



„Peníze by měly v daleko větší
míře následovat člověka
a jeho potřeby.“

Jiří Horecký

Zdravotnictví se musí připravit na stárnutí populace

Stárnutí české populace v příštích letech výrazně zvýší nároky nejen na sociální služby, ale také na zdravotnictví. Přibývat bude lidí s více chronickými onemocněními, demencí i těch, kteří budou potřebovat dlouhodobou zdravotní a sociální péči. Podle Jiřího Horeckého se Česko na tuto změnu stále nepřipravuje dostatečně. V rozhovoru pro Zdravotnictví a medicínu mluví o chybějících kapacitách, propojení zdravotních a sociálních služeb, nedostatku pracovníků i o tom, proč se reforma dlouhodobé péče přes desítky let debat dosud nepodařila.

Na konferenci Zdravotnictví 2027 představil prof. Ladislav Dušek data, podle nichž už dnes potřebuje některou z forem dlouhodobější zdravotně-sociální nebo komunitní ošetrovatelské péče více než půl milionu lidí a jejich počet bude dál výrazně růst. Co tato čísla podle vás znamenají pro český systém zdravotní a sociální péče?

Upřímně? Bude to výrazný problém, který začneme v Česku řešit, až budeme krizi skutečně pociťovat. Ostatně jako většinu věcí. V sociální oblasti už nyní vidíme výrazný nedostatek kapacit. A nic moc s tím neděláme. Ve zdravotnictví to zatím vidíme méně, protože škála „pacientů“ je výrazně širší. Okolo roku 2030 bude tehdejší vláda vyčítat té současně, že neudělala dost. A budeme, jako ostatně řadu věcí, vše řešit na poslední chvíli a dohánět něco, co se nám dohnat nepodaří. A možná proto jsme tak trochu urputní – studie Deloitte, sedm bodů pro současnou vládu, Desatero pro sociální služby. A mohl bych pokračovat.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb si nechala společností Deloitte zpracovat studii budoucího vývoje dlouhodobé péče. Když její závěry propojíte s daty, která na konferenci prezentoval prof. Ladislav Dušek, jak velká změna nás v příštích deseti až patnácti letech čeká?

Předně je potřeba říct, že stavět na datech ÚZIS, respektive prof. Ladislava Duška, bylo moje hlavní zadání. To, co jsme od Deloitte chtěli, nebyly odhady počtu starších osob, které budou v příštích deseti letech vyžadovat péči. To už známe a víme. Moje zadání znělo: Co s tím? Jaké jsou možné scénáře a co se stane, když nikdo nic neudělá? Počet lidí starších 80 let, počet osob s demencí i počet lidí vyžadujících nějakou formu podpory, péče či pomoci se zdvojnásobí. A ano, trochu nám pomohou nové technologie či pokrok v medicíně, ale půjde o zmírnění, nikoliv vyřešení této výzvy.

O stárnutí populace se často mluví především v souvislosti s nedostatkem domovů pro seniory a dalších sociálních služeb. Není to příliš zjednodušený pohled? Jak významnou část rostoucí potřeby péče bude muset řešit také zdravotnictví?

Zdravotnictví bude mít co dělat se zvyšujícím se počtem polymorbidních osob či lidí s kardiovaskulárními onemocněními nebo demencí. Nedostatečné kapacity sociálních služeb či nedostatečná připravenost a ochota neformálních, tedy rodinných pečujících budou vytvářet enormní tlak na zdravotnická zařízení – ať již půjde o akutní, postakutní, nebo dlouhodobou lůžkovou péči.

Jinými slovy, již před téměř deseti lety existovala studie, která odhadovala dopady stárnutí populace na zdravotní systém ve výši necelých 40 miliard korun. Něco může zmírnit prevence, něco inovace a nové léky a něco systém sociálních služeb. Nikdy ale nepůjde o stoprocentní kompenzaci.

Reforma se musí odehrávat zdola kolem konkrétního člověka, ale bez jasného politického vedení a podpory shora se ji ani tentokrát nepodaří dokončit.

Když se na problém podíváte současně z pohledu dlouhodobé péče i poskytovatelů zdravotních služeb, kde dnes podle vašich zkušeností zdravotnictví nejvíce naráží na nedostatečnou kapacitu nebo návaznost sociální péče?

Nemáme dostatečné kapacity terénních služeb. A systém neumožňuje jejich potřebný rozvoj. Neuspokojená potřeba těch-

to služeb se pohybuje kolem 6 až 7 tisíc osob. U pobytových sociálních služeb je to kolem 15 tisíc osob. Nedostatečné kapacity odlehčovačích služeb neumíme ani odhadnout.

Typický klient dlouhodobé péče dnes často potřebuje současně sociální podporu, ošetrovatelskou péči a pravidelnou péči lékaře či několika specialistů. Co tento vývoj dělá s dosavadní hranicí mezi zdravotními a sociálními službami?

Tato současná i budoucí potřeba nám ukazuje nedostatečné provázání obou druhů služeb. V roce 2021 jsme vydali publikaci Reforma dlouhodobé péče v ČR, na které se spolupodílela skupina významných odborníků. Její součástí byla nejen kritika toho, co nefunguje, ale i konkrétní návrhy. A nyní by de facto stačilo jen přepsat číslouku z roku 2021 na rok 2026.

Jedním z problémů, na který poskytovatelé dlouhodobě upozorňují, jsou pacienti, kteří už nepotřebují akutní hospitalizaci, ale není pro ně dostupná odpovídající návazná péče. Co podle vás brání tomu, aby jejich přechod z nemocnice fungoval lépe?

Primárně nedostatek navazujících služeb či nedostatečná podpora neformální péče. Sekundárně pak nedostatečná sociální práce ve zdravotnictví a nedostatečná spolupráce a propojení zdravotních a sociálních služeb.

Na druhé straně jsou v pobytových sociálních službách lidé s velmi vysokou potřebou zdravotní péče. Odpovídá tomu dnes podle vás způsob, jakým je jejich zdravotní péče organizována a financována?

Ano. Zastoupení zdravotní složky v pobytových sociálních službách je relativně dostatečné a její financování se v posledních letech významně zlepšilo.

O propojení zdravotního a sociálního systému se v Česku mluví mnoho let a vy se reformě dlouhodobé péče věnujete dlouhodobě. Kde podle vás leží hlavní důvod, proč se změny prosazují tak obtížně?

Hlavní problém podle mě není v tom, že bychom nevěděli, co je špatně nebo co je potřeba změnit. Analýz, pracovních skupin a návrhů vzniklo za posledních třicet let opravdu mnoho. První vážné diskuse mezi Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí začaly už v polovině 90. let. Od té doby se vystřídala celá řada mezíresortních skupin a konkrétních návrhů, ale žádný z nich nebyl dotažen do skutečné systémové reformy.

Za hlavní příčinu považuji silné resortní rozdělení. Zdravotní a sociální systém mají odlišnou legislativu, financování, personální pravidla, způsob úhrad i logiku fungování. Oba resorty si přirozeně chrání své kompetence, rozpočty a svůj pohled na věc. Výsledkem je, že místo společného řešení potřeb konkrétního člověka se desítky let snažíme vymezovat, co ještě patří do zdravotnictví a co už do sociálních služeb.

Druhým důvodem je nedostatek dlouhodobého a skutečně silného politického zadání. Reforma tohoto rozsahu nemůže být pouze úkolem ministra zdravotnictví nebo ministra práce a sociálních věcí. Potřebuje autoritu nad oběma resorty, jasnou představu o cílovém stavu a politický mandát, který přežije jednotlivé personální či vládní změny. Už v naší studii jsme proto navrhovali, aby takovou reformu řídil či přímo supervidoval předseda vlády, případně osoba stojící mimo oba resorty se silným mandátem vlády.

A konečně musíme změnit samotný pohled na dlouhodobou péči. Neměli bychom se snažit pouze „slepit“ dva existu-



jící systémy. Musíme vycházet od člověka a jeho potřeb a kolem něj propojit zdravotní a sociální péči, podporu rodiny, terénní a ambulantní služby i případnou pobytovou péči. To znamená posílit koordinaci a case management na místní úrovni. Reforma se tedy musí odehrávat zdola kolem konkrétního člověka, ale bez jasného politického vedení a podpory shora se ji ani tentokrát nepodaří dokončit.

Stárnutí populace nebude znamenat jen větší potřebu sociálních služeb, ale také rostoucí objem zdravotní a ošetrovatelské

péče. Počítáme podle vás při debatě o budoucím financování systému dostatečně i s touto částí demografické změny?

Ano, jednoznačně. Bylo to zveřejněno v několika studiích.

Neměli bychom se snažit pouze „slepit“ dva existující systémy.

Stárnutí populace a dlouhodobá péče v číslech

3,08 milionu lidí ve věku 65+

má podle studie žít v Česku v roce 2050. V roce 2025 je to 2,29 milionu, což znamená nárůst o 34 procent.

63 tisíc klientů

budou podle základního scénáře v roce 2035 potřebovat domovy se zvláštním režimem, oproti 32 tisícům v roce 2024.

135 tisíc lidí ročně

má v roce 2035 využívat pobytové sociální služby, oproti 92 tisícům v roce 2024. Ani při rozšíření terénních služeb nezmizí potřeba pobytové péče, zejména u lidí s demencí vyžadujících nepřetržitý dohled.

137 miliard Kč ročně

mají v roce 2035 dosahovat celkové reálné náklady systému dlouhodobé péče. V roce 2024 činí přibližně 80 miliard korun, jde tedy o nárůst zhruba o dvě třetiny.

*Zdroj: Deloitte, Studie dlouhodobé sociální péče v ČR, 2026.
Studie byla zpracována pro Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR.*

Pokud chceme, aby větší část péče mohla probíhat mimo akutní nemocnice a co nejdéle také v přirozeném prostředí člověka, musí tomu odpovídat i financování jednotlivých služeb. Vidíte dnes v systému místa, kde způsob úhrad takovou změnu spíše brzdí?

Systém financování sociálních služeb neumožňuje jejich rozvoj a reagování na aktuální a zvyšující se poptávku. Český systém stále financuje především jednotlivé segmenty, instituce a výkony, nikoliv kontinuální péči o konkrétního člověka. Zdravotní a sociální část dlouhodobé péče mají navíc rozdílné zdroje financování, pravidla i motivace. Výsledkem může být situace, kdy je pro systém jednodušší nebo finančně

výhodnější ponechat člověka v institucionální či nemocniční péči, přestože by při dostatečné podpoře mohl být doma. Dlouhodobě proto prosazují, abychom se méně ptali, z jakého systému má být konkrétní úkon zaplacen (viz nizozemský model), a více na to, jaký balíček péče daný člověk skutečně potřebuje. Peníze by měly v daleko větší míře následovat člověka a jeho potřeby (viz náš návrh na zavedení tzv. individuálních účtů). Teprve potom vytvoříme skutečnou ekonomickou motivaci k tomu, aby péče probíhala na nejvhodnějším místě – a pokud je to možné a člověk si to přeje, co nejdéle v jeho přirozeném prostředí.

Pokud chceme, aby větší část péče o starší a chronicky nemocné pacienty probíhala mimo akutní nemocnice a co nejdéle v jejich přirozeném prostředí, bude to znamenat také větší nároky na praktické lékaře, ambulantní specialisty, domácí zdravotní péči a další služby. Co se musí změnit, aby systém tuto péči dokázal personálně, organizačně i finančně zajistit?

Zásadní je koordinace. Starší člověk s více chronickými onemocněními často nepotřebuje jednu službu, ale kombinaci zdravotní a sociální péče, která se navíc v čase mění. Někdo proto musí nést odpovědnost za koordinaci celého procesu – od praktického lékaře přes domácí zdravotní péči až po sociální služby. Právě case management a jasné předávání informací dnes v systému stále nejsou samozřejmostí. Personálně se musíme připravit na to, že při stárnutí populace nebude možné jednoduše navyšovat počty pracovníků úměrně rostoucí potřebě péče. Vedle zvýšení atraktivity těchto profesí proto potřebujeme lépe rozdělit kompetence mezi jednotlivé zdravotnické a sociální profese, odstranit zbytečné administrativní činnosti a výrazně více využívat digitalizaci, telemedicínu a nové technologie.

Nedostatek pracovníků sledujete jak v sociálních službách, tak z pohledu zaměstnavatelů. Lze očekávaný růst potřeby zdravotní a dlouhodobé péče zvládnout se současnými personálními kapacitami, nebo se bez pracovní migrace a změn v organizaci práce neobejdeme?

Bez pracovní migrace se neobejdeme. Koukněme se do západní Evropy. Uvidíme masivní pracovní migraci zejména v pomáhajících profesích. A ano – počty studentů zdravotnických oborů, lékařských i nelékařských, se zvýšily o cca 30 procent. Samozřejmě otázkou je, kolik a jak dlouho

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA

- prezident Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR (KZPS ČR)
- prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR
- prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
- prezident a CEO European Ageing Network (EAN)
- předseda správní rady Aliance pro telemedicínu, digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb
- člen Rady vlády pro seniory a stárnutí populace
- za KZPS se podílí na činnosti platformy Zaměstnavatelé pro zdraví (nejen) zaměstnanců a udržitelné zdravotnictví, která propojuje zaměstnavatelské organizace a zdravotní pojišťovny a zaměřuje se na prevenci, zdraví zaměstnanců, udržitelnost zdravotního systému, efektivní využívání prostředků veřejného zdravotního pojištění a digitalizaci
- dlouhodobě se odborně věnuje sociálním službám, dlouhodobé péči, stárnutí populace, zdravotnictví a zaměstnavatelské politice

jich ve zdravotnickém sektoru zůstane. Ale v případě zdravotních sester, kterých nyní chybí na 3 000, a pečujících profesí, kde chybí na 2 000 pracovníků, se pracovní migraci ze třetích zemí nevyhneme.

Když bude pracovníků nedostatek a současně poroste počet lidí potřebujících péči, bude nutné znovu přemýšlet i o tom, kdo kterou část péče zajišťuje. Kde podle vás existuje prostor pro lepší rozdělení práce mezi jednotlivé služby a profese, aniž by utrpěla kvalita a bezpečnost péče?

Bude nutné znovu a znovu otevírat otázku kompetencí, kvalifikací, odpovědností a spolupráce jednotlivých složek systému. A také otázku přebírání některých výkonů digitálními a robotickými řešeními.

Bez pracovní migrace se neobejdeme.

Studie Deloitte ukazuje také výrazný růst nákladů na dlouhodobou péči. Jak velkou část této rostoucí potřeby podle vás mohou nést veřejné zdroje a kde bude nutné hledat další způsoby financování?

Je potřeba rozlišit dva typy těchto nákladů – investiční a provozní. V případě investičních jsem pozitivnější. Evropské zdroje, zdroje bank, pojišťoven a penzijních fondů i úvěrový kapitál představují vysoké desítky miliard korun. U provozních zdrojů jsem s odkazem na výše uvedené odpovědi relativně skeptický.

Vedle peněz a personálu mohou část tlaku zmírnit také technologie, digitalizace, vzdálený monitoring nebo lepší sdílení informací mezi zdravotními a sociálními službami. Kde v nich z pohledu poskytovatelů vidíte skutečný potenciál, a kde jsou naopak očekávání větší než jejich reálné možnosti?

To by bylo na samostatný rozhovor. Pokud se ale omezím maximálně na příštích pět let, pak to budou smart monitorovací systémy využívající AI technologie, sdílení a využití dat pro prevenci, inteligentní telemetrické a telemedicínské systémy a AI řešení snižující administrativní zátěž. To povede k ulehčení a zmírnění, nikoliv k vyřešení těch výzev, které jste popsala ve svých předchozích otázkách.

Kdybychom se potkali v roce 2035 a mohli říct, že Česko stárnutí populace zvládlo dobře, co by do té doby muselo být ve zdravotnictví a dlouhodobé péči zásadně jinak než dnes?

No, abych odpověděl zodpovědně, bylo by to minimálně na celou stránku. Takže se omezím na něco, co mi už léta chybí: odvaha, odbornost, vize, uvědomění si nutnosti změn a opatření a jejich odpovídající prioritizace. A možná na závěr špetka pokory, tedy připustit si, že jiní vědí a znají lépe než já, co je potřeba udělat a změnit.

Veronika Nekvindová Hotová

Foro: archiv Jiřího Horeckého

Více rozhovorů
najdete na webu
zdravotnictvi-medicina.cz

