



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

„Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“

Václav Pláteník
Martina Hejdová

7. listopadu 2024



Spolufinancováno
Evropskou unií

- **Projekty realizované Ministerstvem zdravotnictví**
- **Podpora Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost Plus (OPZ+)**
- **Projekty**
 - **Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče (KRAPL)**
 - **Standardizace paliativní péče v České republice**
 - **Návrh systému komplexní sdílené zdravotně-sociální péče o pacienty se vzácnými onemocněními (SYPOVO)**



Projekt „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“



Spolufinancováno
Evropskou unií

- **Doba realizace:** 3 roky
- **Zahájení realizace:** 1. srpna 2023
- **Doba pilotáže:** 16 měsíců
- **Celkový rozpočet:** 24 273 600 Kč
- **Cílové skupiny**
 - **Zaměstnanci veřejné správy**
 - **Zdravotní pojišťovny**
 - **Poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb**
 - **Osoby s potřebou komplexní podpory**
- **Nefinanční partnerství Ministerstva práce a sociálních věcí**
- **Konzultační podpora ze strany zástupců jednotlivých krajů**
- **Koncepční skupina složená z předních zástupců relevantních institucí**

Projekt „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“

- **Cíle projektu**

- **Doporučený postup pro tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů**
- **Pilotáž až ve čtyřech krajích**
- **Sdílení dobrých praxí v oblasti monitorace, hodnocení a plánování služeb na zdravotně sociálním pomezí**
- **Zvýšení kompetencí krajských úřadů v oblasti jednotného plánování zdravotních a sociálních služeb**
- **Nastavení spolupráce krajských úřadů, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb**
- **Vymezení a identifikace rolí jednotlivých aktérů včetně identifikace bariér při zajišťování návazné péče**



Spolufinancováno
Evropskou unií

Projekt „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“

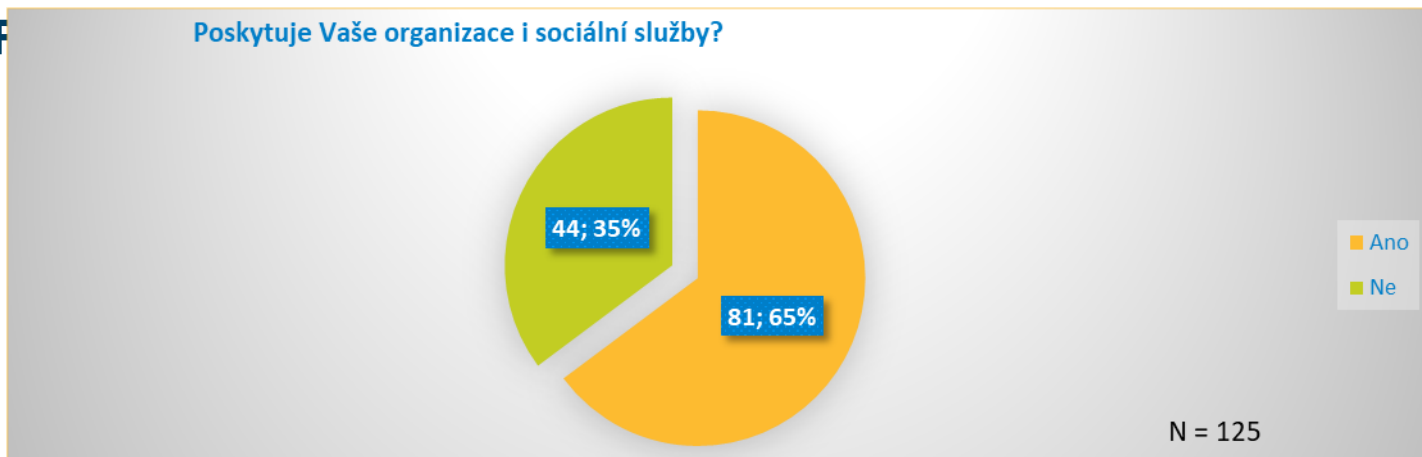
- **Kde teď jsme:**
 - **Definice kritérií pro identifikaci cílových skupin služeb na zdravotně sociálním pomezí**
 - **Dotazníkové šetření v oblasti návazných služeb u všech aktérů zdravotně sociálního pomezí – I I (poskytovatelé, ORP, PL, ZP, pacientské organizace)**
 - **Péče ve vlastním sociálním prostředí**
 - **Sociální služby ve zdravotnických zařízeních (§36, §52)**
 - **Lůžková zdravotnická zařízení**
 - **Analýza způsobů plánování na krajských úřadech**
 - **Dokument vymezující oblast sociálně zdravotního pomezí**
 - **Návrh datasetů pro plánování zdravotních a sociálních služeb – více než 80**
 - **Návrh Doporučeného postupu pro tvorbu Krajských zdravotně sociálních plánů**
 - **Vymezení kompetencí aktérů plánování**
 - **Složení a kompetence koordinačního týmu**
 - **Postup získávání, monitorace, analýzy a využití potřebných dat**

Analýza dotazníkového šetření u poskytovatelů zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí

- **Počet služeb, které měly možnost dotazník vyplnit - 282 (dle NRPZP)**
 - **Domácí zdravotní péče („DP“) a mobilní specializovaná paliativní péče („MSPP“)**
- **Návratnost: 45 % (celkem 125 respondentů, ¼ MSPP)**
- **Sběr: červen – září 2024**
- **Cíle:**
 - **Popis současného stavu, dobré praxe, bariér a jejich řešení v oblasti návaznosti zdravotních a sociálních služeb**
 - **Popis potřebných dat a informací pro zajištění návazné péče**
- **Výstupy:**
 - **Spolupráce poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb**
 - **Vybrané bariéry vnímané službami DP a MSPP**
 - **Dobré praxe**

Analýza dotazníkového šetření u poskytovatelů zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí

- Relativně rovnoměrné zastoupení krajů (nejméně kraj Liberecký, nejvíce JMK)
- 57 % pečuje o děti i dospělé (pouze o děti 1 % organizací - 2)
- 2/3 organizací poskytují kromě zdravotních i sociální služby
 - U MSPP jsou to nejvíce:
 - Terénní sociální služby (osobní asistenci, pečovatelskou službu, terénní odlehčovací služby), odborné sociální poradenství
 - 10 organizací - pobytové sociální služby
 - Zaměření i na další cílové skupiny než na pacienty s potřebou paliativní péče
- F



Spolupráce s poskytovateli zdravotních služeb za účelem zajištění návazné péče



87 % služeb předává informace nad rámec svých kompetencí jiným zdravotním službám či institucím

Hlavní cílové zdravotní služby:

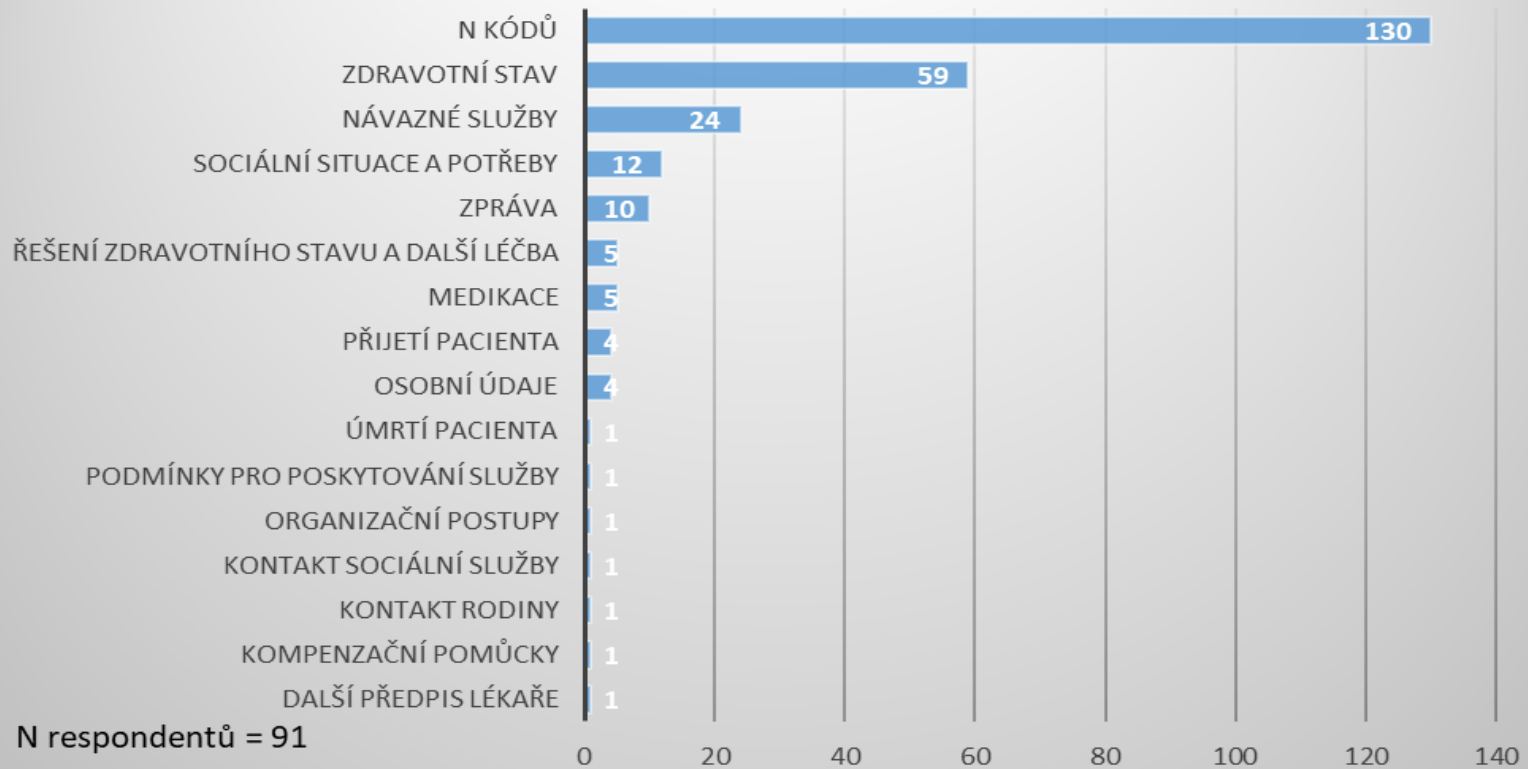
- **74 % všeobecný praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost**
- **Hospice, MSPP, DP**
- **Následná a dlouhodobá lůžková péče**

Typy nejčastěji předávaných informací

- **2/3 předávaných informací má návaznost na zdravotní stav**
- **26 % potřeba zajištění či nastavení návazných zdravotních a sociálních služeb**

Typy často předávaných informací poskytovatelům zdravotních služeb

Typ často předávané informace nad rámec kompetencí služby



Spolupráce s poskytovateli sociálních služeb

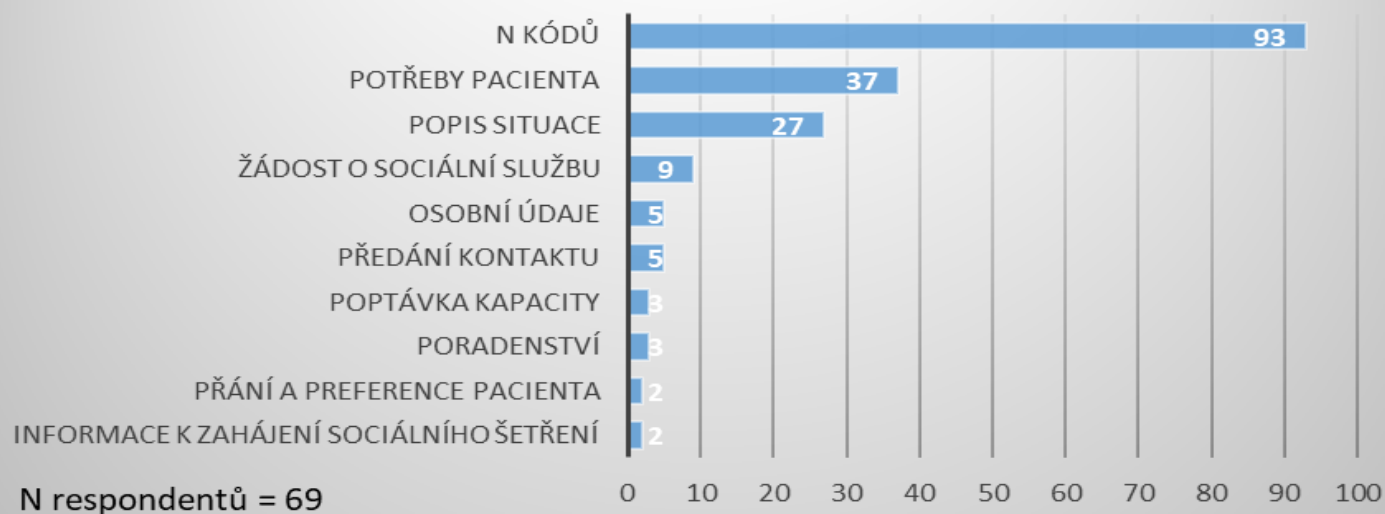
- **Identifikace sociálních potřeb pacienta:**
 - **91 % zdravotních služeb (DP, MSPP) předává tuto informaci sociálním službám či jiným institucím, které získává hlavně při:**
 - **51% šetření na místě – sociální pracovníci a sestry DP nebo MSPP při příjmu pacienta, vizitách či návštěvách pacienta**
 - **25% komunikace s pacientem či pečujícími a při hodnocení potřeb prováděném v průběhu poskytování péče**
- **Využívání strukturovaných nástrojů pro mapování potřeb (3 respondenti)**
- **Hlavní cílové sociální služby:**
 - **87 % poskytovatelé terénních sociálních služeb**
 - **40% poskytovatelé pobytových sociálních služeb, vč. odlehčovacích služeb**

Typy často předávaných informací poskytovatelům sociálních služeb

Typ předávaných informací:

- **69 %** potřeby pacienta, tedy proč a v čem pacient podporu potřebuje
- **39%** popis situace, ve které se pacient nachází.

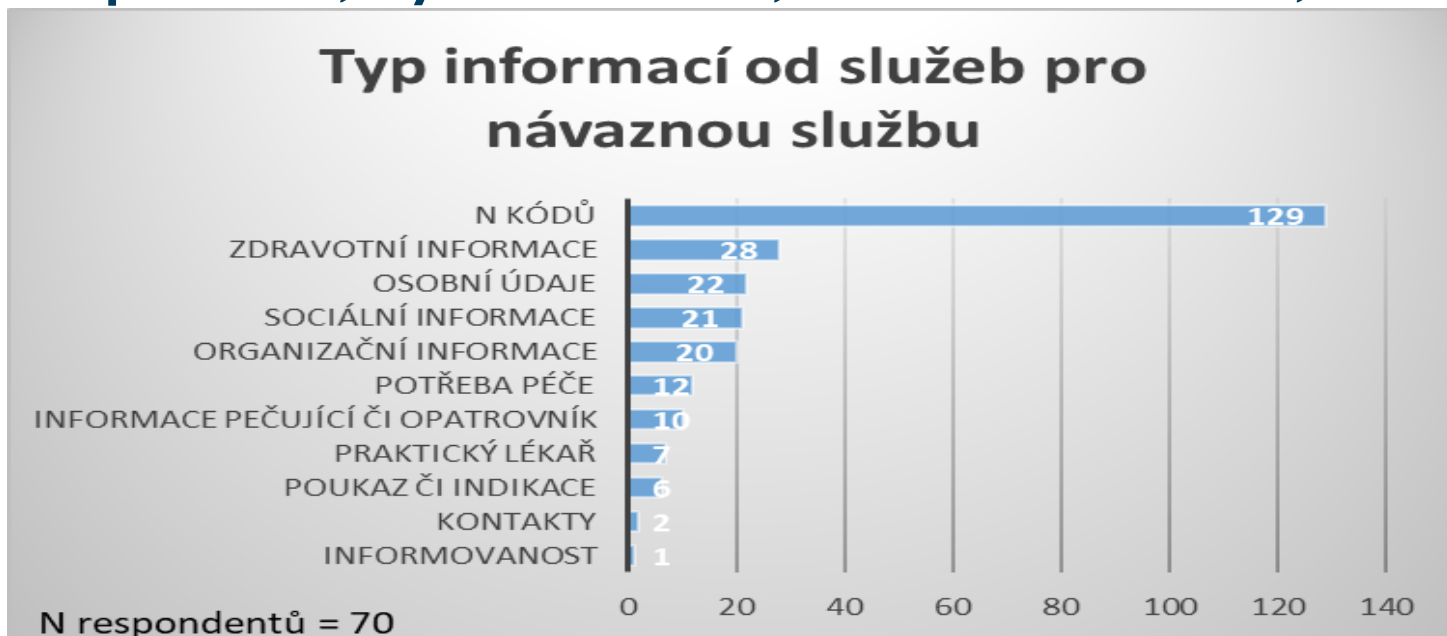
Typ předávané informace - potřeba soc. služby



Podmínky pro zajištění návaznosti zdravotních a sociálních služeb

Obecně je pro respondenty zásadní sdílení nebo předávání informací

- 40 % zdravotní informace (např. zdravotní stav, zdravotní anamnéza)
- 30 % osobní údaje, sociální anamnéza (např. omezení svéprávnosti, styl komunikace, ekonomická situace,



BARIÉRY ZAJIŠŤOVÁNÍ NÁVAZNÉ PÉČE

- **56 % vnímá obecné nedostatky při zajištění reálného fungování návaznosti zdravotních a/nebo sociálních služeb**
 - **78 % Nedostatečné personální kapacity služeb**
 - **75 % Nedostatečné kapacity služeb**
 - **43 % Komunikace/sdílení dat**
 - **41 % Mapování potřeb pacienta**
 - **26 % Legislativní a systémové problémy**
 - **Dále mapování potřeb, smluvní politika ZP**

Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb

PERSONÁLNÍ KAPACITY ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

78 % respondentů rozhodně či spíše vnímá nedostatečné personální kapacity ve službách (zdravotních i sociálních) jako bariéru návaznosti služeb

Podněty k řešení:

•43 % - Finanční ohodnocení

- **Všeobecné sestry, pracovníci v sociálních službách**
- **Řešení úhrady mzdových nákladů MSPP pro některé profese – kaplan, nutriční terapeut, psycholog**

•20 % - Vzdělávání všeobecných sester (např. uznávání středoškolského vzdělání)

•16 % Prestiž – všeobecné sestry, sociální pracovníci, služby zaměřené na paliativní péči

•Kompetence, financování služeb, administrativa, osvěta, péče o zaměstnance, motivace studentů a zájemců o studium, podpora péče ve vlastním sociálním prostředí na úkor lůžkové péče + dlouhodobý plán rozvoje zdravotně sociálních služeb

Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb

KAPACITY ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

75 % respondentů rozhodně či spíše vnímá nedostatečné kapacity zdravotních a/nebo sociálních služeb jako bariéru návaznosti služeb

•17 % respondentů pak sdílelo možná opatření k řešení nedostatečných kapacit zdravotních a/nebo sociálních služeb

Z toto:

•38 % opatření z oblasti podpory zaměstnanců (finanční i nefinanční) i obecné podpory sociálních služeb

•Téměř 20 % opatření z oblasti práce s kapacitami služeb

- Vyšší podpora ze strany krajů v oblasti rozšiřování kapacit terénních sociálních služeb a úvazků**
- Vyšší přístupnost zdravotních pojišťoven k uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb**

•Personální zajištění služeb, vzdělávání, podpora neformálních pečujících + plánování rozvoje služeb

Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb V OBLASTI LEGISLATIVNÍHO A SYSTÉMOVÉHO NASTAVENÍ

26 % respondentů rozhodně či spíše vnímá legislativní a systémové nastavení zdravotních a/nebo sociálních služeb jako bariéru návaznosti služeb

Z toho:

- **55 %** problémy v oblasti financování služeb a odměňování zaměstnanců
 - Oddělení systémů přináší snižování efektivity vynaložených prostředků
 - Návazné nedostatečné financování některých ze služeb (terénní sociální služby, MSPP)
 - Nejistota financování sociálních služeb
 - Nedostatečné odměny pracovníků v sociálních službách i všeobecných sester a úhrada „sociálních profesí“ u poskytovatelů zdravotních služeb
- **Téměř 30 %** problémy v oblasti kompetencí - nedostatečné kompetence všeobecných sester i pracovníků v sociálních službách, nevyřešené kompetence praktických sester, nevyužité kompetence lékařů

Navrhovaná opatření řešení bariér v oblasti LEGISLATIVNÍHO A SYSTÉMOVÉHO NASTAVENÍ

- **Úprava a vyjasnění obecných kompetencí ve zdravotních a sociálních službách a kompetencí jednotlivých profesí**
- **U pracovníků v sociálních službách řešení výkonu některých činností (podávání léků, podávání stravy PEGem)**
- **U všeobecných sester:**
 - **Kompetenčně rozlišovat mezi sestrami s různým vzděláním (např. vysokoškolsky vzdělanými, s ARIPEM+ pro sestry specialistky), přehodnocení (navýšení) jejich kompetence**
 - **Úprava systému vzdělávání a např. návrat uznávání středoškolského vzdělání jako plnohodnotného pro všeobecnou sestru**
- **Financování služeb:**
 - **Navýšení uzavřených smluv pojišťoven s poskytovateli péče v odbornosti 720, 926, 925**
 - **Řešení problematiky uzavírání smluv v případě úspěšného výběrového řízení na kraji ze strany ZP (ev. smluvní povinnost)**
 - **Schválení nových výkonů**
 - **Zjednodušení zdravotnické dokumentace**

Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb

UZAVÍRÁNÍ SMLUV SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI

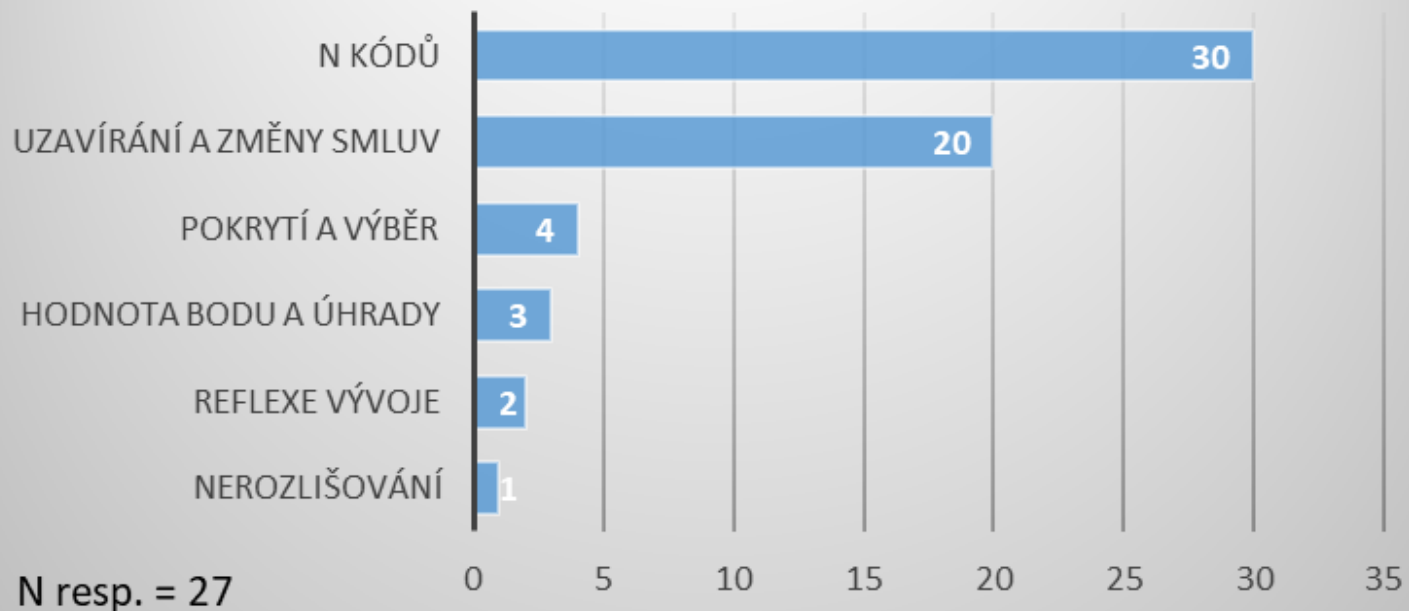
27 respondentů uvedlo problémy v oblasti uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami:

- **74 % problémy v oblasti uzavírání a změn smluv**
 - **Náročnost a zdlouhavost procesu**
 - **Uzavírání nových smluv či jejich změny jsou obtížné až nemožné**
 - **Při uzavírání smluv v regionech chybí systematicčnost a transparentnost**
- **Pokrytí a výběr**
 - **Rozdíl mezi malými a většími ZP – méně nasmlouvaných poskytovatelů**
 - **Rozdíly v pokrytí mezi regiony**
- **Hodnota bodu a úhrady – bez reflexe inflace a zvýšených nákladů**

Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb

UZAVÍRÁNÍ SMLUV SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI

Problémy - uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami



Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb KOMUNIKACE/SDÍLENÍ INFORMACÍ

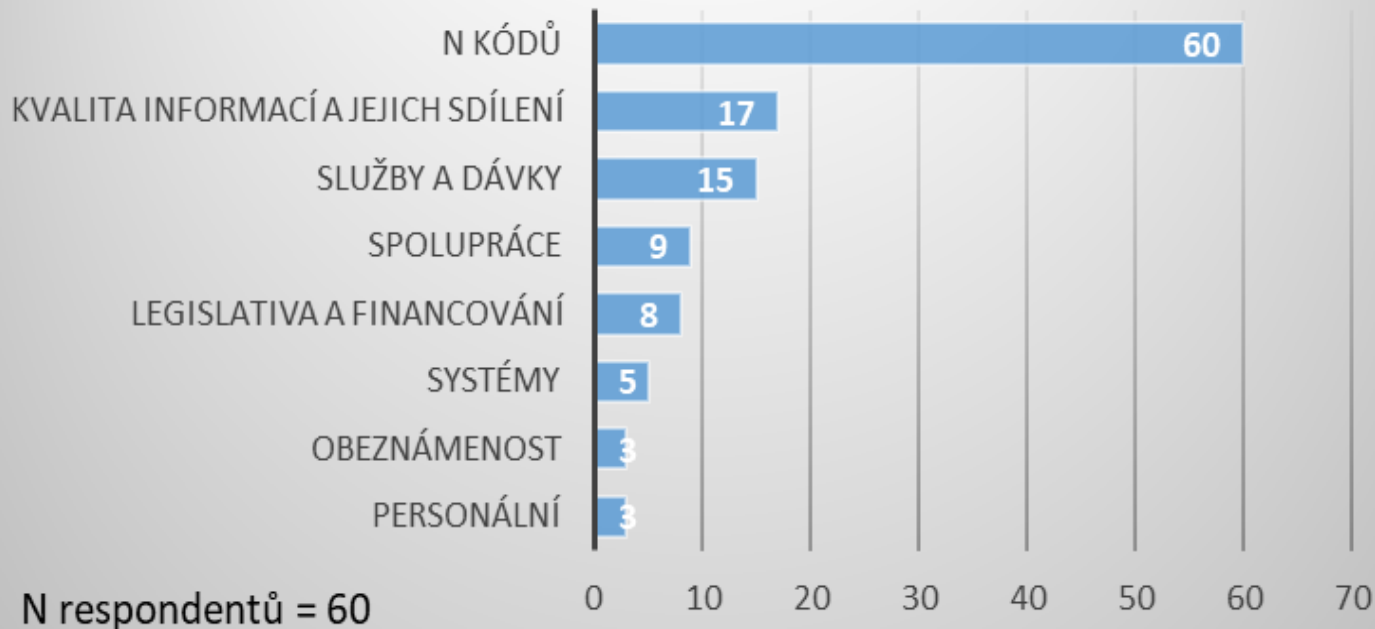
43 % rozhodně či spíše vnímá nedostatečnou komunikaci a/nebo sdílení informací (zdravotních i sociálních) jako bariéru návaznosti služeb

•Z toho:

- 53 % mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb**
- 45 % mezi všeobecnými lékaři a poskytovateli sociálních a zdravotních služeb**
- 37 % problematická kvalita informací a jejich sdílení – nepřesnost, neaktuálnost neúplnost, neexistence jednotného a funkčního systému k předávání informací o pacientovi mezi poskytovateli a např. GDPR**
- 32 % problémy v oblasti služeb a dávek - omezená dostupnost praktických lékařů i kapacit služeb, faktická neznalost jednotlivých služeb a dávek**
- Navázaná spolupráce a ochota ke spolupráci, legislativní překážky**

Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb KOMUNIKACE/SDÍLENÍ INFORMACÍ

Problémy v oblasti komunikace/sdílení dat



Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb

MAPOVÁNÍ POTŘEB

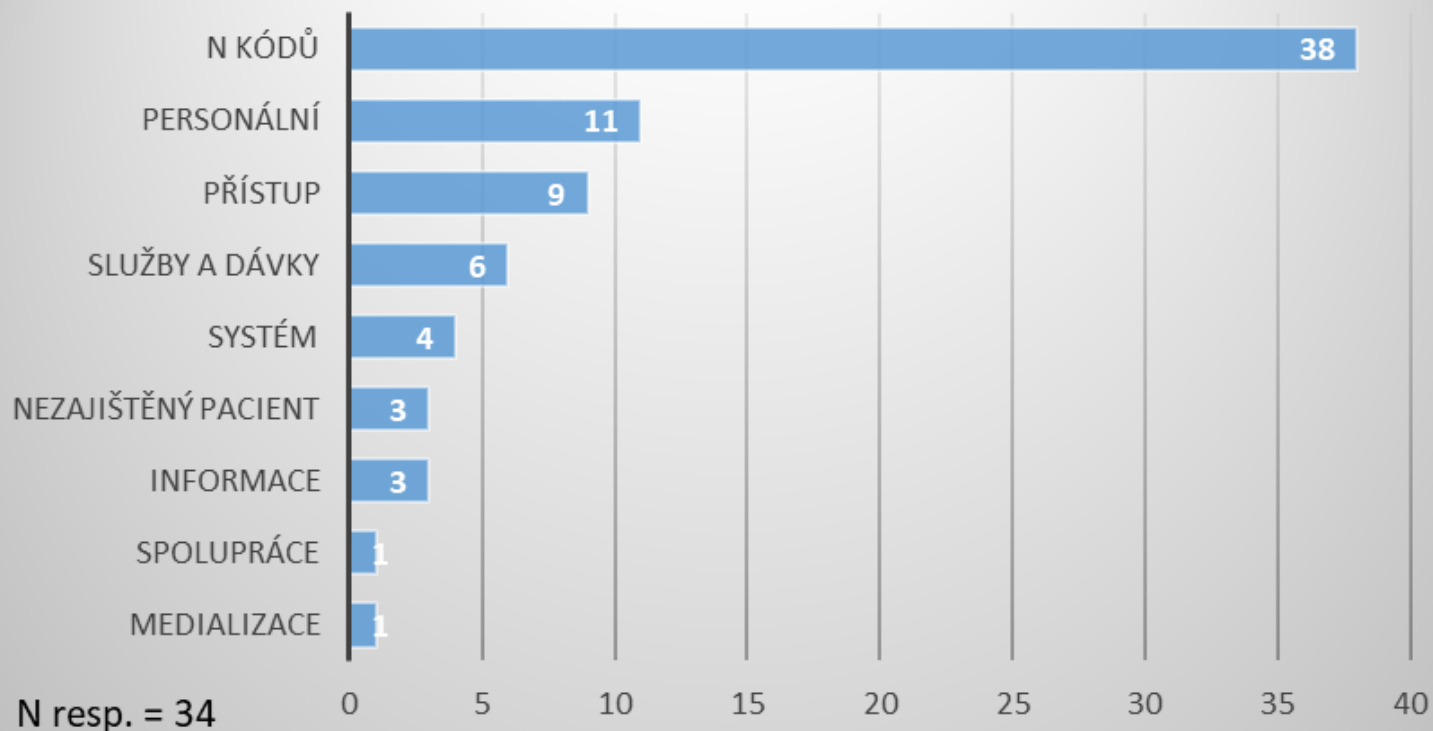
- **33 % nedostatky v personální oblasti:**
 - Nedostatek sociálních pracovníků, kteří by potřeby mapovali
 - Nedostatečné kapacity pro mapování nebo úplná absence mapování
- **26 % nedostatky v oblasti přístupu:**
 - Pojetí pacienta jakožto diagnózy či kódu
 - Nízká individualizace a pojetí člověka v bio-psycho-socio-spirituálním komplexu
- **Nedostatečná informovanost o jednotlivých službách a sociálních dávkách**
- **Systemové nedostatky:**
 - Fragmentované mapování potřeb jednotlivými poskytovateli
 - Nepružná reakce na potřeby obyvatel ze strany krajů, poskytovatelů služeb, obtížný vstup do krajské sítě sociálních služeb
 - Nedostatečné či neúplné informace o pacientovi
 - Nedostatečné mapování potřeb pacienta v průběhu hospitalizace (nezajištění podpory při propouštění)

Podnět k řešení: *„Výrazně zvýšit limity domácí zdravotní péče u praktických lékařů a specialistů bez možnosti postihů za neoprávněně naordinovanou péči, zaměřit se na proškolení a informovanost všech dotčených spolupracujících subjektů.“*

Bariéry návaznosti zdravotních a sociálních služeb

MAPOVÁNÍ POTŘEB

Nedostatky v oblasti mapování potřeb pacientů



Dobré praxe

- 41 respondentů sdílelo dobrou praxi při zajištění návaznosti na zdravotní služby
 - Dobré praxe se nejčastěji týkaly:
 - Spolupráce (mezi službami i v rámci jedné služby)
 - Předávání pacientů/klientů do návazných služeb (hospice, specializovaná péče)
 - Předávání informací v rámci poskytovaných služeb (CDZ a psychiatrické zdravotnické zařízení)
 - Zajišťování návazných služeb – komunikace s lékaři a sociálními pracovníky lůžkových zdravotnických zařízení, praktičtí lékaři)
 - Síťování, týmové porady, konzultace
- 69 respondentů sdílelo dobrou praxi při zajištění návaznosti na sociální služby
 - Dobré praxe se nejčastěji týkaly:
 - Spolupráce
 - Komplexní péče
 - Poradenství



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Děkujeme za pozornost



Spolufinancováno
Evropskou unií

Václav Pláteník
Martina Hejdová