Věstník MZd ČR, částka 11/2020

KONCEPCE DOMÁCÍ PÉČE

Obsah

Úvod

1 VYMEZENÍ DOMÁCÍ PÉČE

1.1 Definice domácí péče

1.2 Principy domácí péče

1.3 Organizace domácí péče

1.4 Cílová skupina

1.5 Cíle domácí péče

2 ANALYTICKÁ ČÁST

2.1 Uživatelé péče

2.2 Síť poskytovatelů domácí péče

2.3 Kompetence sester domácí péče a překážky výkonu ošetřovatelské péče

2.4 Problematika financování domácí péče

2.5 Hodnocení kvality domácí péče

2.6 Poskytování domácí péče ve vybraných zemích EU

3 STRATEGICKÁ ČÁST

3.1 Strategický cíl 1 - Posílení role sester v DP

3.2 Strategický cíl 2 - Financování domácí péče

3.3 Strategický cíl 3 - Hodnocení kvality poskytované domácí péče

4 IMPLEMENTACE

4.1 Aktéři rozvoje domácí péče - implementační subjekty

4.2 Rámec implementace

4.3 Předpoklady úspěšné realizace Koncepce DP

4.4 Odhadované finanční nároky, preferovaný zdroj financování

5 Reference

EPIS

6 Slovníček pojmů / seznam zkratek

7 Seznam tabulek, grafů, obrázků

8 Přílohy

Vymezení materiálu:

Tato koncepce je cílena pouze na zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dále jen „domácí péče“, 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, prostřednictvím které 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.

ÚVOD

Dle výsledků výzkumného šetření (Genet et al., 2012) připadají v rámci EU na každou osobu starší 65 let zhruba čtyři lidé v produktivním věku. Odhaduje se, že do roku 2050 klesne jejich počet na dvě osoby v produktivním věku. Tento konkrétní dopad demografických změn ilustruje fakt, že poptávka po dlouhodobé péči, jak bude vysvětleno v textu níže, a to zvlášť v péči domácí, bude během příštích desetiletí růst. V rámci plánování rozvoje dlouhodobé péče je tedy zřejmé, že potřeba koncepčního přístupu k domácí péči je pro kvalitu života obyvatel České republiky (dále též ČR) naprosto klíčová. Ostatně v řadě evropských zemí (Genet et al., 2012) je dlouhodobá péče koncepčně postavena právě na péči domácí.

Z časového hlediska pro potřeby dokumentu můžeme chápat péči jako krátkodobou a dlouhodobou. Pojmem dlouhodobá péče označujeme komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. OECD vymezuje tuto péči jako jisté spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci při některých ze základních sebeobslužných aktivit. Služby dlouhodobé péče tedy potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost a u nichž je tento stav setrvalý. Může být způsoben chronickými onemocněními nebo zdravotním postižením. Většina těch, kteří potřebují služby dlouhodobé péče, jsou lidé vyššího věku. OECD zdůrazňuje potřebu rozlišovat mezi zdravotní péčí, která má jasně definovaný kurativní či rehabilitativní charakter (jde o léčení, doléčení a rehabilitaci) a dlouhodobou péčí. Cílem zdravotní péče je změna/zlepšení zdravotního stavu. Cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti. Oba typy péče v praxi nelze zcela oddělit, a ani to není účelné. Stav pacienta často vyžaduje poskytování jak zdravotní, tak dlouhodobé péče, a to již z toho důvodu, že dlouhodobá nesoběstačnost není fyziologickou záležitostí, ale výslednicí zhoršeného zdravotního stavu.

Vznik Koncepce domácí péče (dále též Koncepce DP) reaguje na potřebu etablování koncepčního **přístupu k domácí péči** (dále též DP) **jako součásti poskytování zdravotní péče úzce související se sociální péčí poskytovanou pacientovi multidisciplinárním týmem v jeho vlastním sociálním prostředí a je založena na úzké spolupráci praktického lékaře a poskytovatelů domácí péče. Multidisciplinární tým je garantován lékařem, v centru týmu je pacient a jeho pečující. V multidisciplinárním týmu mohou být poskytovatelé různých odborností, poskytujících péči ve vlastním sociální prostředí**. V rámci odbornosti 925 je vedoucím ošetřovatelského týmu všeobecná sestra se specializací. Úkol zpracovat strategický materiál udávající směr dalšího rozvoje domácí péče tak, aby mohlo být plynule navázáno na již uskutečněné změny, vychází z předmětu činnosti a úkolů Pracovní skupiny pro

koncepční řešení poskytování domácí péče v ČR, která byla zřízena příkazem ministra zdravotnictví č. 18/2018 dne 5. června 2018 jako odborný poradní orgán Ministerstva zdravotnictví pro koncepční řešení poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta a zabezpečení efektivního fungování domácí péče v ČR. Koncepce DP byla vytvořena s cílem, aby zahájený změnový proces zvyšující kvalitu v oblasti domácí péče nebyl přerušen, ale naopak aby lidské i finanční zdroje byly do budoucna efektivně využity pro pokračování systémových změn v oblasti domácí péče a posílily koncept funkčního propojení zdravotních a sociálních služeb.

Koncepce DP respektuje základní cíl vyhlášeného Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030, který je definován jako: „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“. Dokument navazuje na Strategický rámec Česká republika 2030 přijatý vládou ČR1), která svým rozhodnutím také určila tento základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví. Koncepce DP úzce souvisí s vytyčenými strategickými cíli 1 Zlepšení zdravotního stavu populace a 2 Optimalizace zdravotnického systému a navazuje na Akční plán Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. V mezinárodním kontextu byla pro tvorbu Strategického rámce Zdraví 2030 výchozím dokumentem především Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj, ze které vychází tzv. SDGs - cíle udržitelného rozvoje OSN. Pro oblast zdravotnictví je určující SDG 3 Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku. Koncepce DP dále vychází z prvotní Koncepce ošetřovatelství vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky ve Věstníku č. 9 v roce 2004, respektuje doporučení Světové zdravotnické organizace v oblasti primární péče z roku 2018, Směrnice EU v oblasti kvalitního vzdělávání a odborné přípravy, doporučení Mezinárodní rady sester týkající se ošetřovatelství, podpoře růstu profese a celoživotního vzdělávání a ovlivňování zdravotnické politiky i zásadní doporučení Evropské rady asociací sester pro ošetřovatelství včetně požadavků na kvalifikační přípravu sester v členských zemích. Cílem dokumentů je dosahovat vysoké a vzájemně srovnatelné úrovně jejich vzdělání, které umožní volný pohyb pracovních sil. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetřovatelství i v domácí péči v 21. století.

Koncepce DP zohledňuje připravované změny v primární péči ČR, jejímž cílem je postupná proměna a posílení primární péče tak, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší a přitom kvalitní zdravotní péči snadno dostupnou pacientovi. Posílení a jasné vymezení kompetencí ve vztahu k ambulantním specialistům vedle praktických lékařů se musí zacílit taktéž na nelékařské zdravotnické pracovníky, zejména všeobecné sestry, popř. dětské sestry a zapojit je do prevence, monitorování, řízení osob s chronickými onemocněními, aby praktičtí lékaři mohli zvládat a léčit pacienty se závažnějšími onemocněními. Svými vytyčenými strategickými cíli, především posílením role sester v domácí péči, uvolňuje koncepce DP kapacity, časovou dostupnost a výkonnost praktických lékařů pro výkon povolání praktického lékaře v primární péči. Posílením role sester v DP bude zajištěna maximální možná míra a kvalita péče a tím bude umožněno setrvání pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí co nejdéle.

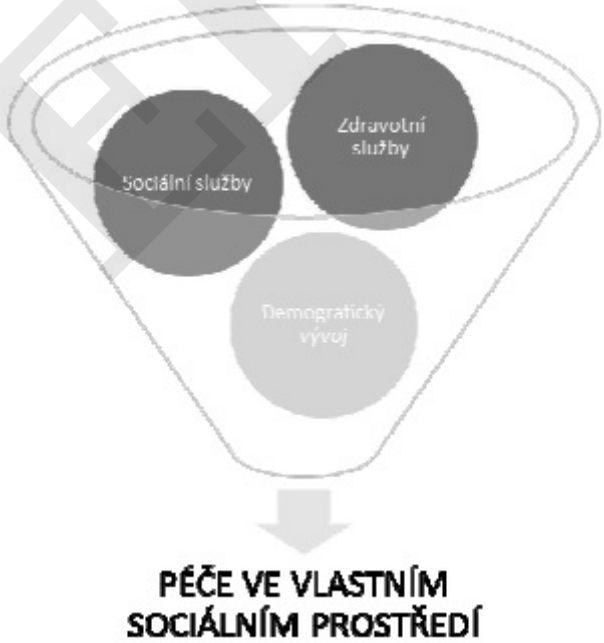
Posílení role sester v domácí péče musí reflektovat aktuální změnu v chápání vztahu pacient/zdravotník/zdravotnický systém. S ohledem na potřebu posílení rovnoprávného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem a většího zapojení pacienta do rozhodovacího procesu k navržené terapii je nutné především zohlednit individualizované potřeby pacienta, cíle a metody léčby i péče modifikovat tak, aby byly v souhlase s principy tzv. péče zaměřené na pacienta (Patient centered care).

Uživateli Koncepce DP jsou Ministerstvo zdravotnictví ČR, poskytovatelé zdravotních služeb, krajské úřady, zdravotní pojišťovny, profesní a odborné organizace, vzdělávací instituce, ale zároveň i uživatelé péče a jejich rodinní příslušníci či další neformální pečovatelé, kteří nestojí pouze na straně příjemců výstupů, ale jsou naopak aktivně přítomni formulaci opatření, při přípravě Koncepce DP a budou neoddělitelně zapojeni i do její implementace.

Koncepce DP byla zpracována v souladu s doporučeními Metodiky přípravy veřejných strategií a naplňuje charakteristické znaky koncepce2), tj. rozpracovává část analytickou a strategickou, zatímco implementační část bude pokryta v samostatném prováděcím materiálu. Implementační část Koncepce DP bude rozpracována v akčních plánech domácí péče na léta 2021-2023 a 2024-2025, které implementaci dodají potřebnou flexibilitu, tj. možnost průběžně reagovat na aktuální změny v připravované Koncepci ošetřovatelství, reformu primární péče a v probíhající reformě psychiatrické péče. I když domácí péče zahrnuje domácí péči poskytovanou poskytovateli profesionálními i neformálními, **Koncepce DP se zaměřuje na první skupinu, tedy profesionální pečovatele v oblasti domácí péče, všeobecné sestry a dětské sestry (dále jen sestry).** Rovněž **v první pětileté fázi nerozpracovává propojení s poskytovateli sociálních služeb**. Propojení, vzhledem k povaze problému, který se netýká pouze péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí, ale i péče v ostatních segmentech zajišťujících zdravotní a sociální potřeby pacientů, se Koncepce DP plánuje výhledově zabývat po roce 2026. To však neznamená, že tvůrci neuvítají reflektování koncepce i touto nenahraditelnou skupinou poskytovatelů; naopak upřímně doufají, že Koncepce DP na léta 2027-2030 bude obsahovat nejen koncepci pro profesionální poskytování domácí péče, ale i část věnovanou stimulaci neformální domácí péče, neboť ta bude v budoucnu nabývat na důležitosti. Rovněž si přejí, aby pokračování této Koncepce DP bylo zpracováno konsenzuálně nejen z pohledu poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, ale i jejich plátců a normotvůrců.

1 VYMEZENÍ DOMÁCÍ PÉČE

Obrázek 1 Komponenty péče o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí



Zdroj: Vlastní zpracování

Domácí péče je **vysoce kvalifikovaná odborná forma zdravotní péče**, která umožňuje navázat na zdravotní péči poskytovanou v jiných zdravotnických zařízeních, čímž umožňuje zkrátit dobu hospitalizace na dobu nezbytně nutnou. V době vzniku koncepce je poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství či v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaře v oboru pediatrie s platností maximálně 3 měsíce, nebo ošetřujícího lékaře po hospitalizaci (indikující lékař) pacientům v jejich vlastním

sociálním prostředí s platností jen na 14 dní, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře např. v případě pacienta v terminálním stavu nebo na základě indikace ambulantního specialisty po dobu maximálně 14 dnů.

Domácí péče **je zaměřena zejména na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob majících společné sociální prostředí, na rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a na zajištění klidného umírání a důstojné smrti**. Ošetřovatelství poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Vývoj oboru ošetřovatelství a rozsah poskytované péče je ovlivněn sociálními, kulturními, ekonomickými a politickými faktory. Charakteristickým rysem ošetřovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklým nebo pozměněným onemocněním. Ošetřovatelství v domácí péči si vytvořilo vlastní pole působnosti, v němž nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytují péči s vyšší mírou samostatnosti.

Důraz je kladen na prvek individualizovaného přístupu k potřebám pacienta a požadavkům na optimální ošetřovatelský postup, zejména s ohledem na komunikaci s pacientem, jeho edukaci, pomoc při řešení individuálních požadavků a průběžných cílů léčby pacienta, které jsou často nalezeny a pojmenovány až ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Existuje řada studií, které prokazují, že tento přístup může zlepšit zapojení pacienta do léčebného procesu a tím zlepšit výsledky léčby (EWMA 2020).

V rámci domácí péče je poskytována ošetřovatelská, léčebně rehabilitační a paliativní péče včetně case managementu, který je procesem plánování, vyhledávání, prosazování a monitorování služeb od různých poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb ve prospěch klienta. Jsou průběžně vyhodnocovány potřeby pacienta a společně se zainteresovanými osobami je vytvářen individuální plán péče tak, aby nedocházelo ke zhoršení zdravotního stavu. Významnou složkou je koordinace péče o pacienta, zprostředkování této péče mezi pacientem a ostatními aktéry multidisciplinárního týmu. Celková péče může být podporována psychosociální pomocí prostřednictvím komunikace zvláště u dlouhodobě nemocných nebo u úzkostných a obtížně spolupracujících pacientů.

Poskytovatelé domácí péče spolupracují s orgány státní správy a samosprávy, s nestátními neziskovými organizacemi a dalšími subjekty ve zdravotní a sociální sféře.

Odborná vyspělost medicíny a oboru ošetřovatelství umožňuje poskytnout péči pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Toto prostředí pozitivně ovlivňuje proces uzdravování i prožívání nemoci. Od roku 1990 se domácí péče stala nedílnou součástí zdravotní a sociální péče v České republice.

1.1 Definice domácí péče

Domácí péče je neustále se vyvíjející oblast zdravotní péče. Výkon povolání sestry a ostatních členů týmu, její podpora a pomoc musí být vždy zaměřena ve prospěch pacienta. Základem úspěchu při naplňování obsahu domácí péče je komplexnost služeb, poskytování péče multidisciplinárním týmem a zvýšení odpovědnosti pacienta při poskytování domácí péče. Odborná literatura v průběhu let přináší různé pohledy na domácí péči i její definování a současně otázku, zda jsou tyto definice dostačující. Z mezinárodního pohledu je domácí péče definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2005, str. 55). Kalvach (2011) hovoří o domácí péči jako o nelékařské zdravotní péči, převážně ošetřovatelské a rehabilitační, poskytované pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení

registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo při propuštění z nemocnice ošetřujícího lékaře příslušného oddělení. Jarošová (2005) uvádí, že Česká asociace sester ve svém návrhu koncepce domácí péče prezentuje domácí péči jako zvláštní ambulantní péči a nedílnou součást zdravotní péče, která zabezpečuje ošetřovatelskou péči jednotlivcům v přirozeném sociálním prostředí jejich vlastních domovů, a to od začátku života až do jejich konce. Ministerstvo zdravotnictví definuje domácí péči v Koncepci domácí péče z roku 2004 jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Zákon o zdravotních službách vymezuje domácí péči jako zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kterou je ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, specifikuje domácí péči jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které 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.

Z tohoto důvodu Koncepce DP přináší nový pohled a vymezení respektující rozvoj oboru a nejnovější medicínské a ošetřovatelské poznatky v zájmu zachování bezpečného a účinného poskytování ošetřovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Domácí péče představuje nezastupitelnou formu zdravotní péče (ošetřovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči nebo paliativní péči), která je pacientovi poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí, a spolu se sociální péčí, včetně péče laické, tvoří souhrnný základ péče o pacienta. Je založena na úzké týmové spolupráci lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků v systému zdravotní péče, kdy role každého člena týmu je nezastupitelná. Tento tým při poskytování domácí péče koordinuje svou činnost s ostatními osobami, například blízkými rodinnými příslušníky, poskytujícími pacientovi další péči, zejména sociální.

Domácí péče je indikována u pacientů, u kterých je nutné zajistit dlouhodobou, následnou nebo paliativní péči. Jedná se o pacienta v terminálním stavu, případně o pacienta s akutním nebo chronickým onemocněním, u kterého probíhá rekonvalescence. **Obsah péče je vymezen individuálními potřebami každého pacienta v péči o somatické i duševní zdraví a za podpory jeho sebeobsluhy a sebepéče** tak, aby se mohl co nejdříve vrátit do běžného života a nemusel být plně odkázán na péči druhých osob.

Zvláštním segmentem domácí péče je **Mobilní specializovaná paliativní péče** pod odborností 926, která je poskytována nepřetržitě multidisciplinárním týmem - lékaři, všeobecnými sestrami, psychosociálními a spirituálními pracovníky. Je garantována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Její indikační kritéria, personální a provozní požadavky, úhradové mechanismy jsou upraveny Metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče ve Věstníku MZ ČR č. 13/2017, registračními listy odbornosti 926. Metodický pokyn také potvrzuje domácí péči poskytovanou pod odborností 925 jako základní kámen systému obecné paliativní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacientů.

Domácí péče je poskytována pacientům různého věku s jednotlivými diagnostickými skupinami nemocí, je určena stejně tak dětem, lidem v produktivním věku i seniorům ve vlastním sociálním prostředí. Vlastním sociálním prostředím pacienta se dle zákona o zdravotních službách rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta,

například zařízení sociálních služeb, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školy v době vzdělávání a při poskytování školských služeb, školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo školská zařízení pro preventivně-výchovnou péči či jiná obdobná zařízení, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ústavy pro výkon zabezpečovací detence, zařízení pro zajištění cizinců a azylové zařízení.

1.2 Principy domácí péče

Filozofie domácí péče je podmíněna principem **pevné vazby a interakce lidské bytosti s jejím vlastním sociálním prostředím**, s důrazem na individuální vnímání kvality života každé lidské bytosti (Misconiová, 1998, str. 11). Základní principy vycházejí z filozofie domácí péče, které je nutno při poskytování péče respektovat:

Holistický přístup

Člověk je vnímán jako jednotný celek biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb, kdy všechny oblasti jsou ve vzájemné interakci.

Podpora soběstačnosti a autonomie pacienta (zplnomocňování)

Zplnomocňování je chápáno jako proces, skrze nějž pacienti redukují svou bezmocnost a odcizení a získávají větší kontrolu nad všemi aspekty svého života. Pacient je schopen převzít kontrolu nad okolnostmi svého života a dosahovat svých vlastních cílů, a tak se stává schopným směřovat úsilí k pomoci sobě za podpory sestry.

Princip subsidiarity

Domácí péče ve velké míře znamená podporu ke svépomoci, v odpovídající míře motivuje pacienta (v oblasti sebepéče) a jeho blízké pečující k nezávislosti na zdravotních a sociálních službách, a to jako aktivní partnery, nikoliv jako pasivní příjemce pomoci.

Komunitní přístup

Úzce souvisí s principem subsidiarity. Ošetřovatelská péče, zejména na úrovni case managementu, mobilizuje občanskou pomoc a svépomoc, propojuje zdroje veřejné a lokální. Definuje ho podpora a spolupráce s blízkými pečujícími, dobrovolnictví a sousedská výpomoc. Slouží jako **alternativa institucionální péče**, kdy je cílem co nejdelší setrvání ve vlastním sociálním prostředí, a tím i zvyšování kvality života u chronicky nemocných osob či osob s potřebou obecné paliativní péče.

Deinstitucionalizace

Přesun péče ze zdravotnických zařízení do přirozeného sociálního prostředí: prioritou je podpora poskytování domácí péče zvlášť u pacientů, u kterých dlouhodobá izolace v instituci narušuje či snižuje možnost zpětného navrácení do vlastního sociálního prostředí. Péče by měla být, pokud možno, poskytována tam, kde si to člověk se zdravotním znevýhodněním přeje, s důrazem na maximální zachování kvality života.

Demedicionalizace

Úzce souvisí s deinstitucionalizací, kdy je usilováno o to, aby medicínské aspekty zohledňovaly kvalitu života. Důraz je kladen na autonomii, seberealizaci a respektování důstojnosti pacienta.

EPIS

Multidisciplinarita

Propojení více oborů zabývajících se člověkem, vytváření multidisciplinárních týmů, spolupráce mezi resorty.

S podporou těchto principů jde o znaky poskytování kvalitní zdravotní péče.

1.3 Organizace domácí péče

Domácí péče zabezpečuje komplexní péči v koordinaci s lůžkovou péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními službami prostřednictvím multidisciplinárního týmu.

Multidisciplinární tým na základě svých kompetencí určí svůj postup a doporučení pro řešení a intervence v ošetřovatelském procesu a plánování aktivit prostřednictvím individuálních plánů. Zásadní roli v plánování rozsahu a obsahu ošetřovatelské péče má sestra DP, která je na tak vysoké úrovni, že samostatně a ve spolupráci s lékařem a dalšími NLZP navrhne tu nejlepší formu ošetřovatelského plánu prospěšného pro pacienta. Současně odpovídá za kvalitu a bezpečí poskytované ošetřovatelské péče a pravidelně informuje indikujícího lékaře

Poskytování kvalitní péče pacientům vyžaduje efektivní vedení organizace. **V domácí péči pro autorskou odbornost 925 v době vzniku této koncepce existují formálně čtyři typy návštěv s časovým rozsahem:**

výkon 06318 - 15 minut;
výkon 06313 - 30 minut;
výkon 06315 - 45 minut;
výkon 06317 - 60 minut.

Pro zavedení, ukončení domácí péče a administrativní činnost sestry existuje hodinový výkon 06311.

Každý výkon ošetřovatelské návštěvy zahrnuje zhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta. Maximální rozsah frekvence návštěv domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění jsou 3 návštěvy odborné péče denně. Při poskytování obecné paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacientovi v terminálním stavu je využíván tzv. Signální výkon (výkon 06349 - ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu), který nemá časovou ani bodovou hodnotu a ruší omezení frekvence návštěv poskytovaných sestrou domácí péče.

S ohledem na indikační skupiny pacientů je preferována nepřetržitá **dostupnost domácí péče, tj. 24 hodin denně, 7dní v týdnu a 365 dní v roce**.

V případě, že je návštěva potřebná v nočních hodinách nebo o víkendech, musí lékař tento požadavek uvést na Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06 - patří sem tyto výkony *06135 - Výkon sestry v době od 22 do 6 hodin, 06137 - Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna, v případě, že se jedná o pacienta, kde je vyžadována pomoc druhé sestry uvádí se následující výkon 06319 - Fyzická asistence při poskytování domácí péče*.

Pro financování materiálových výkonů existují pro odbornost 925 materiálové výkony s maximální frekvencí 3x denně - 06321, 06323, 06325, 06327, 06329, 06331, 06333, 06335.

Pod výše uvedenými výkony lékař ordinuje výkony pro odběr biologického materiálu, lokální ošetření ran a defektů, aplikace inhalační a léčebné terapie, aplikace parenterální terapie,

ošetřovatelská rehabilitace ke zvýšení svalové síly a zlepšení hybnosti všech končetin, udržení kloubní hybnosti a elasticity měkkých tkání, zabránění atrofii z nečinnosti, vzniku druhotných komplikací, ztuhlosti kloubů, zkrácení šlach, výraznému oslabení svalů, dechová cvičení, ošetření stomií, edukace rodinných příslušníků o ošetřování nemocného ve vlastním sociálním prostředí. Výkon ošetřovatelské návštěvy končí vždy záznamem do zdravotnické dokumentace pacienta v rámci ošetřovatelského procesu a vykázání dopravy.

Sestra informuje indikujícího lékaře o zdravotním stavu pacienta minimálně 1x měsíčně, při ukončení péče a při zjištění zhoršení stavu pacienta a závažné změny zdravotního stavu a vždy před schválením nově vystaveného Poukazu na vyšetření/ošetření DP-06 indikujícím lékařem, kdy mu předloží sestra DP ošetřovatelskou zprávu. V případě akutního zhoršení zdravotního stavu pacienta a ohrožení základních životních funkcí je sestra povinna zavolat zdravotnickou záchrannou službu, vyčkat u pacienta do jejího příjezdu a řídit se pokyny pracovníků zdravotnické záchranné služby.

Při poskytování domácí péče jsou na sestru kladeny vysoké nároky, a to na její fyzické i psychické schopnosti. Psychický tlak a stres na sestru plyne z osobitého prostředí, podmínek, ve kterých je domácí péče poskytována, a z nutnosti umět se samostatně rozhodnout v každé situaci. Sestra nikdy neví, co ji u daného pacienta čeká, musí pracovat samostatně bez možnosti okamžité konzultace s lékařem, musí se tedy spolehnout na své odborné znalosti, zkušenosti. Neustále musí udržovat pozornost, zvládat velké množství konfliktních situací. Vždy je povinna zachovat profesionalitu při jednání s pacientem, rodinou, lékaři a ostatními spolupracovníky týmu.

Velké nároky jsou kladeny na vedoucí domácí péče (manažerky péče, vrchní sestry), které musí mít kromě vysokých všeobecných ošetřovatelských vědomostí také znalosti z oblasti sociální péče a pomoci, personální znalosti, základy účetnictví a práva. Vedoucí pracovník je zároveň i mentorem pro své podřízené.

U poskytovatelů zdravotních služeb, kteří zajišťují domácí péči o pacienty v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění, je vysoká fluktuace zdravotnických pracovníků. Nejčastějším důvodem, proč sestry z domácí péče odcházejí, jsou vysoké nároky, které jsou na sestry při poskytování ošetřovatelské péče kladeny.

Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče je 5,0 plných přepočtených pracovních úvazků ve smluvním vztahu, tak aby byla zajištěna péče s dostupností 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. U poskytovatelů domácí péče, kteří neposkytují domácí péči nepřetržitě 24 hod denně, je minimální počet úvazků 3,0, přičemž při nižším počtu úvazků než 5,0, musí každý úvazek všeobecné sestry splnit fond pracovní doby 40 hodin týdně, pracovní doba je nerovnoměrná a její rozvržení je stanoveno vždy při rozhodnutí o poskytování domácí péče v závislosti na smluvních vztazích s pojišťovnami a indikujícími lékaři. Při nižší počtu úvazků než 5,0 se signální kód a výkon 06137 (výkon sestry v den pracovního klidu a pracovního volna) nevykazuje.

K podpoře sester DP v administrativní oblasti je vhodné, jako součást týmu, zapojit administrativního pracovníka ve zdravotnictví, který bude vykonávat administrativní práce související s poskytováním domácí péče.

1.4 Cílová skupina

Domácí péče je indikována u pacientů, u kterých je nutné zajistit dlouhodobou, následnou nebo obecnou paliativní péči. Jedná se o pacienta s akutním nebo chronickým onemocněním, u kterého probíhá rekonvalescence nebo o pacienta v terminálním stavu. Součástí

aktivit domácí péče je také péče o duševní zdraví, kdy cílovou skupinou domácí péče jsou pacienti s duševním onemocněním v procesu resocializace. **Domácí péče je poskytována všem věkovým, indikačním i diagnostickým skupinám pacientů, je určena stejně tak dětem, lidem v produktivním věku i seniorům**.

Složení cílové skupiny domácí péče je závislé na demografickém vývoji, kdy bude česká populace stále více stárnout. To povede nejen k úbytku produktivní složky obyvatelstva, ale bude to také znamenat vyšší poptávku po zdravotních a sociálních službách a péči o člověka obecně. Se stárnutím obyvatelstva je spojen předpokládaný nárůst veřejných výdajů na zdravotní péči, což v dlouhodobém horizontu představuje riziko pro veřejné rozpočty. Jakkoliv je fiskální udržitelnost veřejných financí v krátkodobém horizontu dobrá, současný hospodářský růst přináší neocenitelnou příležitost k uskutečnění zásadních (strukturálních) reforem umožňujících připravit se na budoucí výzvy. S ohledem na zajištění udržitelnosti financování zdravotní péče také vzrůstá potřeba zaměřit rozvoj na dlouhodobou péči a péči komunitní, tedy i na domácí péči jako její nepostradatelnou součást.

1.5 Cíle domácí péče

Domácí péče **respektuje v plném rozsahu integritu pacienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života**. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady“, proto jsou potřeby každého pacienta posuzovány z bio-psycho-sociálního hlediska a při poskytování domácí péče je vždy aplikován tento přístup.

Cílem je zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta prostřednictvím:

- zajištění bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb,
- optimalizace zdravotního a sociálního stavu pacienta s cílem zlepšení individuální úrovně kvality života,
- vytvoření vhodného sociálního prostředí pro pacienta, které přispívá k urychlení jeho uzdravování či ke zlepšení kvality života pacienta i jeho blízkých,
- snižování nákladů na hospitalizaci pacienta, zajišťování dodržování léčebného režimu,
- snižování negativního vlivu onemocnění na duševní stav pacienta a jeho blízkých, udržování a zvyšování soběstačnosti pacienta,
- zmírňování utrpení a zajištění důstojného umírání,
- vyhledávání, monitorování a uspokojování potřeb pacienta a jeho blízkých související se změnou zdravotního stavu a narušeným zdravím pacienta s přihlédnutím k příslušné komunitě,
- zabezpečení komplexní péče v koordinaci s ambulantní a lůžkovou péčí, případně se sociálními službami,
- spolupráce a součinnosti s blízkými osobami nebo komunitou pacienta.

Cílů je dosahováno poskytováním potřebné a kvalitní ošetřovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dle aktuálních podmínek, poznatků vědy, kvalitní edukace je péče ve vlastním sociálním prostředí účinná tak, že povede k vyšší samostatnosti pacienta a jeho nezávislosti na přímé ošetřovatelské péči. Předpokladem je motivace pacienta a jeho blízkých v procesu rozhodování, přístupu i aktivní spolupráci při poskytování domácí péče, která vede k efektivní sebepéči a do budoucna k efektivní neformální péči.

2 ANALYTICKÁ ČÁST

Mají-li lidé možnost výběru mezi péčí v instituci a péčí doma, většina si vybere péči ve vlastním domácím prostředí (TNS Opinion & Social, 2007 in Genet et al., 2012). To však není jediný argument, který hovoří ve prospěch domácí péče. Z pohledu plátců je totiž zřejmé, že domácí péče je v porovnání s péčí v instituci nákladově efektivnější (Tarricone & Tsouros, 2008 in Genet et al., 2012), přičemž tato nákladová efektivnost se ještě zvyšuje, jedná-li se o domácí péči poskytovanou tzv. neformálními poskytovateli. V neposlední řadě je nutné zmínit i to, že očekávání související s domácí péčí rostou s tím, jak se rozvíjí nové technologie (mHealth apod.) umožňující koordinaci péče a distanční monitoring potřebných na dálku.

Analytická část Koncepce DP popisuje na základě dostupných dat současný stav a vysvětluje jednotlivé aspekty domácí péče v ČR. Využívá demografická data pro popis cílové skupiny přijímané péče v domácí péči, sítě poskytovatelů domácí péče a oblast hlášení nežádoucích událostí. Základ analýzy tvoří data Národního zdravotnického informačního systému a Českého statistického úřadu. Tato data postihují hlavní demografické charakteristiky české populace, zejména celkový počet obyvatel, detailní věkovou strukturu, charakteristiky očekávané délky života i např. projekci vývoje věkové struktury obyvatelstva ČR až do roku 2050. Dále byly využity i analýzy publikované dříve ve Strategickém rámci rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030.

Stávající koncepce DP z roku 2004 nezohledňuje nové poznatky ošetřovatelství a individuální potřeby pacienta, věcné a technické vybavení i personální zabezpečení poskytovatele domácí péče, oblast specializačního a celoživotního vzdělávání a z něho vyplývající možnost posílení role a kompetencí sester v systému zdravotní péče.

2.1 Uživatelé péče

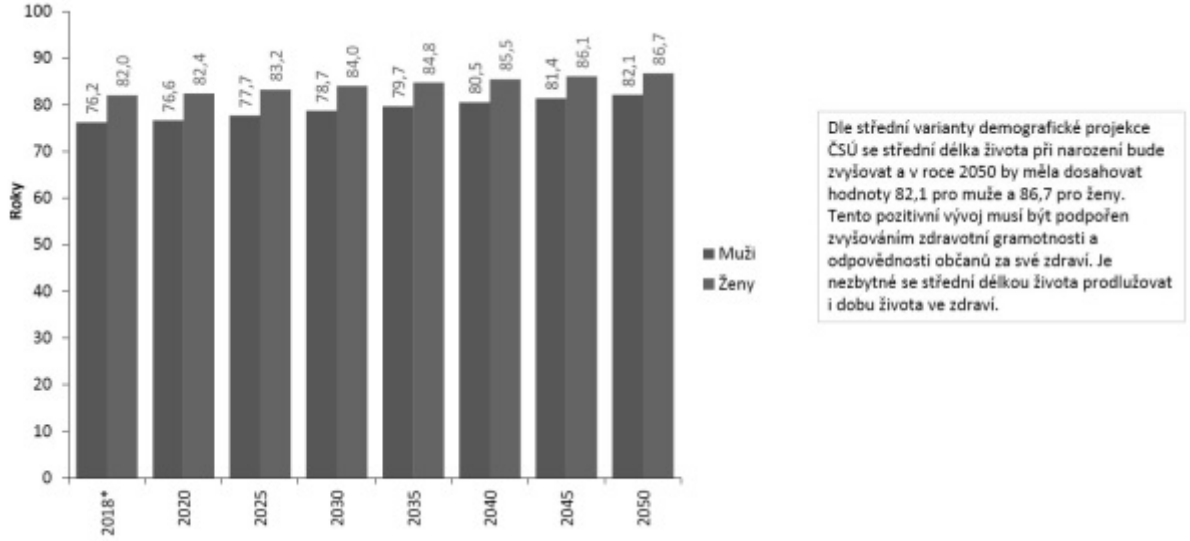
V úvodu analytické části jsou deklarovány výstupy observační studie poskytování domácí péče napříč evropskými zeměmi. Je zřejmé, a to z mnoha důvodů (příznivý vliv na psychiku pacienta, nulové riziko vzniku nákaz souvisejících s pobytem v lůžkové péči, lepší spolupráce pacientů, finanční náročnost), že pacient si raději vybere péči ve vlastním domácím prostředí.

Pro oblast domácí péče jsou rozhodující následující ukazatele zmiňované ve Strategickém rámci rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030:

Střední délka života dle roku narození v české populaci dlouhodobě narůstá (Graf 1). Hodnoty zjištěné u českých žen i mužů jsou nicméně stále nižší než průměr zemí EU. V roce 2017 byla střední délka života při narození u žen 82,0 let, což je o 1,8 roku více než v roce 2007, ale o 1,5 méně, než byl průměr EU v roce 2017. U mužů byla v roce 2017 střední délka života při narození 76,1 let, což je o 2,3 roku více než v roce 2007, ale o 2,2 méně, než byl průměr mužů EU v roce 2017.

Graf 1 Střední délka života při narození v ČR - projekce do roku 2050

EPIS

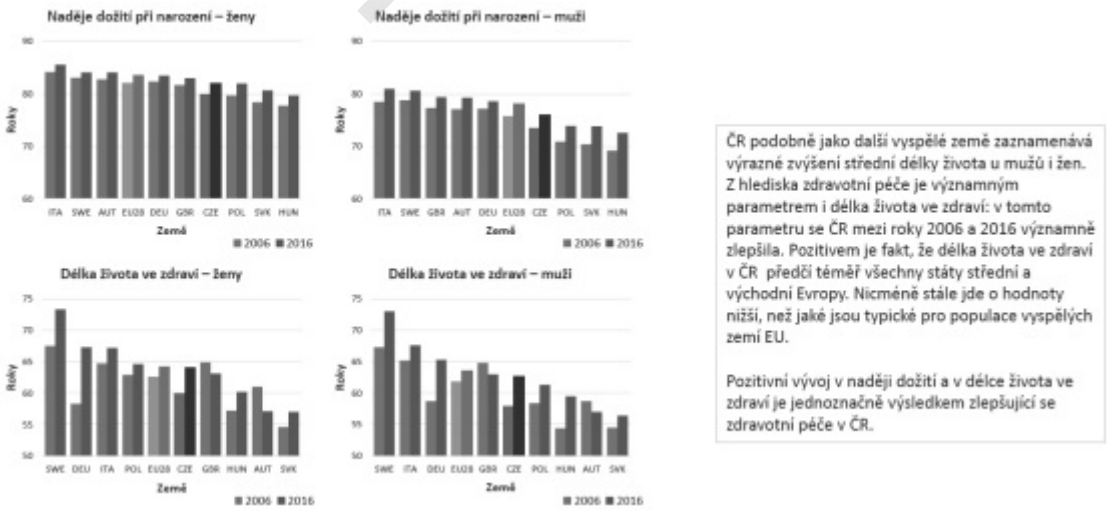


Zdroj: ČSÚ

Z hlediska zdravotní péče je významným parametrem **délka života ve zdraví**, v tomto parametru se ČR mezi roky 2006 a 2016 významně zlepšila. Pozitivem je fakt, že délka života ve zdraví u české populace předčí téměř všechny státy střední a východní Evropy. Nicméně stále jde o hodnoty nižší, než jaké jsou typické pro populace vyspělých zemí EU. Pozitivní vývoj v naději dožití a v délce života ve zdraví je jednoznačně výsledkem zlepšující se zdravotní péče v ČR.

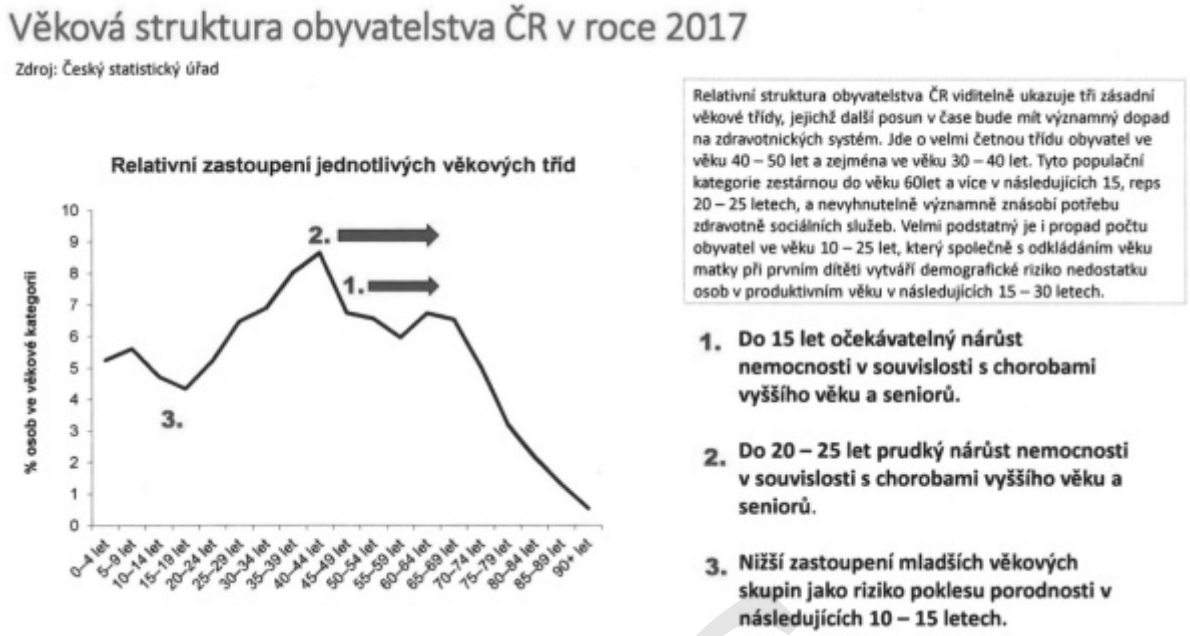
Celková mortalita vykazuje v období 2010-2017 mírně rostoucí trend, který je do značné míry dán stárnutím populace. Celkem 62 % všech úmrtí v ČR jsou úmrtí dlouhodobě nemocných pacientů bez akutní příčiny. Tento podíl představuje 66,6 tisíc pacientů ročně, kteří potenciálně mohou potřebovat dlouhodobou nebo paliativní péči. Většina zásadních a mezinárodně sledovaných parametrů mortality vykazuje v ČR hodnoty v čase se zlepšující. Mezinárodní srovnání v naději na dožití a délce života ve zdraví ukazuje Graf 2 níže.

Graf 2 Naděje dožití a délka života ve zdraví: mezinárodní srovnání v trendu



Eurostat Health Data base / Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030

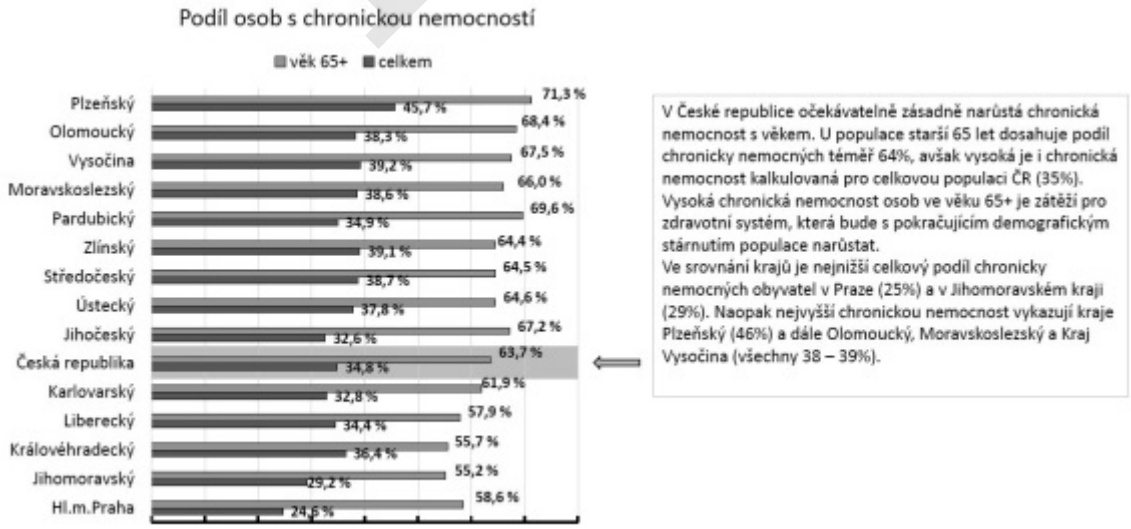
Graf 3 Věková struktura obyvatelstva ČR v roce 2017



Zdroj: ČSÚ / Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030

Vedle stárnutí populace a prodlužující se absolutní délky života má zásadní význam stále relativně krátká doba života ve zdraví (viz Graf 2 výše), tedy do první vážné nemoci. V ČR přibývá občanů, kteří trpí dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, což zvyšuje nároky na dostupné zdravotní a sociální služby poskytované současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru. Hovoříme o rostoucím podílu chronicky nemocných pacientů. V ČR pozorujeme s věkem významně narůstající chronickou nemocnost. U populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 64 %, avšak vysoká je i chronická nemocnost kalkulovaná pro celkovou populaci ČR (35 %). Vysoká chronická nemocnost osob ve věku 65+ je pro zdravotnický systém zátěží, která bude s pokračujícím demografickým stárnutím populace narůstat (Graf 4).

Graf 4 Chronická nemocnost



Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC

Zdravotní stav obyvatelstva představuje základní podmínku rozvoje společnosti, ekonomiky i jednotlivce. Uvedená data o stárnutí populace a zvyšování počtu chronických pacientů signalizují, že bude nutná koordinace péče mezi poskytovateli lůžkové a domácí péče a bude nezbytné

zefektivnit úhrady zdravotní péče směrem k poskytovatelům domácí péče.

2.2 Síť poskytovatelů domácí péče

Síť poskytovatelů zdravotních služeb je zajištěna všem pacientům, včetně místní a časové dostupnosti v součinnosti se zdravotním odborem příslušného krajského úřadu. Síť poskytovatelů domácí péče je tvořena poskytovateli zdravotních služeb, se kterými má **zdravotní pojišťovna uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb**. Tito poskytovatelé zdravotních služeb tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotních pojišťoven. Součástí sítě poskytovatelů zdravotních služeb mohou být i poskytovatelé domácí péče, kteří nemají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě služeb se zdravotní pojišťovnou a péče je hrazena přímou platbou pacienta v případě, že pacient není pojištěn nebo pokud si pacient vědomě a záměrně tuto péči u poskytovatele domácí péče zvolil. Síť poskytovatelů domácí péče je dle statistik ÚZIS (zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb a Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb) tvořena celkem 510 poskytovateli, přičemž celkový počet pracovišť domácí je 815 podle nasmlouvané odbornosti 925 (Tabulka 1).

Síť kontaktních pracovišť DP začala být v ČR budována po roce 1990 a přibližně od roku 2005 lze pozorovat stabilizaci sítě i rozsahu činností domácí péče, přičemž přetrvávají výrazné rozdíly mezi jednotlivými kraji.

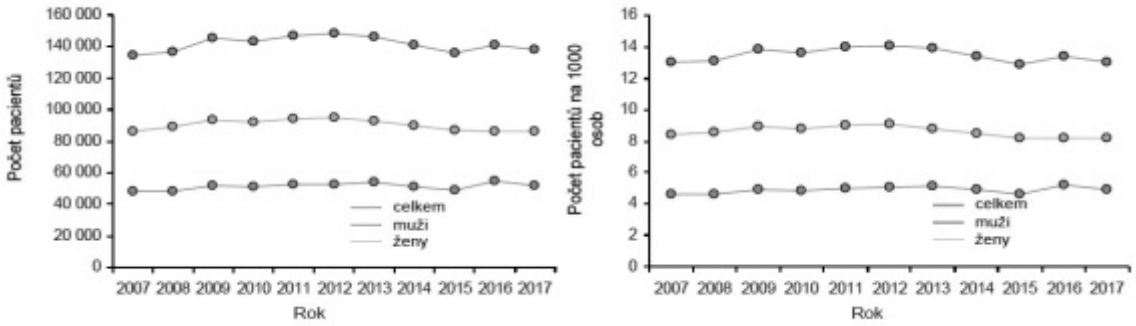
Tabulka 1 Počet pracovišť jednotlivých poskytovatelů dle rozložení v jednotlivých krajích za 2018

Kraj pracoviště	Počet
Hl. m. Praha	78
Středočeský kraj	104
Jihočeský kraj	66
Plzeňský kraj	49
Karlovarský kraj	25
Ústecký kraj	73
Liberecký kraj	28
Královéhradecký kraj	46
Pardubický kraj	45
Vysočina	35
Jihomoravský kraj	55
Olomoucký kraj	56
Zlínský kraj	45
Moravskoslezský kraj	110
Celkem	**815**

Zdroj: ÚZIS, NRHZS a NRPZS

Ročně je v domácí péči léčeno necelých 150 tisíc obyvatel (1,36 % populace v roce 2017), přičemž mezi kraji jsou výrazné rozdíly v počtu osob léčených v domácí péči. Nicméně nárůst počtu osob v domácí péčí v letech 2010-2017 je patrný ve všech krajích, ale s rozdílnou intenzitou. Ve Středočeském kraji narůstá počet osob v domácí péči o 6 % ročně, zatímco v Jihočeském a Karlovarském kraji je nárůst pouze o 1 % za rok (Příloha 1).

Graf 5 Pacienti v domácí péči



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí péče za období 2007-2017 NZIS report č. K/31(08/2018)

Tabulka 2 Počet pacientů domácí péče v roce 2018

Věk pacienta	**Počet**
0-4	45
5-9	89
10-14	61
15-19	110
20-24	276
25-29	380
30-34	514
35-39	716
40-44	1 300
45-49	1 676
50-54	2 533
55-59	3 738
60-64	7 095
65-69	12 164
70-74	19 403
75-79	24 036
80-84	27 370
85-89	28 657
90-94	14 177
95+	3 232
Celkem	**147 572**

Zdroj: ÚZIS, NRHZS a NRPZS

Ukazatele zmiňované ve Strategickém rámci rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 zdůrazňují velmi podstatnou variabilitu hodnot ukazatelů mezi regiony ČR. Tyto rozdíly se týkají i tak významného parametru, jakým je střední délka života při narození:

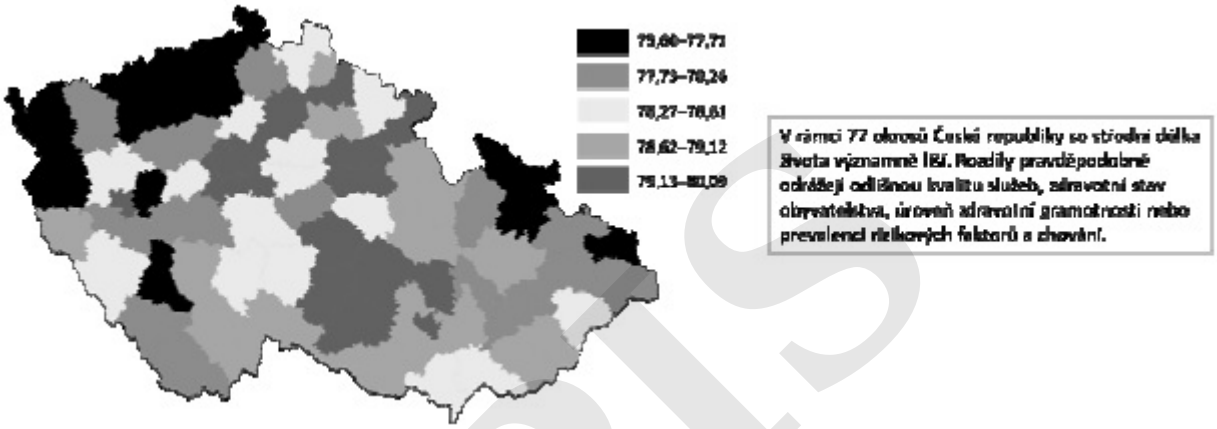
> Nejvyšší střední délka života při narození u mužů i žen byla za roky 2016-2017 zjištěna v Hlavním městě Praha (muži 78,1 let, ženy 82,7 let). Naopak nejnižší střední délkou života při narození se vyznačoval v případě mužů i žen Ústecký kraj (muži 74,1 let, ženy 79,8 let). Rozdíl mezi krajem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života činí 4 roky v případě mužů a téměř 3 roky v případě žen.
> Zjištěné rozdíly mezi regiony ČR jsou podstatné a statisticky významné. Hodnoty střední délky života tak mohou ukazovat na problémy životního stylu, nedostatečnou prevenci

EPIS

vážných chorob a také na rozdílnou dostupnost zdravotní péče v některých regionech. Jde o faktor hodný zřetele při formování zdravotních politik a strategií v jednotlivých regionech.

V rámci 76 okresů ČR se střední délka života významně liší. Geografické pokrytí poskytovatelů zdravotních služeb je rozloženo rovnoměrně. Rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví proto pravděpodobně odrážejí odlišnou kvalitu služeb, zdravotní stav obyvatelstva, nižší zdravotní gramotnost nebo prevalenci rizikových faktorů chování. Z těchto důvodů má velký význam meziresortní zaměření řady specifických cílů předloženého Strategického rámce Zdraví 2030, zejména pak integrace zdravotního, zdravotně-sociálního a sociálního sektoru služeb.

Obrázek 2 Délka života při narození - okresy ČR dle dat OECD



Zdroj: OECD / Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030

Studium rozdílů ve zdravotním stavu obyvatel mezi regiony ČR odhalilo jako jeden z dalších velmi vlivných determinantů **nerovnoměrný regionální vývoj sociální a demografické skladby obyvatel**, resp. vnitro-republikovou asymetrickou migraci obyvatel.

Z analýzy trendových změn 2010-2016 je zřejmý odlišný vývoj v počtu obyvatel v jednotlivých částech ČR. Oblast Slezska klesá v počtu obyvatel (v roce 2016 je velikost populace nižší než v roce 2010), stejný vývoj je zaznamenán i v krajích Čech, s výjimkou Středočeského kraje a Hlavního města Prahy. Rovněž oblast Moravy vykazuje růst v počtu obyvatel.
Migrace obyvatel v ČR mezi roky 2016 a 2010 má kladné saldo především v okolí velkých měst, i když vývoj není ve všech krajích stejný. Při porovnání krajských měst je zaznamenán především nárůst v počtu obyvatel v Praze a jejím okolí, Brně, Liberci, Plzni a Olomouci. Záporné saldo v počtu obyvatel mají města Zlín, Pardubice, Jihlava, České Budějovice, Hradec Králové, Karlovy Vary, Ústí nad Labem a Ostrava. Lze očekávat, že bez intervencí státu k udržení obyvatel v menších městech, může docházet k přetlaku na zdravotní služby v některých krajských městech, kde je saldo migrace kladné. To se týká především Prahy, kde jsou zdravotní služby z velké části využívány i obyvateli Středočeského kraje a dalších regionů. V důsledku meziregionální migrace je podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí v krajích ČR velmi nerovnoměrně rozložený, což může nepřímo negativně ovlivňovat i dostupnost zdravotní péče (problémy s dostupnou kapacitou lékařů v krajích s nízkým podílem vysokoškoláků).
Střední délka života v okresech ČR významně negativně koreluje s mírou registrované nezaměstnanosti a podílem obyvatelstva s pouze základním vzděláním. Výsledky dosud provedených analýz tak ukazují na význam preventivních programů a programů zvyšování zdravotní gramotnosti zejména v sociálně slabších skupinách obyvatel.

Z výběrových řízení jednotlivých krajských úřadů vyplývá skutečnost, že v příhraničních oblastech je nedostatečná síť poskytovatelů domácí péče. Při plánování dostatečné sítě poskytovatelů domácí péče je nutné nejen zohlednit demografický vývoj společnosti, ale také posílit personální kapacity zdravotnických pracovníků poskytujících tento druh péče. Pro nastavení optimální sítě poskytovatelů domácí péče je nutné brát v potaz i odbornost sestry 911, která má nezastupitelnou roli při poskytování ošetřovatelské péče pacienta ve vlastním sociálním prostředí, zejména v nedostupných lokalitách.

Tabulka 3 Počet ošetřených pacientů v domácí péči podle krajů v roce 2018

Kraj pracoviště	Počet
Hl. m. Praha	13 491
Středočeský kraj	16 282
Jihočeský kraj	9 335
Plzeňský kraj	6 986
Karlovarský kraj	4 167
Ústecký kraj	12 895
Liberecký kraj	6 561
Královéhradecký kraj	12 949
Pardubický kraj	10 941
Vysočina	6 680
Jihomoravský kraj	14 359
Olomoucký kraj	7 445
Zlínský kraj	5 475
Moravskoslezský kraj	19 544
neuveden	1 297

Zdroj: ÚZIS, NRHZS a NRPZS

Faktorem nejvýznamněji determinujícím potřeby zdravotní péče je stárnutí české populace, které bude do budoucna určujícím i pro vývoj v oblasti domácí péče a očekávatelné potřeby zdravotních služeb. S prodlužováním střední délky života je nutné prodlužovat i dobu života ve zdraví. Dopad stárnutí již dnes představuje výzvu pro kapacitu poskytování dlouhodobé péče. Rozvoj domácí péče nabízí alternativu k poskytování lůžkové péče.

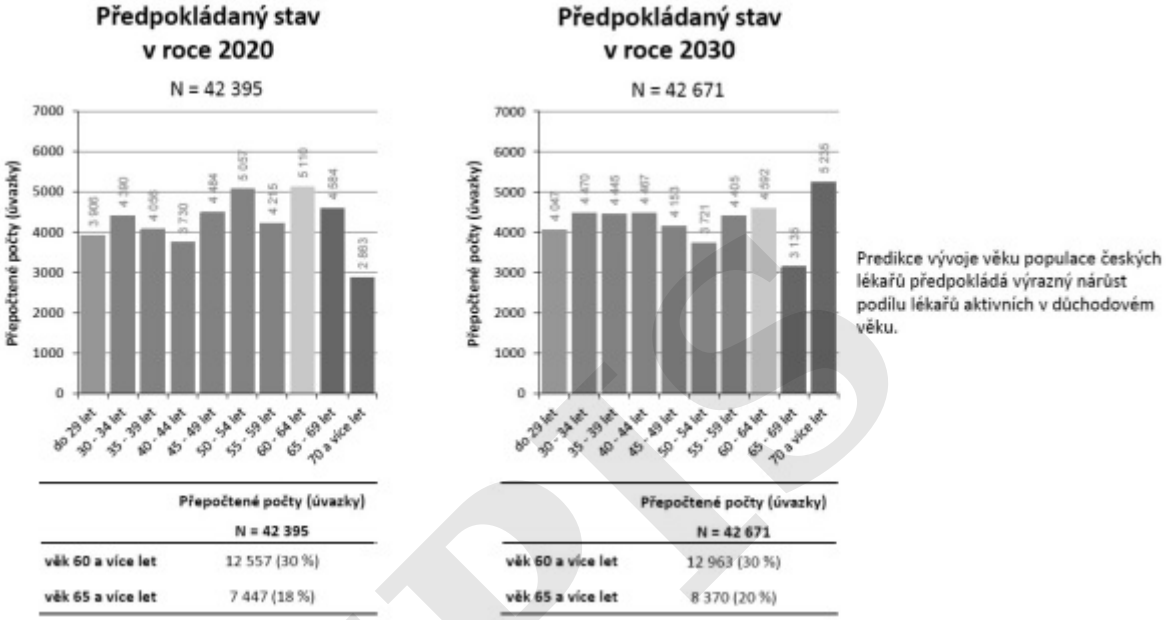
Analytickou část doplňují absolutní počty pacientů domácí péče v časovém trendu, standardizované počty pacientů oboru domácí péče v časovém trendu, standardizované počty pacientů oboru domácí péče v regionálním srovnání v roce 2017, které deklarují potřebnost podpory poskytování domácí péče v následujících letech (Přílohy 2, 3, 4).

2.3 Kompetence sester domácí péče a překážky výkonu ošetřovatelské péče

Oblast domácí péče je jedním z úseku zdravotní péče, na níž může mít vliv klesající kapacita praktických lékařů (klesající dostupnost praktických lékařů v menších sídlech /<2000 obyvatel/ a v méně atraktivních oblastech republiky, jejich vysoký věk v přibližně 30 % ambulancí. Přestože je počet lékařů v současné době poměrně vysoký, vysoký průměrný věk lékařů může brzy vést k omezení nabídky, které ovlivní pokrytí a kvalitu péče. Každoroční produkce českých lékařských fakult sice v současnosti pokrývá odchody lékařů do důchodu, ale roční pozitivní přírůstek do systému je pouze +250 až +350 plných úvazků lékařů, z nichž podstatnou část absorbuje akutní lůžková péče. Vzhledem k připravované reformě primární péče a s ní spojené snaze o rozšíření kompetencí praktických lékařů ve spektru poskytovaných služeb a posílení role primární péče v managementu chronických onemocnění, lze s vyšší mírou pravděpodobnosti předpokládat ochotu

lékařské obce podporovat návrhy na posílení role sester, a to s ohledem na příklady dobré praxe. Postupné posilování role sestry a přenesení odpovědnosti v oblasti prevence, monitorování, řízení osob s chronickými onemocněními, indikace a preskripce vymezených zdravotnických prostředků, vystavování opakovaných předpisů, které již dříve předepsal lékař, může být jednou z možností podpory posílení kompetencí praktických lékařů, aby praktičtí lékaři mohli zvládat a léčit pacienty se závažnějšími onemocněními.

Graf 6 Predikce vývoje věku aktivních lékařů



Zdroj: NR-ZP / Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030

Vymezení obsahu a rozsahu povolání sestry vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Sestra má zcela samostatnou roli při poskytování vlastní ošetřovatelské péče, tj. zjednodušené při péči o potřeby pacienta, ke které nepotřebuje indikaci lékaře. Dále se sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitačním ošetřování, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči. Sestra tyto činnosti vykonává na základě indikace lékaře. Činnosti pod odborným dohledem lékaře sestra DP nevykonává.

Přestože indikující lékař není odborníkem na ošetřovatelskou péči a jeho role v systému zdravotní péče je zcela odlišná, i když v rámci týmu mají se sestrami společný cíl, a to uzdravení pacienta, indikuje domácí péči, včetně obsahu a rozsahu péče, lékař. Práce sestry v DP, přestože je sestra považována za autonomního odborníka pro poskytování ošetřovatelské péče, je v oblasti stanovení rozsahu a obsahu ošetřovatelské péče omezena. Lékař v rámci indikace domácí péče do poukazu na ošetření DP vyplňuje nejenom medicínské zdůvodnění a očekávaný cíl DP, ale určuje i požadovaný výkon, slovní specifikaci požadavku, včetně požadovaného počtu výkonů v jednom dni a požadované frekvence v týdnu. Indikace ošetřovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí (vyplňování Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06) je v současnosti plně v kompetenci ošetřujícího lékaře. Lékař rozhodne o rozsahu a obsahu ošetřovatelské péče a sestra DP až na základě této indikace, resp. pokynu, vykonává zdravotní péči. Sestra vstupuje do vlastního sociálního prostředí pacienta a v rámci stanovení ošetřovatelského procesu zjišťuje ošetřovatelské problémy pacienta,

které se mohou odlišovat od indikace lékaře. Často dochází k rozporům mezi indikací lékaře a skutečnými ošetřovatelskými problémy u pacienta. Při přehodnocení rozsahu a obsahu ošetřovatelské péče je nutné provedení změny lékařem. Tyto situace přinášejí zvýšené nároky na administrativu a čas zdravotnických pracovníků. Finanční náklady nejsou efektivně využívány.

Rozsah a obsah ošetřovatelské péče významně souvisí i se samostatností sestry při vyšetřování pacienta ve vlastním sociálním prostředí. Tato samostatnost při výkonu povolání sestry je částečně omezena současnou indikací lékařem, přesto praxe ukazuje, že sestra při hodnocení stavu pacienta musí reagovat na skutečný stav pacienta a provést některá vyšetření samostatně dle své odborné způsobilosti.

Sestra je odborníkem na ošetřovatelskou péči. Při svých návštěvách hodnotí i sociální prostředí z důvodu pravidelných ošetřovatelských návštěv, a proto je nejvhodnějším ze zdravotnických pracovníků, který by mohl ve spolupráci s praktickým lékařem provádět indikaci a preskripci vymezených zdravotnických prostředků, současně by se znalost zdravotního stavu a vlastního sociálního prostředí pacienta využila k poskytnutí preventivní péče a edukaci pacientů nebo jejich příbuzných/blízkých. V rámci poskytování ošetřovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí se sestra setkává se změnami ve zdravotním stavu pacienta (např. hypoglykémie, neprůchodný močový katétr u muže, zhoršení rány, dušnost) a na změny reaguje tak, že podle zdravotního stavu pacienta informuje ošetřujícího lékaře nebo aktivuje ZZS. Při odesílání pacienta v rámci systému zdravotní péče může docházet k nadměrnému zatěžování jak ambulantní složky lůžkové péče, tak i ZZS. Sestra je již prostřednictvím zvláštní odborné nebo specializované způsobilosti k některým výkonům způsobilá, avšak tuto svoji kompetenci nemůže v praxi využít.

2.4 Problematika financování domácí péče

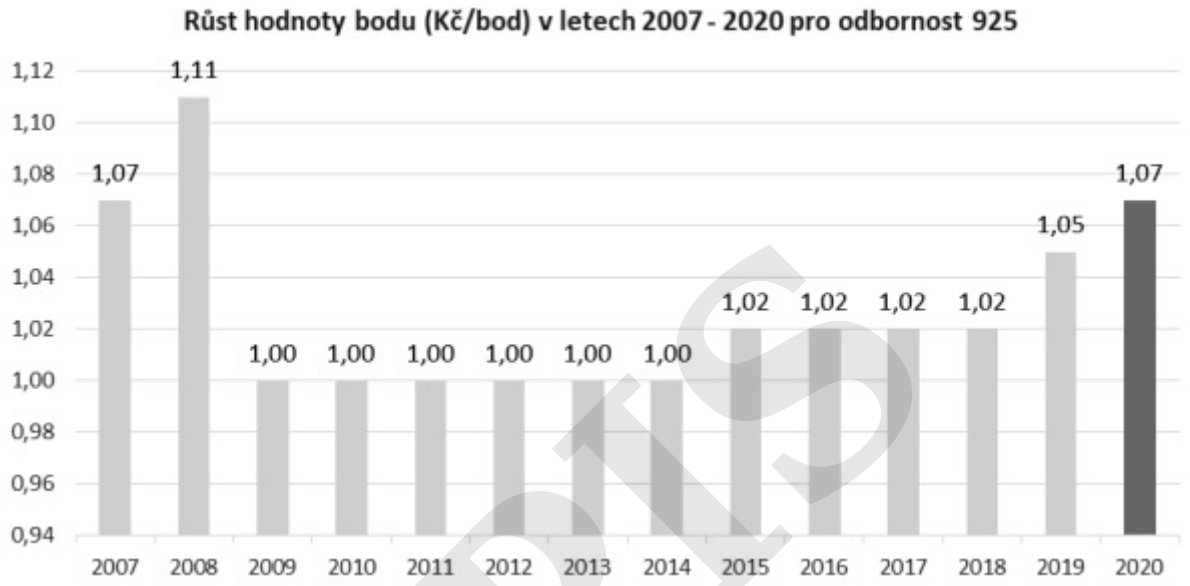
Velmi diskutovanou oblastí v rezortu zdravotnictví v posledních letech je financování domácí péče. Domácí péče je financována zejména z veřejného zdravotního pojištění. Financovaní domácí péče se řídí platnými právními předpisy. Vícezdrojové financování domácí péče je možné prostřednictvím účasti na projektech, grantech, dotacích, přímou úhradou od pacienta, dary a do budoucnosti také spolufinancováním ze strany MPSV. Poskytovatelé domácí péče, kteří nemají uzavřenou smlouvu, mohou péči poskytovat za přímou platbu (úhradu) od pacienta, která reálně odpovídá úhradám nákladu a přiměřeného zisku v domácí péči.

Základem financování DP je indikace ošetřujícího lékaře a každoročně vydávaný seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. **Úhrada DP je prováděna na základě smluvního vztahu mezi poskytovateli domácí péče a zdravotními pojišťovnami v případě, že je poskytována pouze v rozsahu odborných výkonů domácí péče**. Současná situace je taková, že zdravotní pojišťovny a poskytovatelé domácí péče mají smluvní volnost. To znamená, že zdravotní pojišťovny nastavují takové úhrady, aby měly dostatečnou síť poskytovatelů domácí péče k zajištění místní a časové dostupnosti zdravotních služeb pro své pojištěnce. Maximální rozsah frekvence DP hrazené z fondu zdravotního pojištění je stanoven na tři hodiny odborné péče denně. U pacienta v terminálním stavu vyžadující změnu frekvence ošetřovatelské péče náleží registrujícímu lékaři rozhodnutí o zvýšení frekvence výkonu a výkony jsou vykazovány s frekvencí odpovídající akutní potřebnosti (signální výkon ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu). Financování DP je možné i přímou platbou pacienta - u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění, nebo u pacientů, u kterých zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah s poskytovatelem domácí péče, pokud pacient vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení, ev. navrhnout řešení v souladu s Akčním plánem Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče.

Domácí péče byla značnou dobu méně preferovaná než ostatní segmenty ve zdravotnictví,

např. akutní lůžková péče. Úhrady domácí péče kontinuálně rostly po celou dobu existence tohoto segmentu, byť v některých letech byl růst menší než v segmentu lůžkové péče. Financování domácí péče bylo ovlivňováno vznikem nových poskytovatelů domácí péče, do systému pronikalo více pacientů ve vlastním sociálním prostředí a tím docházelo k postupnému snížení průměrné úhrady za pojištěnce. Níže je uveden vývoj hodnoty bodů od roku 2007 pro odbornost 925 - domácí péče (Graf 7).

Graf 7 Změny hodnoty bodu v letech 2007-2020 pro odbornost 925



Zdroj: Vlastní zpracování

Zdravotní pojišťovny v roce 2018 a 2019 přistoupily k bonifikačním dodatkům pro jednotlivé poskytovatele, kteří mají s pojišťovnou uzavřenou smlouvu. Dle podmínek uvedených v dodatcích, poskytovatelé měli uhrazenou veškerou péči, tedy úhrada byla výkonová bez regulací. V úhradové vyhlášce pro rok 2020 došlo k výraznému nárůstu finančních prostředků pro segment domácí péče oproti ostatním segmentům. V úhradové vyhlášce na rok 2020 došlo k nárůstu finančních prostředků i nových bonifikačních mechanismů pro poskytovatele DP. V úhradové vyhlášce pro rok 2020 je nově bonifikace za ošetření pacientů s vybranými diagnózami. Pokud poskytovatel DP splní podmínky této bonifikace, úhrady se mu zvýší o 3,7 %. Již druhým rokem jsou v úhradové vyhlášce bonifikováni poskytovatelé DP, kteří mají více pacientů o víkendech a v době mezi 22. a 6. hodinou a pacientů s materiálovými výkony. Dle zdravotně pojistných plánů pojišťoven činí meziroční navýšení úhrad o 34 %. I přes bonifikaci poskytovatelů DP pečující o pacienty s materiálovými výkony stále přetrvává podhodnocenost úhrad za tyto materiálové výkony. Nad rámec úhradových navýšení dosažených pro rok 2020 je očekávána pro rok 2021 změna materiálových výkonů, která povede k dalšímu navýšení úhrad segmentu domácí péče.

V rámci prezentace vývoje úhrad domácí péče je nutné uvést, že došlo k významnému navýšení bodů za výkony ošetřovacích návštěv, v průměru o 80 % meziročně (u typu I. ze 40 na 71 (+78 %); u typu II. z 59 na 107 (+81 %); u typu III. ze 79 na 143 (+81 %) a u typu IV. 20 na 36 (+80 %), vše bez režie). Reálně se od roku 2007 úhrady segmentu domácí péče téměř ztrojnásobily, nicméně stále neodpovídaly reálné hodnotě. Z tohoto důvodu došlo v roce 2019 k zohlednění faktu a bylo do segmentu domácí péče přidáno nejvíce financí v rámci rezortu zdravotnictví. Tento vývoj dokumentuje Graf 8.

Graf 8 Kumulativní růst úhrad od roku 2007

Zdroj: MZ ČR

Domácí péči je nutné řešit systémově, jen finanční prostředky nepomohou. Bártlová (2005) uvádí, že systémy zdravotní péče v Evropě vychází při financování zdravotní péče z tradičního principu sociální rovnosti. Zdravotní péče je jedním z občanských práv, které je stát povinen garantovat i zajištěním financování. Spravedlnost je důležitou prioritou zdravotní politiky. Znamená právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet se a udržovat svůj potenciál zdraví. Je vyjádřena rovným, stejným přístupem k léčbě pacientů bez ohledu na jejich platební schopnost nebo sociální postavení. Současně znamená, že i poskytovatel DP musí být financován takovým způsobem, aby pacientovi byl schopen poskytnout adekvátní péči v nemoci za dodržení všech podmínek.

Potenciální problematické aspekty financování DP lze spatřovat v následujících oblastech:

Problematika správného nacenění materiálových výkonů a jejich skladba.
Rozdílné ohodnocení práce sestry v domácí péči a v ostatních podobných segmentech.
Finanční prostředky určené na platy sester často suplují peníze na zdravotnický materiál.
Problematika nastavení režie v DP.
Problematika získávání financí z různých grantů, projektů.
Problematika rozdílné revizní činnosti pojišťoven.
Poskytování DP a podnikatelská činnost.
Dohodovací řízení - probíhá ve skupině různých odborností.
Zastupování segmentu domácí péče při dohodovacím řízení.
Koordinátor segmentu odbornosti 925 pro dohodovací a jiná řízení (např. krajské úřady, pojišťovny, MZ ČR).

Oblast financování domácí péče není oblastí, kde by bylo možné dosáhnout významných úspor plošnými škrty. V konečném důsledku domácí péče šetří finanční prostředky různým formám zdravotní péče, zejména lůžkové.

2.5 Hodnocení kvality domácí péče

Nedílnou součástí organizace a poskytování domácí péče by mělo být sledování kvality ošetřovatelské péče. Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů domácí péče, jejich incidence a vypořádání vycházejí stejně jako u ostatních poskytovatelů zdravotní péče z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ze dne 9. června 2009 (2009/C 151/01), zejména z bodu 1 (Podporovat zavedení a rozvoj vnitrostátních politik a programů pro bezpečnost pacientů), 3 (Podporovat

zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informování o nežádoucích událostech) a 5 (Zajistit klasifikaci a měření bezpečnosti pacientů na úrovni Společenství) v oddíle Doporučení k obecným otázkám bezpečnosti pacientů.

Je doporučeno, aby každý poskytovatel domácí péče měl určeného manažera kvality, který bude za kvalitu ošetřovatelské péče odpovědný.

Poskytování domácí péče podléhá právním normám, které definují, pro koho je domácí péče určena, za jakých podmínek a v jakém rozsahu lze tuto péči poskytovat. Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2004 vydalo Koncepci domácí péče ve Věstníku MZ ČR č. 12/2004, kde byla definována metodická opatření k zajištění jednotného postupu v poskytování domácí péče. Taktéž je třeba, aby každý poskytovatel domácí péče důsledně dbal na dodržování Národních ošetřovatelských postupů, které byly v roce 2020 vydány Ministerstvem zdravotnictví.

Sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb je v době vydání Koncepce DP zakotveno následovně:

§47 odst. 3 písm. a) až c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů - požadavek na interní hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, návazně pak postupem uveřejněným ve Věstníku MZ ČR;
Věstník MZ ČR č. 16/2015 - Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb;
Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů;
Věstník MZ ČR č. 12/2004 - Koncepce domácí péče, metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče;
Věstník MZ ČR č. 7/2018 - Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče. Ministerstvo zdravotnictví ve snaze podpořit sledování nežádoucích událostí na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb zajišťuje prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) sběr dat a metodickou podporu v Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) na centrální úrovni.

V současné době existuje pro oblast hodnocení kvality pouze vyhláška řešící hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče. Do budoucna je vhodné předpokládat vydání či úpravu příslušné vyhlášky ve vztahu k domácí péči.

Od roku 2017 byli někteří poskytovatelé DP dobrovolně zapojeni do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí pilotním projektem. Projekt byl dobrovolný, přičemž odpovídal možnostem akceptovat mezinárodní klasifikaci NU (International Classification for Patient Safety) využívanou v rámci centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí. Byly vydány obecné metodické materiály pro sledování a hlášení nežádoucích událostí a metodické materiály dle typu NU - Dekubitus a Pád a další. Aktuálně bylo do pilotního projektu zapojeno 12 poskytovatelů DP. Od 1.7.2017 proběhly čtyři pilotní sběry dat. Částečné výsledky jednotlivých pilotních sběrů prezentujeme v následujících grafech.

Tabulka 4 Sledování údajů o NU-1. pilotní sběr dat

Sledování údajů o nežádoucích událostech

období 07-09/2017

	Celkem	DP1	DP2	DP3	DP4	DP5	DP6	DP7
Pády	7	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle rizika pádu	6	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano
Dekubity	7	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle místa péče	7	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle rizika dekubitu	6	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano
Neočekávané zhoršení klinického stavu	7	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- detailně (volání RZP/IZS, odmítnutí péče)	7	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Medikace / i.v. roztoky	6	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano
Jiné NU	6	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano

Zdroj: ÚZIS ČR, SHNU

Tabulka 5 Sledování údajů o NU- 2. pilotní sběr dat

Sledování údajů o nežádoucích událostech

období 03-05/2018

Celkem N = 13 ADP

	Počet sledujících ADP (úplnost sledování v %)	DP01	DP02	DP03	DP04	DP05	DP06	DP07	DP08	DP09	DP10	DP11	DP12	DP13
Pády	12 (92,3 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
- dle rizika pádu	11 (84,6 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ne
Dekubity	12 (92,3 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano
- dle místa péče	11 (84,6 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano
- dle rizika dekubitu	11 (84,6 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano
Neočekávané zhoršení klinického stavu	12 (92,3 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano
- NU detailně (volání RZP/IZS, odmítnutí péče)	11 (84,6 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano
Medikace / i.v. roztoky	8 (61,5 %)	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ne
Chování osob	12 (92,3 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano
- NU detailně	11 (84,6 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano
Jiné NU	10 (76,9 %)	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne

Zdroj: ÚZIS ČR, SHNU

Tabulka 6 Sledování údajů o NU-3. pilotní sběr dat

Sledování údajů o nežádoucích událostech

období 09-11/2018

Celkem N = 9 ADP

	Počet sledujících ADP (úplnost sledování v %)	DP01	DP02	DP03	DP06	DP07	DP09	DP10	DP12	DP13
Pády	**8 (88,9 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
- dle rizika pádu	8 (88,9 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Dekubity	**9 (100,0 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle místa péče	9 (100,0 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle rizika dekubitu	9 (100,0 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Neočekávané zhoršení klinického stavu	**8 (88,9 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano
- NU detailně (volání RZP/IZS, odmítnutí péče)	8 (88,9 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano
Medikace / i.v. roztoky	**8 (88,9 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Chování osob	**8 (88,9 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano
- NU detailně	8 (88,9 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano
Jiné NU	**7 (77,8 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ne

Zdroj: UZIS CR, SHNU

Tabulka 7 Sledování údajů o NU-4. pilotní sběr dat

Sledování údajů o nežádoucích událostech

období 08-10/2019

Celkem N = 15 ADP

	Celkem	DP01	DP02	DP03	DP04	DP06	DP07	DP09	DP12	DP13	DP14	DP15	DP16	DP17	DP18	DP19
Pády	**14 (93,3 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle rizika pádu	14 (93,3 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Dekubity	**15 (100 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle místa péče	15 (100 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
- dle rizika dekubitu	15 (100 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Neočekávané zhoršení klinického stavu	**14 (93,3 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
- NU detailně (volání RZP/IZS, odmítnutí péče)	14 (93,3 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Medikace / i.v. roztoky	**13 (86,7 %)**	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Chování osob	**14 (93,3 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
- NU detailně	14 (93,3 %)	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Jiné NU	**11 (73,3 %)**	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ano	ne

Zdroj: ÚZIS ČR, SHNU

Pilotní projekt sběru dat přinesl první výsledky a současně i mnoho otázek, například na rozlišení NU vzniklých v přímé a nepřímé péči poskytovatele DP. Celkový počet pacientů ve sledovaných obdobích byl 14 158. Z prezentovaných závěrů analýz dat SHNU vyplývá, že rozdíly počtu předaných/hlášených NU jsou ovlivněny celkovým počtem ošetřovaných pacientů u jednotlivých poskytovatelů DP zapojených v SHNU, což také může souviset s case mixem pacientů. Výsledky pilotního projektu budou zohledněny při naplňování strategického cíle 3, rozpracovaného v kapitole 3.3.

EPIS

2.6 Poskytování domácí péče ve vybraných zemích EU

Analytická část týkající se poskytování domácí péče ve vybraných státech EU zahrnuje poznatky o poskytování domácí péče ve Slovenské republice, Spolkové republice Německo, Nizozemí a Spojeném království Velké Británie a Severního Irska, byly využity zejména materiály z projektu „Systém vzdělávání v komunitní péči a zajištění kvality poskytované zdravotní péče“, reg. č.: CZ.1.04/1.1.00/D3.00003 spolufinancovaným z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky s doplněním o aktuální informace relevantních zahraničních ministerstev zdravotnictví. Byly použity podklady zveřejněné způsobem umožňujícím dálkový přístup. V rámci součinnosti byla při zpracování úkolu oslovena národní koordinátorka pro uznávání odborných kvalifikací na MŠMT. Domácí péče je v každé z vybraných zemí Evropy specifická a odlišná. Odlišnost spočívá především v rozdílnosti indikace péče, v propojení zdravotních a sociálních služeb a v kompetencích sester. Dostupnost péče je shodná pro všechny uvedené země, a to 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce.

Jak blíže uvádí Tabulka 8 níže, k poskytování DP je v České republice, Slovenské republice a Spolkové republice Německo kompetentní sestra. Naproti tomu v Nizozemí péči poskytují registrované sestry nebo sestry s bakalářským titulem. Ve Velké Británii tuto péči poskytují registrované a praktické sestry. Registrovaná sestra je sestrou, která splňuje vysoké nároky na registraci regulatorního orgánu, ve svém oboru je špičkovou odbornicí. Praktická sestra ve Velké Británii je sestrou s nejvyšší kompetencí.

Tabulka 8 Základní charakteristiky pro poskytování DP ve vybraných státech EU

Země	Vzdělání	Indikace péče	Propojenost zdravotní a sociální péče	Dostupnost
Česká republika	- všeobecné sestry (SŠ, VOŠ, VŠ) - sestra specialistka	- praktický lékař - ošetřující lékař v nemocnici	- není (zdravotní a sociální péče fungují odděleně)	24/7/365
Slovenská republika	- všeobecné sestry (SŠ, VOŠ, VŠ) - sestra specialistka	- praktický lékař - ošetřující lékař v nemocnici - všeobecná sestra - porodní asistentka - příbuzný	- není (zdravotní a sociální péče fungují odděleně)	24/7/365
Spolková republika Německo	- všeobecné sestry (VOŠ s tit. Bc.) - registrované sestry	- praktický lékař - ošetřující lékař v nemocnici	- systémy propojené	24/7/365
Nizozemsko	- registrované všeobecné sestry - všeobecné sestry s VŠ (Bc.)	- zdravotní sestry - rodina - praktický lékař - lékař v nemocnici - sousedi	- systémy propojené a vysoce funkční	24/7/365
UK	- registrované všeobecné sestry - praktické sestry	- praktický lékař - praktická sestra - registrovaná sestra	- systémy propojené a vysoce funkční	24/7/365

EPIS

Zdroj: Vlastní zpracování

Z hlediska indikace DP jsou patrné odlišnosti mezi jednotlivými zeměmi. V České republice a Spolkové republice Německo DP ordinuje praktický lékař nebo ošetřující lékař v nemocnici. Na Slovensku může DP indikovat i sestra, požadavek může vznést i rodina pacienta. V Nizozemí DP indikuje praktický lékař, lékař v nemocnici či sestra, požadavek mohou vznést i sousedé pacienta. Ve Velké Británii je péče indikována praktickým lékařem nebo praktickou či registrovanou sestrou.

Propojenost systému zdravotní a sociální péče je dalším faktorem, který ovlivňuje funkčnost DP v konkrétní zemi. V České a Slovenské republice tyto systémy fungují odděleně, což způsobuje značné potíže pro cílové poskytovatele DP i pacienty, a to jak z hlediska překrývání kompetencí, tak nepružností celého systému péče o pacienta ve vlastním sociálním prostředí. Z toho vyplývají každodenní problémy na rozhraní obou systémů, deformované vazby, poruchy v kontinuitě péče. Odlišná pravidla v přístupu k veřejným prostředkům v obou oblastech zhoršují efektivitu hospodaření i kvalitu výsledné péče. Ve Spolkové republice Německo tyto systémy kooperují. Vysoce **funkční propojenost obou systémů** je zřejmá v Nizozemí i ve Velké Británii, což v praxi **znamená větší efektivitu poskytované péče**.

Kompetencí rozumíme předpoklad či schopnost zvládat určitou činnost, představuje souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot umožňujících uplatnění sestry. **Kompetence sester** po získání odborné způsobilosti v jednotlivých zemích při poskytování domácí péče jsou v uvedených zemích rozdílné. V České i Slovenské republice jsou kompetence sester jasně legislativně definovány, a to jak po získání odborné způsobilosti, tak po získání specializované způsobilosti, ve Slovenské republice jsou definovány kompetence sester s pokročilou praxí, tzn. sester po získání vysokoškolského magisterského vzdělání v oboru ošetřovatelství nebo bakalářského vzdělání a specializace v příslušném oboru. V obou těchto zemích jsou kompetence sester definovány konkrétně, tzn., jsou uvedeny výkony prováděné samostatně bez indikace lékaře, s indikací lékaře a pod odborným dohledem lékaře. V ostatních uvedených zemích EU nejsou kompetence sester takto podrobně stanoveny, jedná se o obecně vymezené oblasti činností sester. Komparace kompetencí, ve vztahu ke kompetencím sester v České republice, byla uskutečněna pouze se Slovenskou republikou, kde jsou činnosti sester explicitně stanoveny. Kompetence sester po získání odborné a specializované způsobilosti v ČR i na Slovensku jsou v podstatě totožné. Na rozdíl od sester v České republice mohou navíc slovenské sestry již po získání odborné způsobilosti indikovat domácí péči. Rozsah činností poskytovaných sestrou s pokročilou praxí jsou vymezeny jako činnosti samostatné s vyššími kompetencemi než v ČR, např. sestra navrhuje a indikuje intervence a postupy v rámci poskytování ošetřovatelské péče jednotlivci, rodině i komunitě, indikuje odběr biologického materiálu po konzultaci s lékařem, indikuje a předepisuje zdravotnické pomůcky související s poskytováním ošetřovatelské péče, indikuje ošetření primárně se hojící rány. Jako v ČR, tak i na Slovensku jsou legislativně specifikovány jednotlivé výkony, které sestra DP vykonává, a sice pro ČR je to Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, na Slovensku Katalog zdravotních výkonů.

Závěr

Současné postavení domácí péče v ČR a její rozvoj do budoucnosti je ovlivněno problematikou řešení následné, dlouhodobé/integrované a domácí péče, zdravotně- sociálního pomezí. Dalšími faktory, které ovlivňují současný stav DP, je aktuální nedostatek zdravotnických pracovníků, systém jejího financování, rozdílná materiálová vybavenost kontaktních pracovišť domácí péče, stále přetrvávající dezinformace o poskytování péče v rámci DP, nedostatečná informovanost laické i odborné veřejnosti apod., přestože některé oblasti jsou v posledních letech cílem jednání na různých úrovních a hledání jejich řešení v rámci implementace Strategického rámce Zdraví 2030. Záměrem do dalších let je zajištění dostupné zdravotní péče všem občanům ČR bez ohledu

na jejich sociální a geografické prostředí při současné podpoře občana v zájmu o udržení a zlepšování svého zdravotního stavu. V rámci této vize je kladen důraz i na optimalizaci zdravotnického systému za účelem zvýšení jeho efektivnosti a dopadů v souvislosti s demografickými změnami, jež zdravotnický systém výrazně ovlivňují. Potřeby těchto osob se neomezují jen na zdravotní složku, ale je nutné řešit i jejich sociální problémy. Jak vyplývá ze Strategického rámce Zdraví 2030, v tomto smyslu hovoříme o integrované péči, která je komplexním systémem péče nabízející možnosti plánování, realizace, koordinace a hodnocení v uceleném pohledu na individuální potřeby pacienta a poskytující mu potřebnou míru podpory napříč mnoha rovinami jeho života. V horizontální rovině je vnímána jako spolupráce poskytovatelů na stejné úrovni a zahrnuje intenzivní spolupráci multidisciplinárních týmů. Ve vertikální rovině je péče poskytována různými poskytovateli na různých úrovních péče.

Jednu z důležitých komponent představuje v rámci integrované péče systém zdravotně sociální péče, který zohledňuje celistvost potřeb pacienta a je schopen mu poskytovat v jednom komplexu podporu ve zdravotní i sociální rovině. Integrace zdravotní a sociální péče je koncept, který v podmínkách zdravotního a sociálního systému ČR není zatím dostatečně akcentován, přestože péče o osoby, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, vykazuje závažné nedostatky. Tyto nedostatky pramení především v nepropojenosti obou systémů a jsou důsledkem zastaralého a nepružného přístupu k řešení problémů v této oblasti. Situace na tzv. zdravotně sociálním pomezí vůbec neodpovídá společenskému vývoji, nereaguje na fakt stárnutí populace ani na nárůst chronicky nemocných, kteří mají vedle potřeb zdravotních také potřeby sociální, a nelze je neustále přesouvat z jednoho systému do druhého. Je nutné vytvořit propojený systém dlouhodobé péče, který umí pružně a efektivně reagovat na měnící se potřeby osob s dlouhodobými zdravotními problémy. Při tvorbě následné Koncepce DP na léta 2026-2030 je současně nezbytné zohlednit i nedostatek kapacit sociálních služeb s ohledem na deklarovaný demografický vývoj.

3 STRATEGICKÁ ČÁST

Koncepce DP ve strategické části odráží hlavní přístupy k budoucímu rozvoji ČR, tedy kvalitu života a udržitelnost reflektující jak potřeby jednotlivce, rodiny a společenství, tak i potřebu ekonomického rozvoje, který je také nezbytnou podmínkou zdravotního zabezpečení obyvatel na nejvyšší možné úrovni.

Vizi celé Koncepce DP je možné na základě výše uvedených úvah zpřesnit v podobě globálního cíle, kterým je: **Kontinuální zvyšování kvality, dostupnosti a efektivity domácí péče**.

Globální cíl se následně dělí na cíle strategické:

strategický cíl 1 - Posílení role sester v DP,
strategický cíl 2 - Financování domácí péče,
strategický cíl 3 - Hodnocení kvality poskytované domácí péče.

Pod strategické cíle jsou zařazeny konkrétní **specifické cíle**, které strategický cíl dále rozpracovávají, tj. konkretizují povahu intervencí daného strategického cíle tak, aby bylo během následujících pěti let zajištěno jejich naplnění. Specifické cíle se dělí do konkrétních návrhů opatření, jejich stanovení jsou součástí zajištění rozvoje i trvalé udržitelnosti systému péče o zdraví. S ohledem na současné trendy, konzultace s odbornou veřejností a analýzu současného stavu poskytované péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta domácí péče a jeho potřeb byly rozpracovány následující strategické cíle.

3.1 Strategický cíl 1 - Posílení role sester v DP

K naplnění strategického cíle 1 dojde prostřednictvím specifických cílů:

1. **Změnou dosavadního systému schvalování hrazené péče (úpravou souvisejících právních předpisů, Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06 a Metodiky pro pořizování a úpravu dokladů)**

2. **Změnou profesního celoživotního vzdělávání (např. změnou ve specializačním vzdělávání)**

3. **Implementací posílené role sester**

Zvyšování/rozšiřování kompetencí sester je prioritou Koncepce DP a úzce souvisí s posilováním role sestry v rámci systému poskytování zdravotní péče. Strategický cíl 1 byl projednán v pracovní skupině pro koncepční řešení poskytování domácí péče v ČR, v pracovní skupině pro nelékařská zdravotnická povolání, se zástupci Asociace vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí, Sdružením praktických lékařů, ČLS JEP a ČLK.

Podkladem k rozpracování problematiky zvyšování kompetencí sester jsou i informace z jednání k Seznamu zdravotních výkonů Ministerstva zdravotnictví České republiky a Seznamu cen a úhrad zdravotnických prostředků. Navrhované zvyšování kompetencí úzce souvisí s posílením samostatnosti a se samostatnou rolí sestry z důvodů, že jde o vlastní sociální prostředí pacienta, kde není trvale přítomen lékař nebo kde se sestry s ohledem na převahu poskytované ošetřovatelské péče pohybuji častěji než lékaři a kde převážná část péče je péčí o pacienty s chronickými onemocněními, která neohrožují pacienta bezprostředně na životě, ale přinášejí komplikace, které v konečném důsledku výrazně zhoršují kvalitu života pacienta. Oblast domácí péče je jedním z úseků zdravotní péče, které se bude zejména dotýkat transformace primární péče; lze zde s vyšší mírou pravděpodobnosti předpokládat ochotu lékařské obce podporovat návrhy na posílení role sester, s ohledem na příklady dobré praxe a potřebu zajistit zdravotní péči.

Posílení kompetencí sester v domácí péči se prolíná s nutností revize vzdělávacích programů specializačního vzdělávání a certifikovaných kurzů. Úpravy vzdělávacích programů byly zahájeny a budou realizovány v rámci postupného plnění strategického cíle 1. Návrhy navýšení kompetencí sester v domácí péči vychází ze znalostí vlastního sociálního prostředí pacienta. Mají tedy více informací ke zhodnocení nejen zdravotního stavu, ale i sociálního prostředí pacienta (vybavení, bezbariérovost). Dále mají vyšší předpoklady než praktický lékař k orientačnímu hodnocení sociální situace pacienta, k identifikování potřebnosti spolupráce dalších nelékařských zdravotnických pracovníků či sociálního pracovníka a ke zprostředkování pomoci v otázkách sociálních a sociálně-právních. Velká část navrhovaných kompetencí je sestrami v domácí péči běžně vykonávána. Jedná se například o činnosti indikujícího lékaře, jako je vyplňování Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06.

Zvyšování kompetencí sester v domácí péči úzce souvisí se spoluprací sester a indikujících lékařů a u vybraných činností revizního lékaře. Sestra v domácí péči může vykonávat v některých situacích činnosti, které nejsou zohledněny výkonově, je nutné je akceptovat v připravované legislativě.

Vzhledem k plánovanému navyšování kompetencí praktických lékařů by posílení kompetencí sester v domácí péči umožnilo efektivnější využití finančních prostředků převzetím některých činností, např. aktuálního hodnocení zdravotního stavu pacienta včetně návrhu řešení ošetřovatelských problémů.

Posílení role sester v systému domácí péče by se mělo týkat těch činností, které dnes sestry běžně v praxi vykonávají (např. vyplňování Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06, ošetřování ran a stomií, doporučování vhodných zdravotnických prostředků, atd.) a dále prevenci onemocnění a kontinuitu péče s tím, že kompetence k těmto dovednostem (výkonům) získají sestry prostřednictvím profesního celoživotního vzdělávání v certifikovaných kurzech, ve specializačním vzdělávání nebo v magisterských programech vysokých škol, ukotvení sestry s kategorizací D4.

Po ověření posílené role sester, tedy až v další následné fázi doporučujeme jednat s lékařskou obcí o dalším navýšení kompetencí sester. Jednou z možných oblastí je postavení NLZP v oblasti revizní činnosti zdravotních pojišťoven. Současně je nutné soustředit se na kontrolu využívání a poskytování ošetřovatelské péče v jejím objemu a kvalitě poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta prostřednictvím příslušně vzdělaných NLZP, kteří přinesou do revizní činnosti pojišťoven svůj odborný pohled. Změny by se měly projevit v oblastech kontroly správnosti a oprávněnosti vykázané a vyúčtované ošetřovatelské péče, která bude nově hodnocena s ohledem na ošetřovatelské problémy diagnostikované sestrou včetně stanoveného plánu péče. Předefinováním odpovědnosti revizních lékařů zdravotních pojišťoven při indikacích služeb domácí péče lze za jasně definovaných indikačních podmínek zúžit rozhodovací povinnost revizních lékařů zdravotních pojišťoven o obsahu a rozsahu ošetřovatelské péče; takto uvolněné kapacity mohou být využity při kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven. Snahou navrhovaných opatření je, aby finanční prostředky vynakládané na její provoz byly účelně a efektivně využity.

Posilování role sestry a zvyšování kompetencí sester úzce souvisí se změnou vykazování péče na Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06. Poukaz je základním dokumentem, který určí, jaké ošetřovatelské výkony a v jakém rozsahu se mají u daného pacienta provádět. Zároveň je zde uvedeno datum zahájení a ukončení DP. Pro indikaci domácí péče indikujícím lékařem bude nutné provést úpravu Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06. Oblasti posilování kompetencí byly v rámci pracovní skupiny pro koncepční řešení poskytování domácí péče v ČR a po konzultacích s praktickými lékaři a se zástupci poskytovatelů domácí péče rozpracovány níže.

Strategický cíl 1 tedy definuje posílení role sestry DP ve spolupráci s indikujícím lékařem v:

plánování obsahu a rozsahu ošetřovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí (vyplňování Poukazu na vyšetření/ošetření DP - 06) s tím, že indikace potřebnosti domácí péče zůstává v rukou lékaři.

V rámci přenesené kompetence provádí:

preventivní péči a edukaci pacientů nebo jejich příbuzných/blízkých o nemoci a léčebných opatřeních;
předepisování vymezených zdravotnických prostředků pacientům na základě delegované preskripce ošetřujícím lékařem, zejména:

- terapeutického krytí a obvazového materiálů k ošetření a hojení chronických ran;
- kompenzačních pomůcek pro zajištění mobility;
- inkontinenčních pomůcek;
- stomických pomůcek bez schválení revizním lékařem;
- kompresivních pomůcek;

cévkování mužů, výplach střev (klyzmatu), manuální vybavení stolice;

ošetřování chronických ran, kožních lézí, kůže pacientů v průběhu léčby radioterapií, extrakci stehů u ran hojících se per primam včetně předepisování zdravotnických prostředků;
zavádění a udržování inhalační a kyslíkové terapie u pacientů v preterminálním a terminálním stavu,
zavedení periferního žilního katétru (PŽK) pacientům starším 3 let za účelem podání krystaloidních roztoků a 20% glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií.

Předpokládaný průběh přenesené kompetence od indikujícího lékaře na poskytovatele domácí péče byl vydiskutován následovně:

Domácí péče bude zahájena vypsáním upraveného tiskopisu DP - 06 indikujícím lékařem a sestrou DP, a to za dodržení zákonem stanovených podmínek. Sestra identifikuje ošetřovatelské problémy a stanoví ošetřovatelský plán péče na dobu nejdéle tří měsíců. Indikující lékař uvede, které vymezené zdravotnické prostředky po dobu, na kterou je poskytování domácí péče doporučeno, bude sestra oprávněna poskytovat konkrétnímu pacientovi. V této fázi přejímá zodpovědnost a finanční nákladovost preskribovaného materiálu poskytovatel domácí péče.
Na základě změny zdravotního stavu pacienta dojde k přehodnocení ošetřovatelského plánu sestrou. Bude provedena aktualizace plánu ošetřovatelské péče. Sestra informuje ihned indikujícího/ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu pacienta a společně s lékařem vystaví další tiskopis DP - 06, nepřerušená domácí péče.
Sestra informuje indikujícího/ošetřujícího lékaře min. jednou za 3 měsíce o zdravotním stavu pacienta a provedených výkonech v rámci přenesené kompetence v případě, že nedošlo ke změně zdravotního stavu.

Posílení role sestry prostřednictvím zvýšených kompetencí bude úzce souviset se změnami současných právních předpisů (např. zákona o zdravotních službách, zákona o zdravotnických prostředcích, zákona o veřejném zdravotním pojištění, s úpravou Metodiky pro pořizování a předávání dokladů, úpravou Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro daný rok a současně i s registračními listy).

3.2 Strategický cíl 2 - Financování domácí péče

K naplnění strategického cíle 2 bude přistoupeno prostřednictvím specifického cíle:

Návrh nového úhradového modelu, který bude přesněji odpovídat míře nákladů v domácí péči na konkrétního pacienta.

Naplnění strategického cíle 2 současně úzce souvisí s posilováním role sestry v domácí péči (viz strategický cíl 1). Pokud by totiž mohl poskytovatel DP ovlivnit indikaci domácí péče, mohl by tím docílit lepší kontroly nad regulacemi. Výkonový systém úhrady a určení nákladovosti jednotlivých diagnóz (regulace) by měl obsahovat jasně stanovení možného procentního navýšení. V rámci strategického cíle 2 bude vytvořen **návrh nového úhradového mechanismu**, který bude odpovídat míře nákladů na konkrétního pacienta, např. dle jeho funkčních schopností a potřeb při zajištění požadované úrovně kvality a s potenciálem rozvoje a udržitelnosti domácí péče do budoucna. Navržen by měl být doposud chybějící model udržitelného financování péče zvyšující efektivitu poskytování zdravotních služeb v domácí péči. Do financování domácí péče musí v další fázi vstoupit i finanční zdroje z MPSV. Především jde o financování základního sociálního poradenství v rámci základní péče o pacienta a jeho stanovení optimálního ošetřovatelského plánu. Dále pak péče o jeho sociální potřeby.

Poskytovatelé DP podléhají regulacím zdravotních pojišťoven. Poskytovatel DP musí poskytovat péči pacientům s průměrnou úhradou na jednoho pojištěnce dle referenčního období, tedy dva

roky zpětně. Úhradová vyhláška vždy určí, o kolik procent se průměrná úhrada na jednoho pacienta navýší. Poskytovatelé DP si musí hlídat, aby průměr nepřekročili a následně nebyli regulováni. Regulace je aplikována na poskytovatele domácí péče, ačkoli je péče indikována jiným subjektem a nelze ji ovlivnit. Každý poskytovatel má jinou průměrnou úhradu na pacienta, neboť regulační vzorec je vždy počítán na konkrétního poskytovatele DP související s náročností poskytované péče, a tím mohou vznikat mezi poskytovateli DP velké rozdíly.

K naplnění strategického cíle dojde prostřednictvím Implementačního plánu 2.4 ke strategickému rámci Zdraví 2030, především pak dílčích cílů:

č. 2.4.2 Vytvoření a aplikace nové resortní koncepce úhrad všech segmentů zdravotní péče, která posílí transparentnost, verifikovatelnost a plánovitou udržitelnost systému financování zdravotnictví;
č. 2.4.8 Sestavení modelů hodnocení a optimalizace nákladů zdravotních a sociálních služeb, ekonomika zdravotně-sociálního pomezí;
č. 2.4.9 Vytvoření modelů udržitelného financování systému integrované péče, komunitní psychiatrické péče a domácí péče;
Vývoj modelů dlouhodobě udržitelného systému poskytování zdravotních služeb v modelech integrované péče;
Vývoj modelů dlouhodobě udržitelného systému poskytování zdravotních služeb v modelech komunitní péče.

3.3 Strategický cíl 3 - Hodnocení kvality poskytované domácí péče

Strategický cíl 3 Hodnocení kvality poskytované domácí péče bude naplněno prostřednictvím těchto specifických cílů:

1. **Implementace Systému hlášení nežádoucích událostí**
2. **Implementace klasifikačního systému na principu jednoduchého škálování ošetřovatelských problémů**
3. **Tvorba doporučených ošetřovatelských postupů v domácí péči**

Klíčový význam pro hodnocení a zvyšování kvality domácí péče mají **doporučené postupy péče**, které vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Významnou složkou je zavedení klasifikačního systému na principu jednoduchého škálování ošetřovatelských problémů a označení cílů práce sestry, která odpovídá postupu ošetřovatelské péče a vede k předem stanovenému cíli, který je indikován lékařem a jsou v něm jasně stanoveny návaznosti ostatních služeb, včetně jednotlivých rolí multidisciplinárního týmu.

V rámci hodnocení kvality a bezpečí v domácí péči je proto žádoucí **zapojení do identifikace rizik spojených s poskytováním zdravotních služeb, do prevence nežádoucích událostí**, na jejich rozpoznání a klasifikaci a spolupráci na jednotném posouzení na lokální úrovni, které umožní sledování a centrální hlášení.

Strategický cíl 3 bude naplňován zapojením poskytovatelů domácí péče do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí, které bylo schváleno poradou vedení Ministerstva zdravotnictví ČR ve snaze podpořit sledování nežádoucích událostí na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Sběr dat poskytovatelů domácí péče probíhal v pilotním projektu a byl dobrovolný, přičemž odpovídal možnostem akceptovat mezinárodní klasifikaci NU (International Classification for Patient Safety) využívanou v rámci centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí a metodické

pokyny pro sledování a hlášení nežádoucích událostí - pád a dekubitus aj. Jednotliví poskytovatelé domácí péče budou postupně zavádět lokální systém sledování nežádoucích událostí v podobě, která odpovídá jejich potřebám. Povinností bylo sledování a vytvoření metodiky pro nežádoucí události typu dekubitus, vedení zdravotnické dokumentace, chování osob, medikace/i.v. roztoky, neočekávané zhoršení klinického stavu a pády.

Doporučením strategického cíle 3 pro kontaktní pracoviště domácí péče je určení manažera kvality, který bude zodpovědný a pověřený komunikací týkající se hlášení a vyhodnocení nežádoucích událostí. Manažer kvality zásadním způsobem ovlivňuje nastavení, efektivitu a kontinuální funkčnost systému řízení kvality. Prioritou je pro manažery odborná péče o pacienta, tzv. péče „lege artis“ (založena na vědeckých poznatcích) a správné vykazování péče. Pracuje na řízení systémových prvků, jako je např. řízení dokumentů, řízení procesů a změn, interní audit kvality a bezpečí, přezkoumání systému kvality vedením či kontinuálním zlepšováním. Manažer kvality sehrává nezastupitelnou roli garanta odbornosti, který poukazuje na riziková či nesystémová řešení, navrhuje a obhajuje koncepci řízení kvality. Poskytovatel domácí péče do budoucna vypracuje interní předpis pro vyhodnocení rizik, průběžné sledování nežádoucích událostí a pravidelné školení zdravotnických pracovníků včetně realizace pravidelných interních auditů zdravotnických pracovníků.

Kvalita poskytované péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta úzce souvisí s vyhlášenými a připravovanými národními ošetřovatelskými postupy, které v rámci strategického cíle 3 respektují poskytování péče ve vlastním sociální prostředí:

Národní ošetřovatelský postup katetrizace močového měchýře
Národní ošetřovatelský postup prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity
Národní ošetřovatelský postup péče o pacienta s bolestí
Národní ošetřovatelský postup asistence při zavedení a péče o centrální žilní katétr
Národní ošetřovatelský postup zavedení a péče o periferní žilní katétr
Národní ošetřovatelský postup odsávání dýchacích cest
Národní ošetřovatelský postup prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády
Národní ošetřovatelský postup role NLZP při manipulaci s léčivými přípravky

Zavedení hodnocení kvality poskytované domácí péče bude zaměřeno na metodickou podporu a sjednocení preventivních a nápravných opatření u poskytovatelů domácí péče a bude úzce souviset s přípravou či úpravou příslušné vyhlášky ve vztahu k domácí péči.

Závěr

Naplnění globálního cíle Kontinuální zvyšování kvality, dostupnosti a efektivity domácí péče prostřednictvím strategických a specifických cílů Koncepce DP znamená výhody nejenom pro pacienty domácí péče, jejich blízké a rodinné příslušníky, ale současně pomáhá i ošetřujícímu lékaři (primární péče) a v neposlední řadě celému systému zdravotní péče. Globální cíle Kontinuální zvyšování kvality, dostupnosti a efektivity domácí péče lze v budoucnosti (po roce 2025) rozvíjet i zlepšením dostupnosti léčebně rehabilitační a nutriční péče.

Největším přínosem pro pacienta je možnost setrvat během nemoci ve vlastním sociálním prostředí. Pobyt v tomto prostředí má pozitivní vliv na psychiku nemocného, na jeho rodinné vztahy, čímž je celkově pozitivně ovlivněn celý léčebný proces. V případě jednorázových návštěv, například z důvodu odběru biologického materiálu v domácím prostředí nebo aplikace léčebné látky, je nemocný ušetřen pro něj mnohdy náročné a vyčerpávající cesty do zdravotnického zařízení. Domácí péče je však přínosem také pro rodinu nemocného. Rodina má možnost se aktivně zapojit do procesu léčby pacienta, což má zpravidla pozitivní dopad nejen na osobu

nemocného, ale i na vztahy v rodině. Sestry domácí péče by měly být připraveny poskytnout blízkým nemocného odborné poradenství týkající se ošetřování nemocného a saturace jeho základních životních potřeb. Rodina pak může zůstat pospolu a nemocný není ohrožen sociální izolací, jak tomu mnohdy v nemocničním prostředí bývá.

Lze konstatovat, že:

Domácí péče může být velice efektivní při spolupráci pacienta a jeho rodiny/ pečujících.
Domácí péče minimalizuje riziko nákazy vzniklé v přímé souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení (nozokomiální nákazy).
Domácí péče šetří náklady na zdravotní péči, protože nezahrnuje náklady na hotelové služby a přístrojové vybavení PZS.
Domácí péče zkracuje dobu hospitalizace, a tím snižuje náklady na zdravotní péči.
V domácí péči lze dosáhnout rychlejšího uzdravení.
Domácí péče pomáhá odtabuizovat umírání doma.

Při správném nastavení péče a kontrolních mechanismů v systému zdravotní péče poskytování domácí péče ve svém důsledku může šetřit finanční náklady pojišťoven.

Očekávané trendy vývoje domácí péče v letech 2020-2025 budou zaměřeny na:

posílení rozsahu a dosahu domácí péče především v systému zdravotní péče a v povědomí veřejnosti zejména s ohledem na demografický vývoj,
úpravu souvisejících právních předpisů s ohledem na rozvoj domácí péče a v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky založenými na důkazech.

Jednou z možností naplňování Koncepce DP, jejího globálního cíle a posilování postavení DP v systému zdravotní péče je diskuze na úrovni poskytovatelů domácí péče, krajských úřadů, ministerstev a profesních sdružení o tvorbě systému vedení DP vytvořením multidisciplinárních týmů na krajské úrovni. Účelem vzniku týmů by byla koordinace práce členů ošetřovatelského týmu ve spolupráci s jednotlivými poskytovateli DP, organizační a metodické vedení ošetřovatelské péče ve všech jejích oblastech s ohledem na regulaci této péče a hledání individuálních řešení v příslušné oblasti (kraji). Současně by týmy plnily nezastupitelnou roli pro zavedení hodnocení kvality poskytované domácí péče v souvislosti s vytyčeným záměrem standardizace hodnocení kvality poskytované bezpečné péče v ČR. Členové týmu by měli pro poskytovatele DP poradní funkci, sledovali by vývoj a potřeby daného kraje, komunikovali by na úrovni krajského úřadu, krajských poboček zdravotních pojišťoven, komunitních plánů jednotlivých měst a obcí a v součinnosti s MZ ČR. Získávali by cenné informace pro poskytovatele DP a pro orgány státní správy včetně ministerstev k efektivnímu fungování poskytování domácí péče a ke stabilizaci nákladů na tuto službu včetně posílení zdravotně-sociálního pomezí dané oblasti. Pro dosažení vzniku takto charakterizovaných týmů je nutné využít vzdělanostního potenciálu sester domácí péče, jejich získaných kompetencí a příkladů dobré zahraniční praxe, zejména vysoce efektivního holandského modelu péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Nedílnou součástí je získání konsensu všech zúčastněných při poskytování domácí péče. Inspiraci je možné hledat v oblasti zavedeného komunitního plánování, které realizuje MPSV. Proces komunitního plánování zvyšuje dostupnost, kvalitu služeb a rozšiřuje jejich nabídku tak, aby odpovídaly potřebám a dostupným zdrojům. Hlavním přínosem komunitního plánování dané oblasti je zapojení do procesu všech účastníků systému, kterými jsou uživatelé, poskytovatelé, zadavatelé a veřejnost. Ti všichni jsou zapojeni do plánovacího procesu s cílem zjistit aktuální potřeby a zdroje v dané lokalitě a najít nejlepší řešení pro jejich naplnění a využití. Výsledkem je souhrn služeb, které odpovídají a reagují na zjištěné potřeby lidí, reflektují místní odlišnosti a finanční výdaje, které jsou na služby vynakládány, jsou využívány efektivně.

4 IMPLEMENTACE

Rámcová implementační část Koncepce DP definuje hlavní aktéry domácí péče, a to ve vztahu k definovaným cílům Koncepce DP. V Akčních plánech budou u aktivit specifikovány jednotlivé nástroje, nositelé a realizátoři (v návaznosti na Koncepci DP).

4.1 Aktéři rozvoje domácí péče - implementační subjekty

Identifikace zainteresovaných stran vychází především z kompetencí jednotlivých subjektů. Aktéři byli zařazeni přímo k definovaným cílům Koncepce DP podle předpokládané oblasti jejich vlivu na rozvoj domácí péče.

Tabulka 9 Aktéři rozvoje domácí péče

	KOMPETENCE				FINANCE	KVALITA		
Aktéři	**1. Posílení rozsahu a dosahu domácí péče**	**2. Změny ve specializačním vzdělávání**	**3. Posílení role sester prostřednictvím celoživotního vzdělávání**	**4. Implementace posílené role sester**	**1. Návrh nového úhradového principu, který bude přesněji odpovídat míře nákladů na konkrétního pacienta**	**1. Implementace Systému hlášení nežádoucích událostí**	**2. Implementace klasifikačního systému**	**3. Tvorba doporučených postupů v domácí péči**
MZ	X	X	X	X	X	X	X	X
MPSV					X			X
PDP	X	X	X	X	X	X	X	X
Pacientské organizace	X			X				X
KÚ	X	X		X	X			
Pojišťovny	X			X	X			X
ÚZIS					X	X	X	
SPL ČR	X			X				X

Zdroj: Vlastní zpracování

4.2 Rámec implementace

Implementace Koncepce DP bude s ohledem na pětiletou platnost koncepce probíhat na základě dvou na sebe navazujících Akčních plánů. První Akční plán bude tři a půlletý, tj. pro období 2021-2024, a druhý Akční plán pak bude dvouletý pro období 2025-2026. Rozdělení implementace na časově ohraničené implementační dokumenty umožní průběžně v rámci realizace strategického dokumentu reagovat na aktuální změny či trendy a inovace. Akční plány budou zpracovány vždy s předstihem před začátkem platnosti. Předloženy budou vždy na základě projednání s relevantními zainteresovanými stranami. Akční plány jako celek budou pokrývat oblasti spadající do působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR. Snahou akčních plánů bude řešit následující oblasti:

Akční plán 2021-2024

Zvýšení efektivity poskytované domácí péče prostřednictvím posílené role sestry
DP - 1. fáze
Kontinuální zvyšování kvality domácí péče
Zlepšení dostupnosti domácí péče v souladu s demografickým vývojem

Akční plán 2025-2026

Zvýšení efektivity poskytované domácí péče prostřednictvím posílení role sestry DP zejména v oblasti indikace a preskripce léčivých přípravků s vybranými účinnými látkami - zahájení diskuzí s odbornou veřejností
Implementace nástrojů kontinuálního zvyšování kvality domácí péče

Navrhované Akční plány budou navazovat na zahájený změnový proces v jednotlivých oblastech za přímé účasti jednotlivých aktérů. Realizace zvýšené efektivity poskytované domácí péče prostřednictvím posílené role sestry bude uskutečňována za spolupráce vzdělavatelů, vzdělávaných, poskytovatelů domácí péče, profesní organizace sester a SPL ČR. Současně bude efektivita poskytované péče plněna prostřednictvím Implementačního plánu 2.4 ke strategickému rámci Zdraví 2030 za spolupráce ÚZIS, pojišťoven a poskytovatelů domácí péče. Oblast zvyšování kvality domácí péče a jejího naplňování bude realizována prostřednictvím spolupráce na vyhodnocených výstupech pilotního projektu Systému hlášení nežádoucích událostí a nastavení návrhů dalších kroků.

Cílem Akčních plánů bude dosáhnout plnění aktivit ve všech uvedených oblastech v průběhu trvání Akčních plánů, a to do roku 2026. Koordinátorem plánovaných aktivit bude Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím NCO NZO, které bude při plnění aktivit akčního plánu konzultovat jednotlivé kroky s Pracovní skupinou pro koncepční řešení domácí péče v ČR a dalšími odborníky. Akční plány budou mít dosah do systému celoživotního vzdělávání a budou se podílet na zlepšení strategického plánování DP a iniciace meziresortních aktivit. Akční plány a jimi navrhované budoucí aktivity by měly vést ke zlepšení stávající situace v domácí péči, a to v souladu s připravovanou reformou primární péče. Rizikem, které je nutné zohlednit při tvorbě akčních plánů a jednotlivých aktivit, je hrozba nedostatečného konsensu, tzn. nepřijetí u odborných společností, kde existuje výrazná roztříštěnost zájmů odborných společností, případně dalších klíčových stakeholderů, a dále pomalé legislativní změny nutné k naplnění cílů a nedostatek finančních prostředků. Z těchto důvodů je nutné průběžně diskutovat přípravu akčních plánů v Pracovní skupině pro koncepční řešení poskytování domácí péče v ČR i s dalšími odborníky a navrhnout vhodnou indikátorovou sadu a systém monitorování implementace tak, aby Akční plány a jimi navrhované aktivity vedly k prokazatelnému zlepšení stávající situace v domácí péči.

Časový harmonogram vzniku Akčních plánů Koncepce DP:

1. Schválení Koncepce domácí péče poradou vedení MZ

2. Koordinátor NCO NZO ve spolupráci s Pracovní skupinou pro koncepční řešení poskytování domácí péče v ČR zahájí bezodkladně (nejpozději do 3 měsíců od schválení Koncepce) práce na tvorbě Akčního plánu 2021-2023.

3. AP 2021-2024 bude dokončen nejpozději do 31.3.2021 a předložen do vnitroresortního připomínkového řízení.

4. AP 2021-2024 bude předložen poradě vedení MZ ke schválení nejpozději do 30.7.2021.

Strategický cíl 2 - Financování domácí péče bude zajištěn v rámci realizace aktivit Implementačního plánu 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví3), konkrétně pak realizací dílčího cíle 2.4.9 Vytvoření modelů udržitelného financování systémů integrované péče, komunitní psychiatrické péče a domácí péče, v jehož rámci budou vyvinuty modely dlouhodobě udržitelného systémů poskytování zdravotních služeb v modelech integrované péče, komunitní psychiatrické péče a domácí péče. Harmonogram realizace je odhadován na roky 2021-2027, bude tedy součástí obou návazných Akčních plánů.

Strategický cíl 3 - Hodnocení kvality domácí péče bude plněn v souladu s Implementačním plánem 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví, konkrétně pak v součinnosti s opatřením 2.4.8 Sestavení modelů hodnocení a optimalizace nákladů zdravotních a sociálních služeb, ekonomika zdravotně sociálního pomezí systému, v jehož rámci dojde k metodickému nastavení systému hodnocení indikátorů výkonnosti, dostupnosti a kvality služeb na zdravotně sociálním pomezí na modelovém příkladu Center duševního zdraví, dále vytvoření modelů zapojení pacientů uživatelů péče v procesech veřejné zdravotní politiky a posílení odborné a technické kapacity orgánů veřejné správy k zapojení pacienta vč. nastavení spolupráce s pacientskými organizacemi a klienty služeb. Harmonogram realizace komplementárních aktivit je stanoven na léta 2021-2027, bude tedy zapracován do obou návazných Akčních plánů.

Na plnění časového harmonogramu a na tvorbě Akčních plánů se budou podílet jednotliví stakekholdeři Pracovní skupiny pro koncepční řešení poskytování domácí péče v ČR, kteří zastupují Ministerstvo zdravotnictví ČR, vzdělávací instituce, poskytovatele zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, odborné lékařské společnosti, pacientské organizace. Dalšími plánovanými spolupracujícími subjekty budou zástupci ÚZIS a krajských úřadů.

4.3 Předpoklady úspěšné realizace Koncepce DP

Úspěšná realizace Koncepce DP závisí ve značné míře na vlivech, které by měly být zachovány či vytvořeny proto, aby byla Koncepce DP jako celek zdárně implementována. Současně představují i možné příležitosti a hrozby, jež by mohly realizaci Koncepce DP na jedné straně akcelerovat, na druhé straně ohrozit, a proto by měly být následně rozpracovány v podobě registru rizik v rámci Akčního plánu.

Jedná se především o:

1. Politickou vůli a podporu k realizaci Koncepce DP.
2. Prosazení potřebných legislativních změn v zákonodárném procesu.
3. Zajištění dostatečných zdrojů, finančních i lidských, pro realizaci Koncepce DP.
4. Vznik kvalitních výstupů vedoucích k plnění cílů Koncepce DP a tím i přínosu celé Koncepce DP.
5. Vůli jednotlivých stakeholderů ke změnám a jejich aktivní zapojení.
6. Upřednostnění obecného zájmu a jeho nadřazení zájmům jednotlivých resortů.

4.4 Odhadované finanční nároky, preferovaný zdroj financování

Koncepci domácí péči je prostřednictvím Akčních plánů možné realizovat pouze v případě zajištění adekvátního množství lidských a finančních zdrojů. Lze předpokládat, že většina finančních prostředků bude alokována na úhrady mezd a dalších neinvestičních výdajů spojených s pracemi na realizaci jednotlivých opatření. Bližší určení finanční náročnosti implementace i nároků na lidské zdroje pro realizaci jednotlivých opatření bude uvedeno v návazných Akčních plánech.

Významným zdrojem financování implementace Koncepce bude státní rozpočet, kapitola 335 - Ministerstvo zdravotnictví. Dalšími významnými zdroji financování pak budou fondy EU a další finanční mechanismy, jako jsou fondy EHP nebo program švýcarsko-české spolupráce. Rozpočet resortu je průběžně zajišťován prostřednictvím standartních procesů tvorby rozpočtového rámce (střednědobého i dlouhodobého) a je projednáván v rámci stanovování státního rozpočtu.

EPIS

Opatření uvedená v Koncepci domácí péče jsou navržena jako genderově neutrální.

5 Reference

ARCHALOUSOVÁ, ALEXANDRA, OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE: ÚVOD DO OBORU OŠETŘOVATELSTVÍ PRO STUDUJÍCÍ VŠEOBECNÉHO A ZUBNÍHO LÉKAŘSTVÍ. 1. VYD. PRAHA: KAROLINUM, 2006. 295 S. ISBN 80-246-1113-9.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

GENET, Nadine, ed. et al. *Home care across Europe: current structure and future challenges*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012. 145 s. ISBN 978-92-890-0288-2.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

Karen, Igor a Štěpán Svačina. *Diabetes mellitus: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2018. 25 s. ISBN 978-80-86998-99-2.

KALVACH, Z. A kol. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Koncepce domácí péče - Metodické opatření č. 13. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, 2004, částka 12, s. 15-18. ISSN 1211-0868.

MISCONIOVÁ, B. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra: adresář agentur domácí péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 1998. 41 s.

MISCONIOVÁ, Blanka. Anamnestika, diagnostika a plánování v komplexní domácí péči. Praha: Asociace domácí péče České republiky - Národní centrum domácí péče České republiky, [1998]. 240 s.

MISCONIOVÁ, Blanka, Helena VOSTROVSKÁ a Ladislav PRŮŠA. Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče: studie zpracovaná v rámci projektu Vybrané sociálně ekonomické otázky poskytování sociálních a zdravotních služeb. [Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí], 2003. 20 s. ISBN 80-239-0959-2.

PROJEKT „*Systém vzdělávání v komunitní péči a zajištění kvality poskytované zdravotní péče*“, reg. č.: CZ.1.04/1.1.00/D3.00003 spolufinancovaný z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.

ÚZIS - ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Zdravotnictví ČR: *Stručný přehled činnosti oboru: domácí zdravotní péče za období 2007-2017 - NZIS report č. K/31(08/2018)* [online]. Praha: Národní zdravotnický informační systém - ambulantní péče, 2018 [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K31_A089_domaci_zdravotni_pece_2

017.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Frequently asked questions* [online]. World Health Organization, 2020 [cit. 2020-01-24]. Dostupné z: https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions.

Legislativa:

ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1185-1264. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134 ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998, částka 46, s. 5674-6258. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 258 ze dne 14. července 2000, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74, s. 3622-3662. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 378 ze dne 6. prosince 2007 o léčivech a změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech) [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 115, s. 5342-5428. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a j iných odborných pracovníků [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 92 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 36, s. 1522-1603. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 99 ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1686-1730. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1737-1745. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 268 ze dne 22. října 2014 o zdravotnických prostředcích a změně zákona č. 634/2004Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 110, s. 3146-3187. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 110 ze dne 12. března 2019, o zpracování osobních údajů. In: *Sbírka zákonů* České republiky. 2019, částka 47, s. 890-911. ISSN 1211-1244.

6 Slovníček pojmů / seznam zkratek

ACE	Enzym angiotenzin-konvertázy
ADL	Activities of daily living
ADP	Agentura domácí péče
AED	Automatizovaný externí defibrilátor
AIM	Akutní infarkt myokardu
AP	Akční plán
BMI	Body Mass Index
ČLK	Česká lékařská komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DM	Diabetes mellitus
DP	Domácí péče
DUPV	Domácí umělá plicní ventilace
EKG	Elektrokardiografie
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
HbAlc	Glykovaný hemoglobin
HDL	High-density lipoprotein
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
i. v.	Intra venam, intravenosus
KGM	Kontinuální monitorace glukózy
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
KÚ	Krajský úřad
LDL	Low-density lipoprotein
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLZP	Nelékařských zdravotnický pracovník
NU	Nežádoucí účinek
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NRPZS	Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
NZIS	Národní zdravotnický infomační systém
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSN	Organizace spojených národů
P	Puls
PAD	Perorální antidiabetika
PDP	Poskytovatel domácí péče
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunostomie
PL	Praktický lékař
PMK	Permanentní močový katétr

EPIS

PŽK	Permanentní žilní katétr
Qol	Quality of life
RTG	Radioizotopový termoelektrický generátor
Sb.	Sbírky
SG	Selfmonitoring glykémie
SDGs	Sustainable Development Goals - cíle udržitelného rozvoje
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
SPL ČR	Sdružení praktických lékařů České republiky
SR	Slovenská republika
TF	Tepová frekvence
TK	Tlak krve
UK	Spojené království Velké Británie a Severního Irska
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organisation
Z.z.	Zbierka zákonov

7 Seznam tabulek, grafů, obrázků

Obrázek 1 Komponenty péče o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí

Obrázek 2 Délka života při narození - okresy ČR dle dat OECD

Graf 1 Střední délka života při narození v ČR - projekce do roku 2050

Graf 2 Naděje dožití a délka života ve zdraví: mezinárodní srovnání v trendu

Graf 3 Věková struktura obyvatelstva ČR v roce 2017

Graf 4 Chronická nemocnost

Graf 5 Pacienti v domácí péči

Graf 6 Predikce vývoje věku aktivních lékařů

Graf 7 Změny hodnoty bodu v letech 2007-2020 pro odbornost 925

Graf 8 Kumulativní růst úhrad domácí péče

Tabulka 1 Počet pracovišť jednotlivých poskytovatelů dle rozložení v jednotlivých krajích

Tabulka 2 Počet pacientů domácí péče v roce 2018

Tabulka 3 Počet ošetřených pacientů v domácí péči podle krajů v roce 2018

Tabulka 4 Sledování údajů o NU - 1. pilotní sběr dat

Tabulka 5 Sledování údajů o NU - 2. pilotní sběr dat

Tabulka 6 Sledování údajů o NU - 3. pilotní sběr dat

Tabulka 7 Sledování údajů o NU - 4. pilotní sběr dat

Tabulka 8 Základní charakteristiky pro poskytování DP ve vybraných státech EU

EPIS

Tabulka 9 Aktéři rozvoje domácí péče

8 Přílohy

Příloha 1 - 4 (pdf)

---

1) Usnesení vlády ČR č. 292/2017 ze dne 19. dubna 2017

2) Definice dle Metodického doporučení MMR - Typologie strategických a prováděcích dokumentů.

3) Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030

EPIS