních služeb⁶ – byl vždy striktně oddělen od systému poskytování služeb sociálních, a to nejen v oblasti péče lůžkové/pobytové, ale i v oblasti péče ambulantní a domácí/terénní.

Striktní resortní oddělení sociálních a zdravotních služeb je dlouhodobým problémem, zejména v péči o dlouhodobě nemocné. Oba systémy mají rozdílnou legis-

lativu, rozdílné požadavky na personální i materiální podmínky pro poskytování péče, rozdílné financování včetně naprosto rozdílného pohledu na „spoluúčast“, tedy financování služeb platbou klienta/pacienta/uživatele.

Financování zdravotní péče bylo odděleno od státu, převedeno do veřejného zdravotního pojištění, které hradí poskytnutou zdravotní péči zdravotnickému zařízení na základě smlouvy. Nastolení principu, kdy peníze sledují poskytnutou péči, umožnilo rychlý rozvoj na straně poskytovatelů, vznik zdravotnických zařízení různých právních forem a s různými vlastníky. Platba za poskytnutou službu otevřela prostor pro konkurenci co se týče dostupnosti i kvality zdravotní péče. Spolu s tím rostou náklady na péči, která je hrazena z veřejného pojištění. Systém tento růst nákladů řeší regulací počtu smluvních zdravotnických zařízení, zejména regulacemi na straně úhrad za poskytnutou péči. Nerovnost mezi potřebným (poptávaným, nabízeným) objemem zdravotní péče a finančními možnostmi veřejného zdravotního pojištění je plně přenášena na zdravotnická zařízení, resp. nově na poskytovatele zdravotních služeb.

Zdravotnictví využívá soukromých zdrojů klientů/pacientů pro úhradu poskytnutých služeb minimálně, a to výhradně z politických důvodů, historicky fiskálně zavedená minimální spoluúčast pacientů s převážně regulačním cílem byla záhy opět z výhradně politických důvodů zrušena.

Ve zdravotnických zařízeních je poskytována především lůžková péče nemalému množství pacientů, kteří jsou hospitalizováni zejména z důvodů potřeby zajištění

dlouhodobé péče, eventuálně z jiných spíše sociálních důvodů. Přestože se jedná často o osoby s omezenou soběstačností, zdravotnická zařízení nemají nárok na příspěvek na péči.

V malém objemu jsou to děti v mimořádných sociálně komplikovaných případech, které dnes velmi rychle přecházejí do zařízení sociálních služeb, což je správným řešením. V převažujícím počtu případů se jedná o osoby dlouhodobě nemocné nebo osoby vysokého věku s omezenou soběstačností. Jsou to pacienti, kteří by ze zdravotního pohledu mohli být z nemocnice propuštěni, ale vzhledem k tomu, že se



o sebe nedokáží sami postarat a není pro ně aktuálně dostupná odpovídající sociální služba, propuštění byt nemohou. Najdeme i osoby, které samy aktivně vyhledávají hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních z důvodů více sociálních než zdravotních, ale těch není mnoho. Některé osoby naopak nejsou při propuštění z nemocnice dostatečně doléčeny a zrehabilitovány a zařízení sociálního typu nemají potřebné

¹ Zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

² Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

³ Zákon České národní rady č. 591/1991 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

⁴ Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

⁵ Zákon České národní rady č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

⁶ Přijetím zákona o zdravotních službách v roce 2011 došlo

ke změně terminologie – zdravotní péče se nově označovala jako zdravotní služby.

⁷ Jde o příspěvek, tj. předpokládá se automaticky participace z vlastních zdrojů.

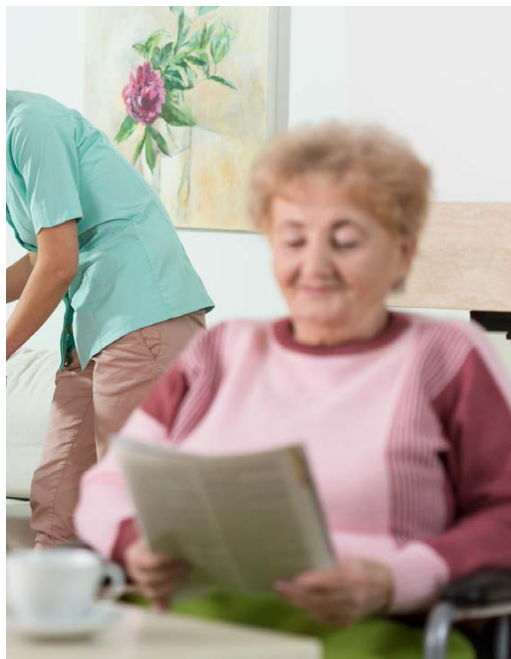
⁸ Dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁹ Odbornost 913.

možnosti k zajištění adekvátní zdravotní péče.

Významnou komplikací je závažná chyba systému, která spočívá v rozdílné spoluúčasti občana/klienta na úhradě poskytovaných služeb mezi pobytovou sociální péčí a lůžkovou zdravotní péčí. Zatímco spoluúčast pacienta ve zdravotních službách je nulová, v sociálních službách se uživatel podílí na úhradě služeb výrazně, například až 85 % svého příjmu a 100 % příspěvku na péči.

Velkým problémem z pohledu zdravotnictví je nevyřešená problematika překryvu sociálních a zdravotních služeb nejen v lůžkové péči. To působí velké komplikace, především to zvyšuje nároky na již tak nedostatečné kapacity, zejména personální. Řešení, jenž by umožnilo efektivní a bezpečný přesun pacientů, kteří již nevyžadují hospitalizaci, z lůžkové zdravotní péče zpět domů, případně do pobytových sociálních služeb, by uvolnilo značné personální kapacity především lékařů a sester pro po-



skytování potřebných zdravotních služeb. Současně by pravděpodobně došlo k přeměně některých nyní zdravotnických zařízení v zařízení sociální pobytová. Zároveň je potřeba, aby došlo k úpravě komunitních služeb, což by zvýšilo zabezpečení osob s omezenou soběstačností v domácím prostředí a snížilo tlak na jejich hospitalizaci při často opakovaných dekompenzacích stavu.

Nesbytnou podmínkou k tomu, jak řešit nastíněný problém, je, že je nutné vyřešit, jak řádně, kvalitně a smysluplně poskytovat zdravotní služby v pobytových zařízeních sociálních služeb. Druhou zásadní podmínkou je efektivní podpora ambulantních a terénních služeb a domácí péče tak,

aby více občanů, kteří potřebují sociální i zdravotní péči, mohlo žít důstojně a bez obav ve svých domovech. Dále je mimo jiné nezbytné harmonizovat systémy financování, resp. úhrady za poskytnutou péči, narovnat právní postavení a přístup k veřejným financím pro poskytovatele sociálních i zdravotních služeb bez ohledu na jejich právní formu a vlastníka, harmonizovat spoluúčast občana na úhradě služeb, které čerpá, bez ohledu na to, zda jde o systém zdravotní nebo sociální, otevřít prostor pro soukromé investice v sociálních službách, harmonizovat požadavky na personální vybavení, včetně vzdělání pracovníků a řada dalších kroků.

» Nedostatky současného systému z pohledu sociálních služeb

Současný systém sociálních služeb vznikl v roce 2007 na základě zákona o sociálních službách, který přinesl několik do té doby nových a přelomových institutů a nástrojů. Jedním ze zásadních je příspěvek na péči, který měl posoudit míru závislosti na péči a podpoře druhé osoby a poskytnout jeho příjemci dostatečný objem finančních prostředků.⁷ Klient sociálních služeb se tedy měl stát kvazi zákazníkem, který si vybírá pro něj nejlepší řešení. Od tohoto „ideálního stavu“ jsme stále ještě poměrně daleko vzdáleni. Směr je ale správný.

Dalším novým institutem byla (a jsou) tzv. sociální lůžka,⁸ která měla vést k eliminaci domnělých až 15 000 skrytých tzv. sociálních hospitalizací (obvykle jde o prodloužení nemocničních pobytů kvůli nedostupnosti, nízké účinnosti a návaznosti terénních služeb, tzv. bed-blocking) každý rok. Ani toto přání a záměr se nepodařilo „zhmotnit“, resp. dostat do praxe, a to kvůli nedostatečnému financování a extrémní administrativní náročnosti.

Další novinkou byla úhrada ošetrovatelské péče (která byla v pobytových sociálních službách poskytována dlouho před zákonem o sociálních službách) z fondu veřejného zdravotního pojištění. Tato nová povinnost zdravotních pojišťoven vytvořila řadu třecích ploch, přinesla mnoho soudních sporů, vyjednávání, přinesla tlak na obsahové a parametrické změny nové ošetrovatelské odbornosti, jejichž výsledek po téměř 15 letech nelze asi (optikou obou stran) hodnotit jako optimální, ale spíše jako konsolidovaný. Nicméně existuje ještě mnoho nedostatků souvisejících s právní zodpovědností, kvalifikací, celoživotním vzděláváním atd. Samostatným problémem je administrativní zátěž personálu, která odčerpává čas vyhrazený klientům (vykazování je důležitější než pečování) a která přispívá k vyhoření personálu v nedostatkových profesích. Je potřeba podpo-

rovat spolupráci administrativních pracovníků v sociálních službách stejně tak, jako je tomu ve zdravotnictví, kteří by uvolnili odborníkům ruce, aby jim přibyl čas pro vlastní péči.

Nutno zmínit, že zákon o sociálních službách rozvinul sociální služby v řadě směrů (zvýšil kvalitu poskytovaných služeb, služby jsou orientovány na klienta a jeho potřeby, optimalizoval cílové skupiny apod.).

Mezi další slabá místa systému dlouhodobé péče z pohledu sociálních služeb patří např.:

- Současný systém financování sociálních služeb je nastaven tak, že neumožňuje rozvoj sociálních služeb dle skutečné potřeby, resp. poptávky po sociálních službách.
- Všechny typy sociálních služeb pro seniory v ČR mají nedostatečné kapacity. V důsledku toho klient někdy využívá ty sociální služby, které jsou disponibilní, nikoliv ty, které by zrovna potřeboval.
- Sociální služby nejsou provázané se službami zdravotními a naopak. Nefunguje vzájemná komunikace obou sektorů, plánované přestupy klientů v rámci systémů, propojení těchto služeb apod.
- Systém úhrad klientů a neefektivní/nereacionální regulační mechanismy znemožňují snahu budovat nové kapacity a zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb.
- Současné kapacity respitních, resp. odlehčovacích služeb pobytového typu jsou nedostatečné a z větší části nejsou využívány pro „odlehčení“ pečujícím osobám, nýbrž suplují chybějící kapacity pobytových služeb dlouhodobé péče.

» Nedostatky současného systému z pohledu klientů a poskytovatelů (výkonných pracovníků) dlouhodobé péče

LTC je systém, který kromě kapacit (dostupnosti) vyžaduje i určitou nezbytnou míru koordinace, provázanosti a také to, aby byl srozumitelný jak mezioborově, tak i laicky a aby bylo možné jej celostátně porovnat. Tak tomu však dnes není. Chybí obecná zdravotní/sociální gramotnost, součástí které je povědomí veřejnosti o organizaci zdravotních/sociálních služeb. Zvláště neexistuje povědomí o LTC jako o společensky závažném „3. pilíři“.

1. Stávající služby LTC z pohledu klientů/pacientů a jejich rodin

- Jsou velké regionální rozdíly v kapacitě, a tím i v dostupnosti/nedostupnosti, byť jen jednotlivých základních služeb (home care, pečovatelská služba) – znevýhodněné jsou jako jinde ve světě rurální oblasti.

»»» 22

««« 21

- Pokud vznikne potřeba LTC (např. v důsledku cévní mozkové příhody, závažného úrazu, progresivního syndromu demence), chybí včasné poskytnutí kvalitní informace klientům či laickým pečujícím o možnostech podpory a o vhodném nastavení (designu) služeb pro konkrétního člověka.
- Lidé tak ve velké většině případů nemají na koho se obrátit, aby získali ucelenou radu, co vše mají vlastně jako podporu k dispozici, jaké služby (zdravotní i sociální) existují. Pokud vůbec, dozvídají se to postupně, pozdě a roztržštěné z různých zdrojů. Mají také mylné představy o rozsahu výkonů, které od jednotlivých služeb mohou očekávat, a tím o míře podpory, kterou jim poskytnou. Výsledkem je, že ve stavu nouze až zoufalství zvolí takovou službu, která je aktuálně dostupná, často bez ohledu na to, jak je pro klienta vhodná. Jiné možnosti naopak zůstávají nevyužity.
- V praxi neexistuje mechanismus umožňující včasné podchycení (depistáž) lidí, kteří potřebují podporu služeb LTC bezprostředně v komunitě ohrožených ztrátou soběstačnosti. Orientační posouzení funkčního stavu by mělo být součástí péče praktického lékaře, u komplexně-

jších stavů pak ideálně za podpory geriatrické ambulance, a mělo by dojít k vytvoření plánu péče. To by umožnilo oddálit nezbytné využití ústavní péče.

- Informovanost jednotlivých aktérů (poskytovatelů) o dalších službách (možnostech) spadajících obecně do LTC a především v daném regionu je velmi nízká, což ztěžuje provázanost služeb i podporu laickým pečujícím.

2. Stávající služby LTC z pohledu poskytovatelů (výkonných pracovníků) dlouhodobé péče

- Řízení i financování, včetně přímých plateb klienta/uživatele/pacienta, jsou nelogické, nepodpůrné a demotivační.
- Byrokratická zátěž výkonového vykazování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je destruktivně vysoká.
- Dostupnost registrujících praktických lékařů u klientů pobytových sociálních služeb je často velmi problematická.
- Terénní služby (zdravotní i sociální) jsou podfinancované, a pokud nejsou dotovány zřizovatelem, mohou existovat pouze například na úkor krácení časů návštěv atd.
- Neoprávněně nízká společenská prestiž poskytovatelů dlouhodobé péče a jejich

zaměstnanců včetně nevyhovujících mzdových podmínek negativně ovlivňuje atmosféru i motivovanost.

- Stávající nastavení podmínek péče včetně ošetřovatelských úkonů v pobytových zařízeních neumožňuje jejich poskytování v dostatečném rozsahu, natož poskytování např. paliativní péče či zvládání mimořádných epidemiologických situací, s nimiž je třeba počítat i v budoucnu (jak ukázala pandemie covidu-19). To je o to závažnější, že do pobytových zařízení přicházejí vesměs lidé se závažnými zdravotními problémy.
- Zdravotnická zařízení včetně nemocničních lékařů často nevědí (např. při propuštění nedolčených či chronicky nemocných pacientů), že v sociálních pobytových zařízeních nejsou stálí lékaři a v domech s pečovatelskou službou ani zdravotní sestry.

Text vychází ze studie Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku – Jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče, kterou vydala APSS ČR v dubnu 2021. Kompletní studii najdete na webových stránkách www.apsscr.cz. (redakčně kráceno)

INZERCE



OD 65 LET ZDARMA!
Hrazeno ze zdravotního pojištění

Prevenar 13
Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, oslabovaná)

**I v době současné
pandemie nezapomínejte
na nebezpečí dalších infekčních
onemocnění dýchacích cest,
proti kterým se můžete
chránit očkováním.**



Požádejte svého
lékaře o očkování proti
pneumokokovému zápalu
plic vakcínou Prevenar 13!

U osob starších 18 let je doporučena
1 dávka vakcíny Prevenar 13,
nutnost přeočkování nebyla stanovena.

Prevenar 13 je registrovaný léčivý přípravek (vakcína proti pneumokokovým infekcím), jehož výdej je vázán na lékařský předpis. Přečtěte si, prosím, pečlivě příbalovou informaci. Prevenar 13 neposkytuje 100% ochranu proti typům pneumokoka, které vakcína obsahuje, a nechrání před typy neobsaženými ve vakcíně ani jinými mikroorganismy, které způsobují zápal plic.

Pfizer, spol. s r. o.
Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, www.pfizer.cz



PP-PRE-CZE-01000