

Zápis z 15. jednání Pracovní skupiny Zdravotnictví a sociální věci

Název	15. jednání pracovní skupiny Zdravotnictví a sociální věci (ZSV)
Datum	28. 1. 2026, 10:00 –11:45
Místo	Zborovská 11, Praha 5 – Smíchov, místnost č. 2045
Účastníci	viz prezenční listina
Přílohy zápisu	1) Příloha č. 1_Pozvánka + program 2) Příloha č. 2_Prezenční listina 3) Příloha č. 3_Mgr. Ina Avramioti_DEI Zámek Nalžovice 4) Příloha č. 4_MUDr. Marcela Koudelková_KOMPAS 5) Příloha č. 5_Mgr. Simona Dobisová_Poskytovatelé soc. služeb x poskytovatelé zdrav. služeb

1. Úvod 15. jednání PS Zdravotnictví a sociální věci

Předseda PS, pan Jakub Šlajs přivítal všechny přítomné na 15. jednání pracovní skupiny ZSV a seznámil členy PS s programem tohoto jednání.

Pracovní skupina se sešla v neusnášeníschopném počtu členů (6 členů, 4 hostů a 2 členové sekretariátu RSK SK, podrobněji Příloha č. 2).

Při seznamovacím kolečku paní Mgr. Pilná vznesla podnět ohledně opakovaných komplikací při výjezdech Zdravotnické záchranné služby do pobytových zařízení sociálních služeb. Jádrem problému je neústupný požadavek jednoho z výjezdových lékařů na předkládání občanských průkazů klientů ihned po příjezdu na místo. Tento požadavek je v prostředí domovů pro osoby se zdravotním postižením často obtížně splnitelný, neboť klienti doklady u sebe běžně nenosí a jejich dohledávání personálem v krizových situacích zbytečně zdržuje poskytování péče a vyvolává napětí. Podle svědectví dalších účastníků se nejedná o ojedinělý incident, ale o širší problém rezonující mezi sociálními pracovníky v regionu Kolínska a Uhlířskojanovicka.

Zástupci zdravotnické sekce naší PS v reakci na tento podnět zdůraznili ochranu funkčnosti systému a nabídli řešení formou přímé komunikace. Bylo poukázáno na to, že záchranná služba aktuálně vyvíjí metodické manuály pro pobytová zařízení, které mají personálu pomoci lépe vyhodnotit indikace k volání tísňové linky a předejít tak nadbytečným výjezdům u banálních stavů. Diskuse rovněž akcentovala personální



podstav, se kterým se potýkají obě strany – jak nedostatek lékařů u ZZS, tak sester v sociálních službách, kde o přivolání pomoci často rozhodují pracovníci v sociálních službách po telefonické konzultaci.

Závěrem se účastníci shodli na nutnosti uspořádat společné jednání u kulatého stolu. Cílem tohoto setkání v rámci pracovní skupiny bude adresné vyřešení konkrétních stížností na arogantní jednání, ale především nastavení standardizovaného postupu pro identifikaci klientů a zlepšení vzájemné součinnosti mezi zdravotníky a pracovníky v sociálních službách v terénu.

Po dokončení seznamování bylo přikročeno k prvnímu bodu jednání.

2. Jakub Šlajs, DiS.: Aktuality k deinstitucionalizaci sociálních služeb v rámci RAP

Středočeský kraj v současné době realizuje deinstitucionalizaci sociálních služeb v rámci Regionálního akčního plánu, přičemž tento proces je metodicky veden a dozorován Ministerstvem práce a sociálních věcí. Hlavním cílem je transformace velkokapacitních ústavů sídlících v historických objektech na moderní komunitní služby. Aktuálně jsou v různé fázi rozpracování tři klíčové akce, které se týkají organizací Nalžovický zámek, Vyšší Hrádek a Koniklec Suchomasty. Původně zvažované záměry u dalších organizací, jako je například Bellevue, byly z časových a realizačních důvodů pro toto období odloženy.

V případě organizace Vyšší Hrádek, do které byla sloučena zaniklá příspěvková organizace Rybka, se transformace soustředí na klienty s velmi vysokou mírou podpory, kteří jsou často trvale upoutáni na lůžko. Pro tyto účely byl od města Neratovice získán pozemek v lokalitě Lobkovice, kde vznikne specializované nízkopodlažní zařízení kruhového charakteru pro dvanáct klientů, kteří jsou ve vysoké míře podpory. Budova je navržena s důrazem na bezbariérovost, se samostatnými vstupy do jednotlivých pokojů a s instalací stropních zvedacích systémů pro usnadnění manipulace s imobilními klienty. V současné době máme hotovou studii a ideový návrh, který zbývá odsouhlasit a poté se přikročí k tvorbě projektové dokumentace. ta by měla být hotová do poloviny letošního roku. Souběžně s novou výstavbou dojde k humanizaci původní vily v Tovární ulici v Neratovicích. Zde bude po odchodu části klientů do Lobkovic vytvořeno zázemí pro osmnáct osob rozdělených do tří domácností, čímž zaniknou nevyhovující pětilůžkové a průchozí pokoje a bude zaveden standard jedno a dvoulůžkového ubytování.

Projekt v Konikleci Suchomasty představuje jednu z nejsložitějších etap, neboť se týká čtyřiceti klientů s mentálním postižením, kteří v současnosti žijí v nevyhovujících průchozích komnatách tamního zámku bez jakékoliv intimity. První část klientů by měla najít nový domov ve dvou domech v obci Trubín, kde již proběhla veřejná projednání se samosprávou a obyvateli. Dalších osmnáct klientů by mělo být vyvedeno do Zdic, kde se aktuálně jedná o nákupu pozemků. Celý proces v Suchomastech však naráží na nutnost dohody s obcí ohledně budoucího využití uvolněného zámku v centru obce a je pravděpodobné, že transformace zde bude probíhat etapovitě a přesáhne do dalšího programového období IROPu.

Radní Martin Hrabánek zdůrazňuje, že celá strategie kraje nestojí pouze na stavebních úpravách, ale na fundamentální změně kvality života a zajištění důstojnosti a soukromí pro všechny klienty. Přestože



**Spolufinancováno
Evropskou unií**



**MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR**

jednání o lokalitách a administrativní procesy na úrovni ministerstva, kde dochází k častým personálním změnám na pozicích ředitelů odborů, přinášejí určité komplikace, kraj považuje začleňování handicapovaných osob do běžných komunit za nezvratný proces. Zkušenosti, z již dokončených projektů potvrzují, že integrace do běžné zástavby je pro klienty nesmírně přínosná a obce tyto nové sousedy postupem času přijímají jako přirozenou součást svého společenství. Příprava transformačních plánů a studií proveditelnosti pokračuje tak, aby bylo možné plynule čerpat finanční prostředky z evropských fondů a postupně uzavřít všechny zbývající ústavní kapacity.

3. Mgr. Ina Avramiotti: Příklad dobré praxe – DEI Domov pro osoby se zdr. praxe Nalžovický zámek

Projekt deinstitucionalizace Domova Nalžovický zámek představuje zásadní krok v modernizaci sociálních služeb v regionu. Hlavním cílem této transformace je přesun 31 klientů se zdravotním postižením z historických a nevyhovujících prostor zámku do moderního komunitního bydlení v nových lokalitách, jako je například Březnice. Ačkoliv celková kapacita služby DOZP (Domov pro osoby se zdravotním postižením) činí 49 lůžek, tato vlna transformace se týká právě oněch 31 míst situovaných přímo v areálu zámku a jeho přístavbách.

Hlavním impulsem ke změně byl kritický technický stav objektu a jeho vysoká bariérovost. Zámek ani přilehlé budovy Rozárka a Domeček neumožňují bezbariérový pohyb, což klienty činí zbytečně závislými na neustálém doprovodu personálu. Situaci komplikuje status kulturní památky, který brání nezbytným úpravám. Symbolem ústavního charakteru služby zůstávají například mříže v oknech, které z památkových důvodů nelze odstranit. Ty však představují nejen estetický problém, ale především bezpečnostní riziko při případné evakuaci či požáru.

Kromě technických nedostatků, jako je absence soukromí ve velkých pokojích a nedostatečné hygienické zázemí, hraje klíčovou roli také sociální izolace. Klienti na zámku jsou fakticky odříznuti od běžné infrastruktury. Transformace jim má přinést dostupnost služeb, které jsou v běžných obcích standardem – od návštěvy knihoven až po kulturní akce. Nový koncept počítá s výstavbou přízemních domečků s celkovou kapacitou 36 lůžek, které budou plně simulovat přirozené domácí prostředí. Architektonické návrhy jsou přitom řešeny citlivě tak, aby personál měl potřebné zázemí, ale nenarušoval soukromí obyvatel.

Celý proces se momentálně nachází ve fázi aktivní výstavby, přičemž veškerá administrativní příprava včetně transformačních plánů a studií proveditelnosti je již hotová. Realizační tým nyní čeká náročná práce s personálem i samotnými uživateli. Je nezbytné připravit zaměstnance na změnu přístupu z „ústavní péče“ na podporu „domácnosti“ a vyrovnat se s logistickými výzvami, jako je dojíždění do nových míst. Neméně důležitou součástí je pak příprava místních komunit v cílových lokalitách. Úspěch projektu totiž do značné míry závisí na komunikaci se sousedy a osvědčení místních samospráv, které mohou významně přispět k hladké integraci klientů do běžného života společnosti.



**Spolufinancováno
Evropskou unií**



**MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR**

4. MUDr. Marcela Koudelková: Představení projektu KOMPAS – Domácí a komunitní ošetrovatelská péče

Projekt KOMPAS (Systémová podpora domácí péče v ČR) je prezentován jako zásadní krok k řešení dlouhodobě opomíjeného segmentu zdravotnictví.

Motivace a pozadí projektu

Projekt vznikl jako reakce na dlouhodobé „stesky“ a podněty z terénu, že domácí péče není férově ohodnocená. Autorka zdůrazňuje, že sice existují data z ÚZISu, ale ta dosud viděla pouze zdravotní péči, nikoliv celého člověka – například kolikrát byl hospitalizován nebo jaké čerpá sociální dávky.

- **Propojení systémů:** V rámci projektu se poprvé podařilo propojit data Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, což umožňuje řešit tzv. zdravotně-sociální pomezí.
- **Demografický tlak:** populace stárne takovým tempem, že pro budoucí potřeby péče o seniory nad 75 let (kterých má být kolem půl milionu) by bylo potřeba postavit „jedno menší město“. Problémem však nejsou jen budovy, ale nedostatek personálu: „Ty baráčky možná vystavíme, ale otázka je, čím je naplníme“.

Realita práce sester v terénu (neviditelná práce)

Zásadním bodem přednášky je rozpor mezi vykazovaným časem a reálnou prací sestry. Současný systém zohledňuje pouze samotný výkon u pacienta, nikoliv „příběh“, který mu předchází.

- **Příklad z praxe:** Sestra přijde k pacientovi, musí se probíjet přes domácí zvířata, zjistí, že neteče voda nebo nejde elektrina, protože jí pacient zapomněl zaplatit. Než začne s ošetřováním, musí tyto provozní věci vyřešit.
- **Časová propast:** Lékař napíše na ošetření rány 15 minut, ale sestra tam reálně stráví mnohem více času, například čekáním na záchranku nebo konzultacemi s lékařem, které se jí nikde neproplatí.
- **Hypotéza projektu:** Odhaduje se, že sestra je v práci reálně 55 hodin týdně, ačkoliv placeno má standardních 40 hodin. Projekt má tato data poprvé exaktně změřit.

Mechanismus sběru dat a referenční síť

Projekt usiluje o vytvoření reprezentativního vzorku 100 poskytovatelů domácí péče (včetně mobilních hospiců a domovů se zvláštním režimem).

- **Sběr bez administrativní zátěže sester:** Data budou sbírána dva roky (2026–2027) do systému eREG. Aby sestry nebyly zatěžovány „klikáním“, projekt zaplatí každému centru dva administrativní pracovníky na dohodu (DPP), kteří budou data přepisovat ze záznamů sester.
- **Ekonomická data:** Poskytovatelé budou reportovat i své účetnictví (cca 10 formulářů). Autorka uklidňuje, že ÚZIS není kontrolní orgán pojišťovny: „Potřebujeme vzít ekonomická data, napárovat



je na produkční data a spočítat náročnost na pacienta“. Cílem je zjistit reálné náklady na provoz (auta, administrativa, platy) u malých i velkých zařízení.

Očekávané výstupy a PR

- **Klasifikace závažnosti:** Projekt má rozlišit, že „není diabetik jako diabetik“. Polymorbidní pacient vyžaduje jinou dotaci času než prostá edukace.
- **Doporučené postupy:** Ve spolupráci se Švýcarsy a institutem NIKEZ (Národní institut kvality a excelence zdravotnictví) vzniknou závazné doporučené postupy, které vydefinují, co přesně se má v domácí péči dělat a jaké kompetence mají sestry mít.
- **Zviditelnění segmentu:** Autorka přiznává, že i ona jako lékařka o rozsahu domácí zdravotní péče dříve moc nevěděla a veřejnost si ji plete se sociálními službami („nákupy, mytí“). Proto je plánována PR kampaň, aby lidé věděli, že sestra může pacienta ošetřovat doma i po těžké operaci.

Celý projekt stojí na dobrovolnosti a motivaci: „Když tohle ÚZIS prokaučuje, tak otázka je, kdy se zase najdou peníze“. Cílem je předložit ministerstvu a pojišťovněm nezpochybnitelná data, na jejichž základě bude možné vyjednat vyšší platy a lepší podmínky pro sestry.

Příloha č. 4_MUDr. Marcela Koudelková_KOMPAS

5. Mgr. Simona Dobisová: Novinky o ošetrovatelské péči v zařízeních sociálních služeb

Současný systém poskytování ošetrovatelské péče v pobytových sociálních službách prochází zásadní proměnou. Zatímco do konce února 2025 fungovala odbornost 913 na bázi pouhého oznámení na příslušný KÚ, nová legislativa platná od 1. března 2025 zavádí povinnost získat plnohodnotné **oprávnění k poskytování zdravotních služeb**. Pro stávající poskytovatele je klíčovým datem 1. leden 2027, odkdy musí mít toto oprávnění pravomocné, což v praxi znamená podat žádost nejpozději do konce září 2026. Nově vznikající zařízení však musí tyto podmínky splňovat okamžitě. Tato změna s sebou nese nejen administrativní zátěž, ale i citelnou právní odpovědnost. Zařízení se stávají subjekty podléhajícími kontrolám a v případě závažných pochybení – jako je práce nekvalifikovaného personálu nebo porušení důstojnosti klienta – jim hrozí sankce až do výše jednoho milionu korun.

Z diskusí odborníků vyplývá, že největší výzvou zůstává personální zajištění. Nové standardy striktně vyžadují přítomnost všeobecných sester se specializací (S3), které zastávají roli odborných zástupců. V praxi však zařízení narážejí na kritický nedostatek těchto pracovníků. Často se spoléhají na sestry v důchodovém věku, protože mladší personál se obává vysoké míry samostatné zodpovědnosti v prostředí, kde lékař není fyzicky přítomen a konzultace probíhají pouze po telefonu. Zároveň dochází k paradoxním situacím v oblasti vzdělávání, kdy absolventky magisterských oborů sice disponují vysokým titulem, ale v terénu jim chybí praktické zkušenosti, které mají sestry s dlouholetou praxí.



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR

Debatu vyvolává také postavení praktických sester (S2). Ačkoliv jsou v zařízeních nepostradatelné, podle legislativy nesmějí pracovat zcela samostatně bez dohledu všeobecné sestry. Mezi poskytovateli panuje obava, že pokud by došlo k uvolnění kompetencí pro sestry S2, zdravotní pojišťovny by na to mohly reagovat plošným snížením úhrad za výkony s argumentem, že péči zajišťuje méně kvalifikovaný personál.

Specifickou kapitolou je zavedení **sociálně-zdravotních lůžek**, která tvoří mezistupeň mezi nemocniční a domácí péčí. Na rozdíl od klasické odbornosti 913, která je hrazena za konkrétní provedené úkony, je tato péče hrazena formou paušálního lůžko-dne. To vyžaduje přísné oddělení prostor i personálních úvazků. Klient si v tomto režimu hradí ubytování a stravu, zatímco zdravotní složka je kryta pojišťovnou. Celý proces transformace je tak provázen snahou dát ošetrovatelské péči v sociálních službách jasný řád a standard, ovšem za cenu rostoucích nároků na odbornost a personální stabilitu jednotlivých zařízení.

Příloha č. 5_Mgr. Simona Dobisová_Poskytovatelé soc. služeb x poskytovatelé zdrav. služeb

Pan předseda poděkoval všem přítomným za účast. Upozornil, že v průběhu března bude pracovní skupinu čekat korespondenční odsouhlasení úpravy jednotlivých alokací pro deinstitucionalizaci z IROPu.

Paní Jana Pilná se připomněla s uskutečněním kulatého stolu ke komunikaci s výjezdovými lékaři a jejich požadavku na předkládání občanských průkazů klientů. Přípravu kulatého stolu přislíbil Jakub Šlajs se Simonou Dobisovou.

Následně bylo 15. jednání pracovní skupiny ukončeno. Termín příštího zasedání PS Zdravotnictví a sociální věci zatím nebyl stanoven. Avízo bude členům a hostům zasláno s předstihem.

Zapsal: Michal Kosprd, garant PS Zdravotnictví a sociální věci, sekretariát Regionální stálé konference Středočeského kraje

Zápis schválil:

Jakub Šlajs, DiS.
předseda pracovní skupiny



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR