



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

## Evaluace projektu

# **„Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“**

**CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0009641**

*Hand-out pro prezentaci výsledků  
evaluace*

Verze pro tisk



4G eval s.r.o.  
18.10.2022



## ZVÝŠILA SE VYUŽITÁ KAPACITA SLUŽEB ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ZAMĚŘENÉHO NA CS PROJEKTU V PILOTOVANÝCH MĚSTECH OPROTI VÝCHOZÍMU STAVU?

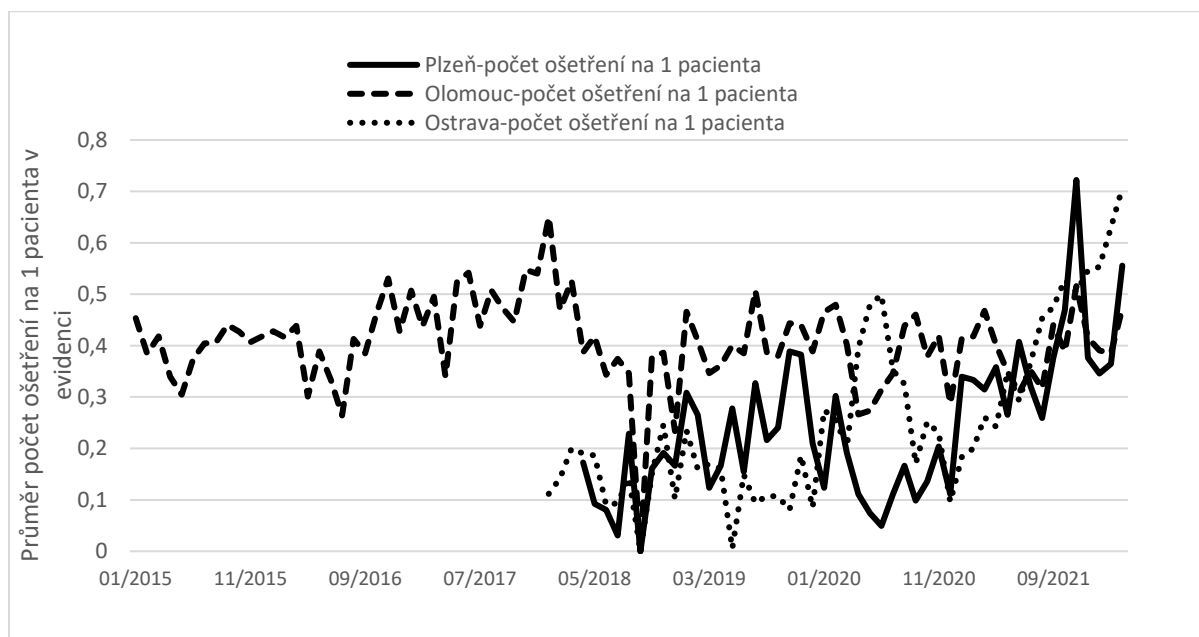
Počet pacientů z CS v ordinacích se zvýšil během realizace projektu o 2294 z původních 5917 (viz tabulka 1). Cíl projektu (min. 500 UO navštíví ordinaci během projektu) se podařilo splnit ve 3 ze 4 ordinací, tedy v Olomouci, Ostravě a Praze (v Pardubicích je populace osob CS menší, do 150 osob CS). Z dat IS ordinací je patrné, že po vstupu ordinací do projektu (1. duben, respektive 1. srpen 2020) došlo u některých z nich k nárůstu počtu ošetření osob bez přístřeší (Pardubice, Ostrava). Tento nárůst je způsoben nábořem a intenzivnějším ošetřováním CS (grafy 1 a 2). V průběhu druhé poloviny projektu do jara 2022 počet ošetření zůstává relativně stabilní (Olomouc), nebo mírně klesá (Pardubice, Praha).

Tabulka 1 - Základní charakteristika datového vzorku

Ordinace	Počet unikátních pacientů celkem	Počet unikátních pacientů před projektem	Počet unikátních pacientů v projektu	Vykazované indikátory unikátních pacientů	Změna počtu pacientů	Začátek měření	Vstup do projektu	Konec projektu
Praha	5190	3708	1482	1214	1482	02.01.2015	01.08.2020	31.01.2022
Pardubice	366	259	184	455	107	01.11.2016	01.08.2020	31.01.2022
Olomouc	1264	1051	598	685	213	02.01.2015	01.04.2020	31.03.2022
Ostrava	1391	899	986	931	492	02.01.2018	01.04.2020	31.03.2022
<b>Celkem</b>	<b>8211</b>	<b>5917</b>	<b>3250</b>	<b>3285</b>	<b>2294</b>			

Pozn: Data z ordinace v Olomouci jsou k dispozici od roku 2008, ale pro srovnatelnost jsme použili data od roku 2015. Zdrojem dat jsou informační systémy zapojených ordinací. Možné rozdíly v počtu unikátních pacientů v monitorovacích indikátorech a evaluačním souboru mohou vzniknout způsobem, jakým jsou data generována a jaké databázové dotazy byly použity. Zdroj: Data z IS.

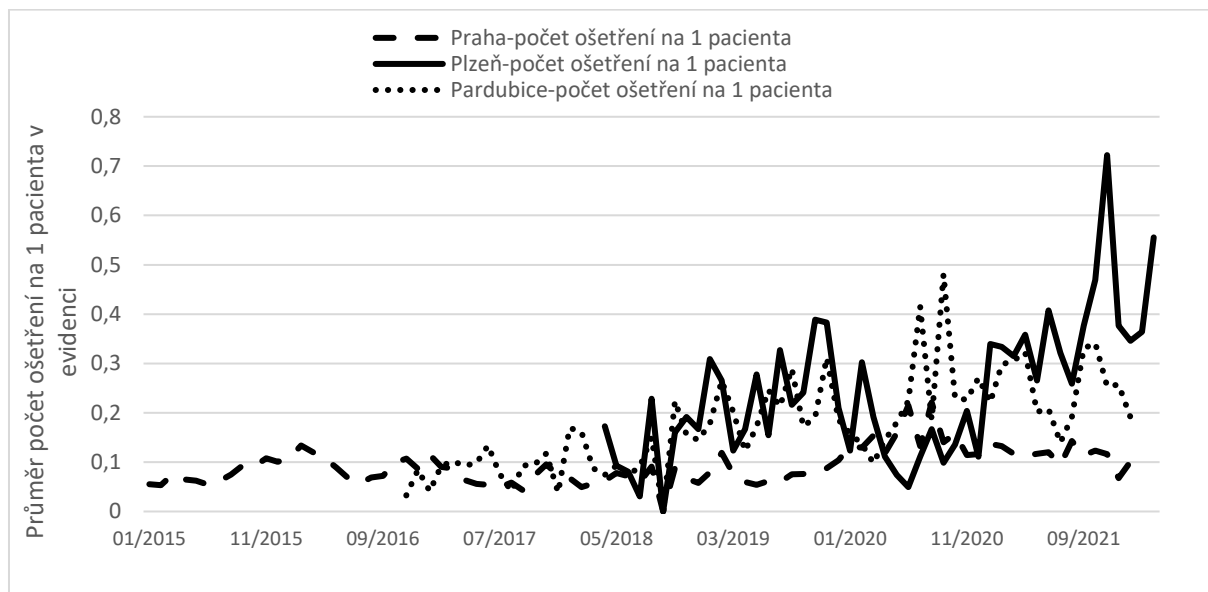
Graf 1: Vývoj průměrného počtu ošetření (ordinace zapojené od dubna 2020)



Zdroj: Data IS ordinací



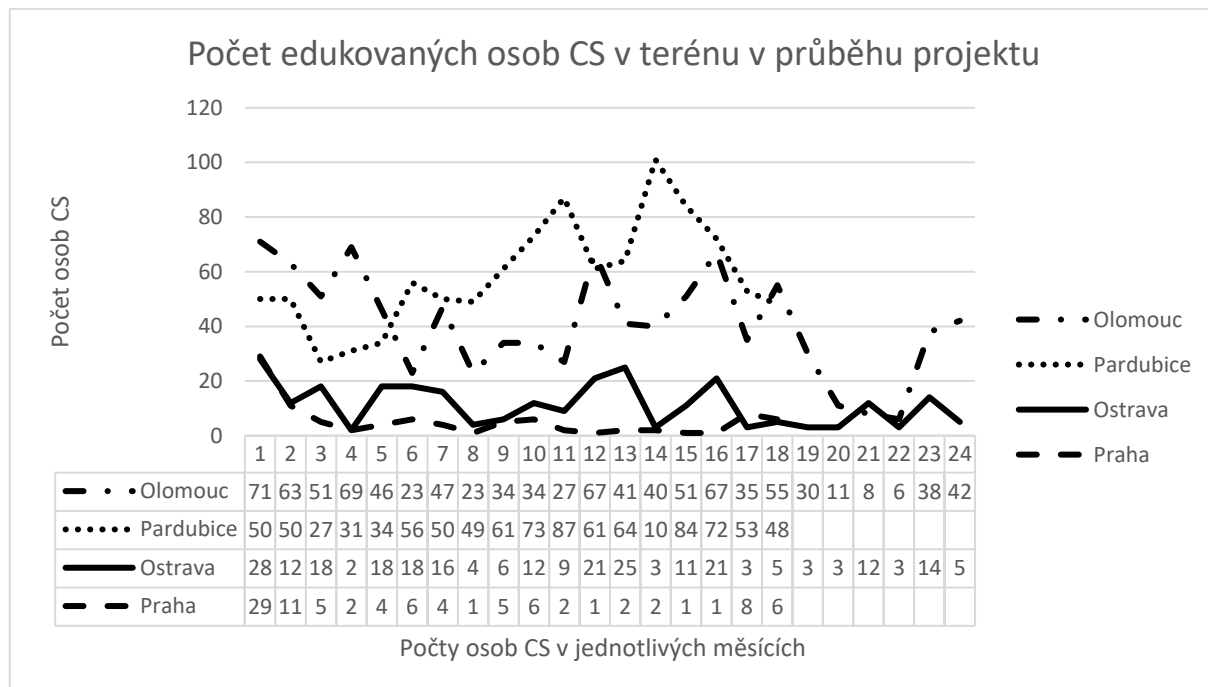
Graf 2: Vývoj průměrného počtu ošetření (ordinace zapojené od srpna 2020)



Zdroj: Data IS ordinací

Model edukace osob z CS v terénu včetně pozvání do ordinace, případné přihlášky do sociálních pobytových služeb a následné ošetřování v pobytové sociální službě fungoval efektivně. Bylo provedeno 2398 edukací osob CS (viz graf 3).

Graf 3: Počet edukovaných osob CS v terénu v průběhu projektu



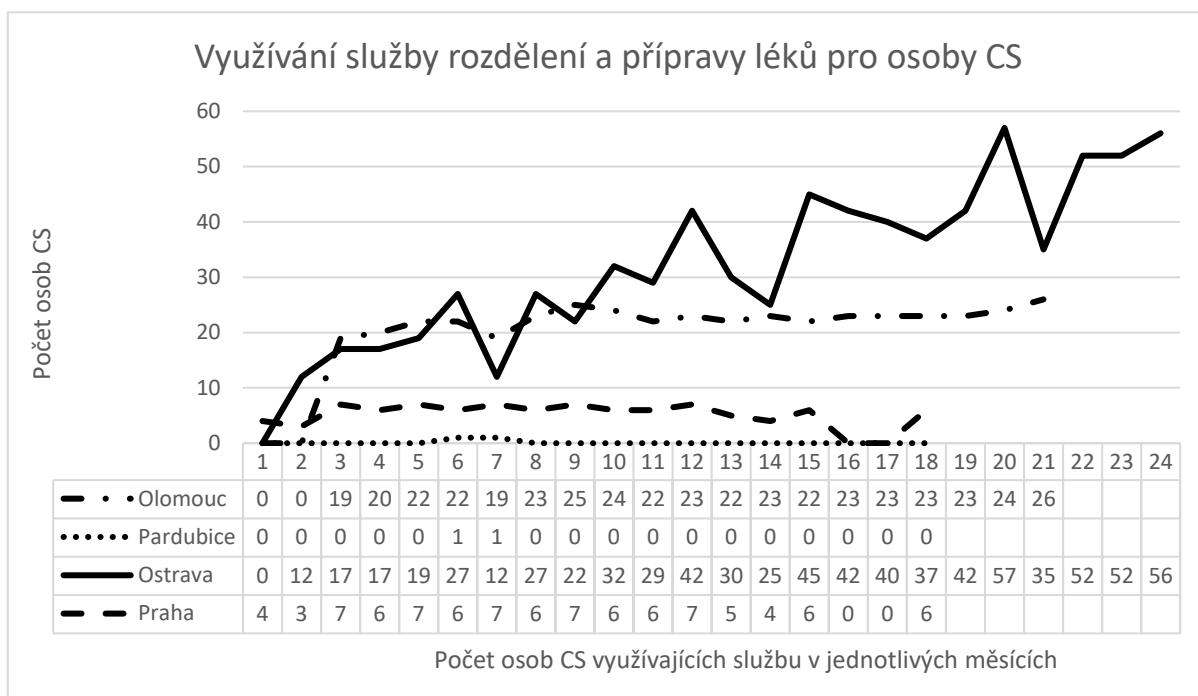
Zdroj: Data MMZ

Dále byly osoby CS 1399x odeslány ke specialistům (jedná se o měsíční součty z monitorovacích zpráv), 1292x byla poskytnuta služba „dávkač léků“ (v průběhu projektu rostoucí poptávka viz graf 4) a 1268x byla poskytnuta služba doplatků na léky. **K potřebnosti této služby uvádíme, že na základě hloubkových rozhovorů s CS bylo zjištěno, že až 20 % osob z CS může mít potíže s doplácením (zejména dražších) léků.** Dalším negativem je, že některé bezdoplatkové léky na bázi opioidů mohou



způsobovat závislosti, typicky byly stakeholdery zmiňovány léky proti bolesti. Přidruženým problémem vázaným na zhoršenou finanční situaci osob z CS je v kazuistikách několikrát zmiňovaný problém s jednorázovými výdaji na operační zákroky nehrazené ze zdravotního pojištění. Z výše uvedených důvodů mohou mít pacienti z CS obtíže s adekvátním zaléčením. Dobrou praxí je v tomto případě srovnávací ordinace v Plzni, která umožňuje v lékárně v areálu Polikliniky Bory vydání léku zdarma osobám z CS, pokud mají recept z ordinace praktického lékaře z Domova sv. Františka (tedy z ordinace ošetřující osoby CS).

Graf 4: Využívání služby rozdělení a přípravy léků



Zdroj: Data MMZ

Oddlužení bylo využíváno méně než jiné služby, byla po něm také menší poptávka (jednotky osob CS měsíčně), s výjimkou období tzv. Milostivého léta. CS zpravidla prioritně řeší svůj zdravotní stav, řešení dluhové situace vyžaduje delší čas a vysokou motivaci. Dle oslovených poraden pro oddlužení ji poptávají hlavně osoby CS pod střechem, typicky CS z azylových domů. Zvýšení nárůstu počtu pacientů ordinací a zároveň nerostoucí počet využívající služby oddlužení lze vysvětlit tím, že nárůst pacientů ordinací byl zaznamenán zejména díky oslovování osob CS v terénu – a osoby bez střechy nejsou primárními klienty služby oddlužení.

Efektivní spolupráci s následnými sociálními službami prokazují statistiky následných služeb v MMZ pro pacienty z CS, evidované ordinacemi (celkem 2213x jim byl vydáno potvrzení o bezinfekčnosti kvůli umístění do pobytové sociální služby), tedy byl naplněn cíl pomáhat CS s umístěním do pobytové sociální a využívat návazné služby na sociálním pomezí (projekt nesbíral data o umístěných klientech, pouze o referovaných do služeb).

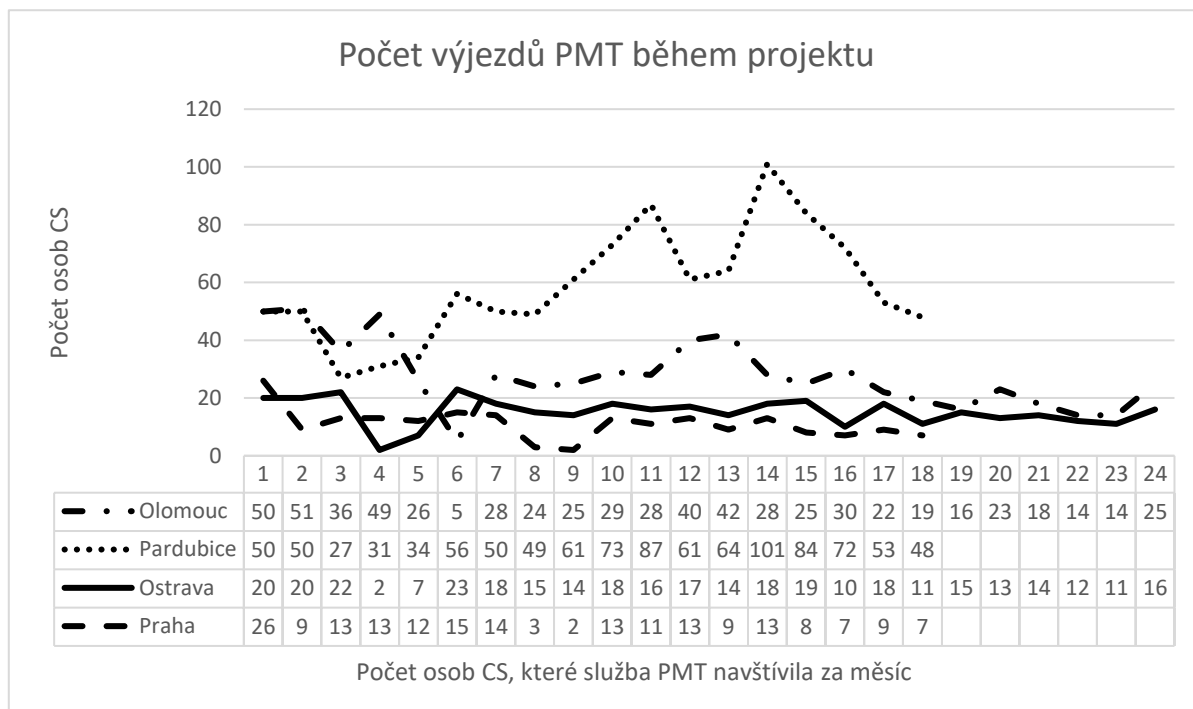
Odesílání a vyšetření u specialistů, pokud jsou odesláni z pilotní ordinace, je v kazuistikách popisováno jako bezproblémové. Jediná odbornost, která byla zmiňována CS častěji v kazuistikách jako obtížněji dostupná, byla stomatologická péče.

**Výrazně se v projektu dařilo preventivnímu mobilnímu týmu (PMT) zachytávat osoby CS v terénu (viz graf 5 na str. 5), přepravní vozidlo pro sociální službu bylo využíváno jak na přesun infekčních pacientů, tak na odvozy z terénu do zdravotnických zařízení. Úspěšné zachytávání osob CS v terénu prokazují četné kazuistiky (č. 10, 15, 18, 20, 22, 36, 39, 41, 51 a 52 a 56). Dle sociálních pracovníků je to klíčové při prevenci akutních/septických stavů, které mohou končit v nejhorším případě amputací končetin, následnou invaliditou, a ještě tak zhoršují začlenění zpět do společnosti. Aktivita preventivního**



mobilního týmu byla důležitá i proto, že CS zpravidla neumí svou zdravotní situaci adekvátně vyhodnotit. Velmi důležité proto bylo zejména to, že se do terénu dostala všeobecná sestra. Během pandemických vln se pak snižoval počet edukací ve prospěch převozu infekčních pacientů CS, či se intenzita výjezdů snížila, protože se nové osoby CS již podchytily. Dobrou praxí (a mnohdy nezbytností) byl výjezd sociálních pracovníků spolu se sestrou a řidičem do terénu (znalost prostředí, kde se osoby CS vyskytují, tudíž větší efektivita výjezdů).

Graf 5: Počet terénních výjezdů PMT během projektu



Zdroj: Data MMZ

**Míra proočkování pacientů byla nižší než u většinové populace**, což lze očekávat. Ve všech cílových skupinách a u všech nemocí došlo ke snížení proočkování, s jedinou výjimkou, kterou je ostravská CS u očkování proti chřipce. Toto je dáno zrušením některých plošných očkovaní. Velice pozitivní je ale efektivnost covidových převozů, která byla vyšší než u běžných odvozů ZZS. Efektivně se tedy dařilo zabráňovat šíření epidemie COVID-19 v populaci osob CS.

Dobrou praxí je také umístování ordinace přímo do komplexu sociálních služeb (Olomouc, Ostrava, Plzeň), či do blízkosti nízkoprahového denního centra (Praha) a také možnost umístit doprovázejícího psa do kotců pro pacienty-klienty (Městská Charita Plzeň, Armáda spásy Ostrava), čímž se efektivně přispívá ke snižování práhu pro vstup do služby/přijetí do péče.

### PŘÍSPĚL PROJEKT KE ZLEPŠENÍ PÉČE O ZDRAVÍ OSOB Z CS?

Pokud jde o výskyt infekčních onemocnění CS (hepatitida, TBC, chřipka, černý kašel), **celkově lze říci, že pro většinu zkoumaných diagnóz se relativní počet onemocnění zvýšil**. V případě TBC se výskyt nepatrně snížil, což lze přičíst zvýšenému záchytu osob z CS v terénu (prokázanému v předchozí evaluační otázce k efektivnosti a v kazuistikách). Viz tabulka 2 níže.

Tabulka 2 – Četnost výskytu infekčních onemocnění v projektových ordinacích

Ordinace	Hepatitida před projektem	Hepatitida během projektu	TBC před projektem	TBC během projektu	Chřipka před projektem	Chřipka během projektu	Černý kašel před projektem	Černý kašel během projektu
Praha	466	162	4	5	83	2	0	0
Pardubice	0	0	3	0	0	0	0	0

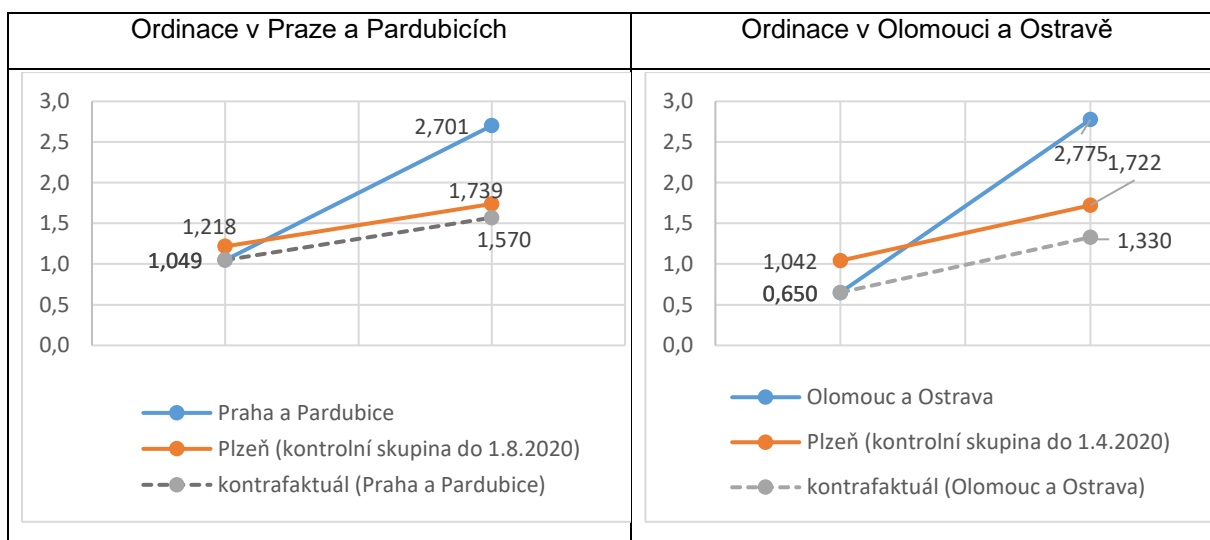


Olomouc	16	14	27	2	605	68	1	0
Ostrava	98	197	0	0	23	110	2	5
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	2	5	2	0	7	0	0	0
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	3	4	2	0	7	0	0	0
Infekční onemocnění celkem	580	373	34	7	711	180	3	5

Zdroj: Data IS

Metodou rozdílu v rozdílech bylo provedeno srovnání pilotních ordinací se srovnávací (nepodpořenou) ordinací v Plzni u relativní četnosti onemocnění hepatitidou – viz diagram 1 (metoda spočívá ve srovnání dat v rozdílném čase – před a během projektu, a srovnání ordinací v projektu a mimo něj). **Výsledkem je dopad projektu na zvýšení zachytu nemoci oproti srovnávací ordinaci v Plzni, která terénní službou a sestrou v terénu nedisponovala.** Podobně jako u hepatitidy můžeme odhadovat dopady i u dalších diagnóz. Nejen pro diagnózu hepatitidy, ale i pro diagnózy TBC a chřipky vycházejí odhady dopadů tak, že se relativní počty případů zvýšily. Detailní rozbor podle věku a pohlaví jsou uvedeny v Příloze J.

Diagram 1 – Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu hepatitidy



Pozn: Hodnoty jsou průměry výskytu hepatitidy na 1000 pacientů a měsíc. Zdroj: Data IS

U parazitárních onemocnění (svrab, pedikulóza, helmintóza) došlo opět převážně ke zvýšení zachytu nemocí a metoda rozdílu v rozdílech ukázala na odlišnou situaci v Plzni (viz tabulka 3 a viz diagram 2 na str. 7). Roli zde hraje také sezónnost a lokální ohniska onemocnění. Opakující se nákazy v terénu či v zasažených zařízeních přispívají k opakovanému nakažení osob CS a k nutnosti provádět ošetření vícekrát (viz kazuistiky a data z MMZ). U helmintózy nebyl zaznamenán ani jeden případ v žádné z ordinací, a to ani před, ani během projektu. Při zpracování evaluačních otázek 2.1-1 a 2.1-2 se ukázalo, že relativní četnosti jednotlivých diagnóz se mezi zkoumanými ordinacemi výrazně liší. Je pravděpodobné, že to souvisí s individuální praxí, jak lékaři zapisují diagnózy do systémů.

Tabulka 3 – Četnost výskytu parazitárních onemocnění před projektem a během projektu

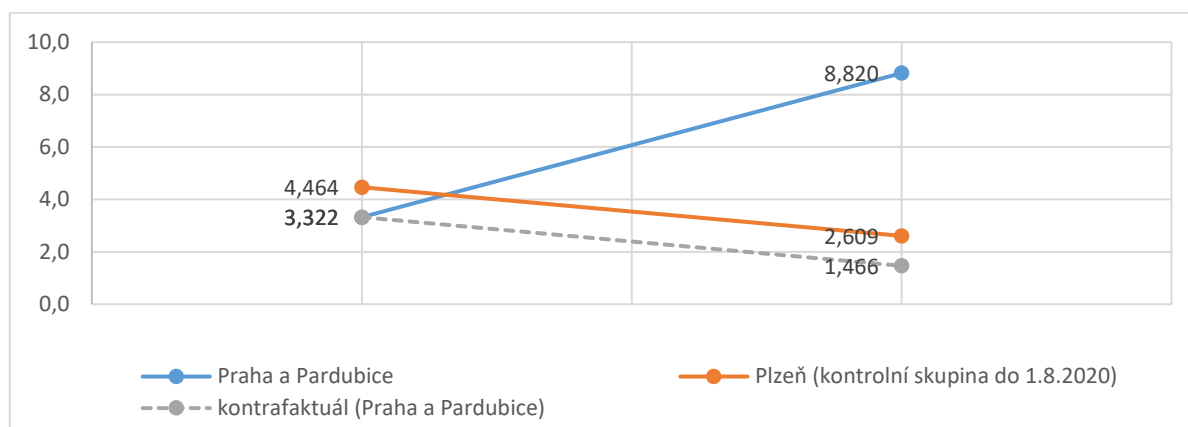
	Svrab před	Svrab během projektu	Pedikulóza před	Pedikulóza během projektu	Helmintóza před	Helmintóza během projektu
Praha	1439	493	2582	1575	0	0
Pardubice	37	36	2	2	0	0



Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	9	8	12	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	11	6	12	0	0	0
Olomouc	535	43	1534	226	0	0
Ostrava	57	178	92	564	0	0
Celkem (projektové ordinace)	2068	750	4210	2367	0	0

Zdroj: Data IS

**Diagram 2 – Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu svrabu (na 1000 pacientů a měsíc) Praha a Pardubice**



Pozn.: Hodnoty jsou průměry výskytu svrabu na 1000 pacientů a měsíc v ordinacích v Praze a Pardubicích (projektové ordinace) a Plzni (srovnávací ordinace). Zdroj: Data IS

## PŘÍSPĚL PROJEKT KE ZLEPŠENÍ SOCIÁLNÍ SITUACE CS?

Vzhledem k tomu, že projekt nenaplňoval indikátor 6000 (specifikovaný počet podpořených osob CS a nebyla u podpořených osob naplněna tzv. bagatelní časová podpora), nedocházelo v rámci projektu k automatickému mechanismu nastavenému IS ESF (a ověřování dat u ČSSZ a ÚP). Evaluace se proto zaměřila na výpovědi v kazuistikách coby zdroj dat, na data z MMZ a na rozhovory se sociálními pracovníky. Vzhledem k nízkým číslům oddlužení (viz data MMZ v příloze B) a nízkým počtům pravidelně pracujících osob CS v kazuistikách lze usoudit, že **primárním prokazatelným dopadem projektu je skutečně zlepšení péče o zdraví CS, nikoliv komplexní řešení jejich sociální situace. Většina kazuistik a data z MMZ prokazatelně udávají zejména bezprostřední sociální zabezpečení klienta** (obstarání dokladů, dávek v hmotné nouzi, podání žádostí do domovů, žádostí o invalidní či starobní důchod, doprovod na úřady práce). Úspěšné příklady sociálního začlenění se týkaly zejména osob CS pod střechou (žijících v některé z pobytových sociálních služeb). V kazuistikách bylo vyzorováno také bezdomovectví po propuštění zaměstnanců během pandemie: zvláště ohroženi jsou agenturní pracovníci, kteří mají práci navázanou na bydlení v ubytovně, a také cizinci. Problémem, na který sociální služby narážejí, je zaplněnost či zhoršená dostupnost dlouhodobých pobytových služeb s možností doléčení, včetně bezbariérových zařízení, a zařízení pro CS se závislostmi. Azylové domy často neměly potřebnou kapacitu, ani in-house zdravotnický personál (sestry z pilotní ordinace měly v rámci projektu možnost více do těchto zařízení docházet). Objevovala se poptávka po častějších doprovodech poskytovaných sociální službou, zejména u klientů s menší pohyblivostí, viz kazuistiky č. 7 a 8 (tyto doprovody lze označit jako obecně rozšířenou dobrou praxi) a také poptávka po rehabilitacích pro invalidní pacienty žijící v pobytových sociálních službách.

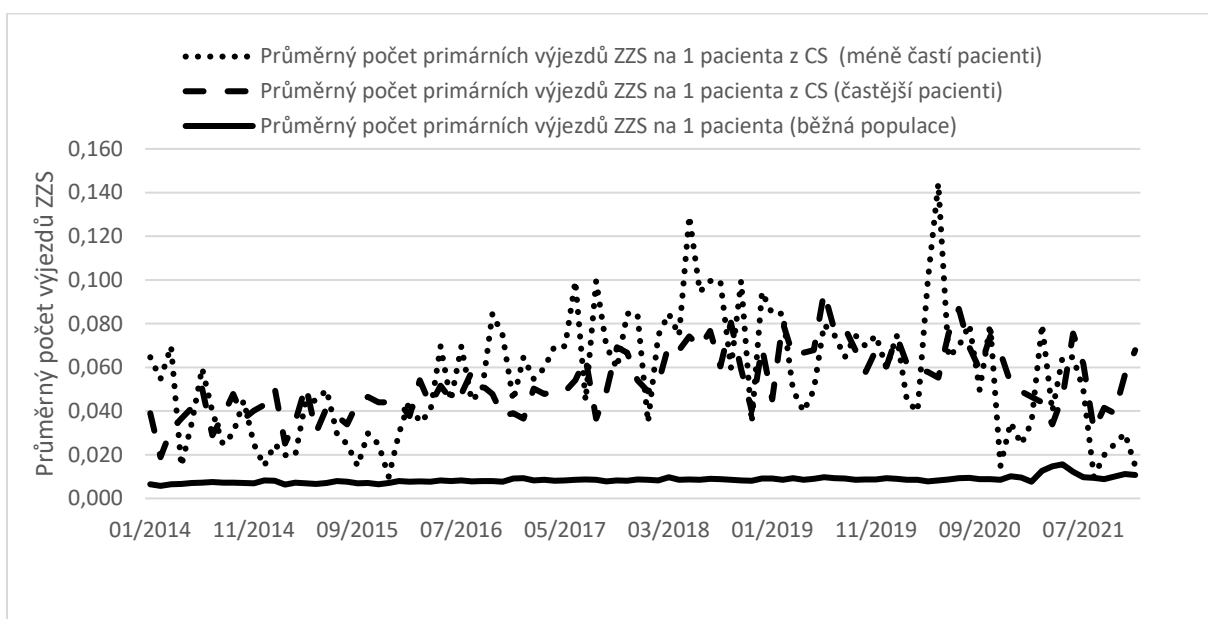
## JAKÉ JSOU PRAVDĚPODOBNÉ EKONOMICKÉ EFEKTY PROJEKTU NA ŠIRŠÍ SYSTÉM

Zde byla zkoumána data z ÚZIS, o která jsme požádali na základě předběžných zjištění o opakovaných hospitalizacích a odvozech ZZS. Analýza těchto dat v delším časovém horizontu (od r. 2014) tak



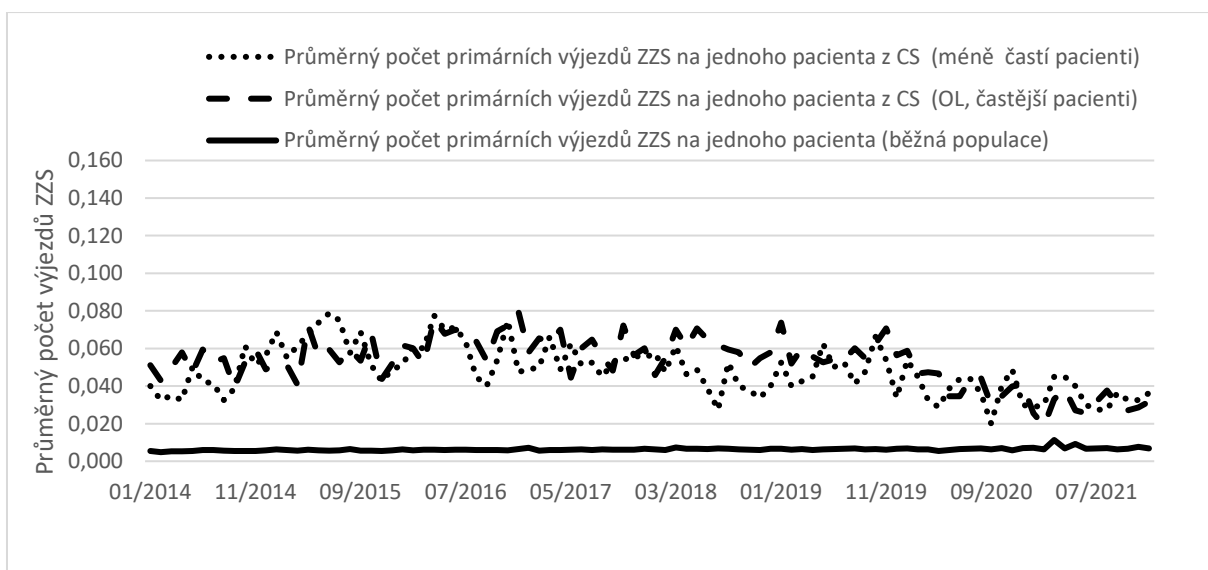
umožnila i srovnání z doby před projektem, potažmo u některých ordinací i z doby před otevřením ordinace. **Z delšího časového pohledu vidíme klesající trend podílů výjezdů ZZS u celé CS po zahájení projektu.** U CS, která se zdržuje v obvodu ordinací, je patrný mírný trend poklesu relativního počtu výjezdů. Na příkladu Pardubic je patrné, že výjezdy ZZS k pacientům, kteří méně často navštěvují ordinaci, jsou častější (průměrný počet primárních výjezdů na 1 pacienta z CS viz graf 9), u dlouhodobě fungující ordinace v Olomouci, kde jsou osoby monitorovány a relativně zaléčeny, je situace poměrně srovnatelná (viz graf 10). Přesto lze vysledovat i další snížení výjezdů ZZS k případům osob CS během samotného projektu. To potvrzují **zástupci sociálních služeb napříč zapojenými městy, kteří uvádějí, že přítomnost pilotní ordinace umožní konzultace složitých případů, kde si nejsou jisti, zda volat záchranku či nikoli,** a tedy nepotřebují pacienta preventivně umístit do nemocnice, pokud se obávají, že se zdravotní stav zhorší (typicky epileptické záchvaty, podezření na infarkt apod.) Tuto informaci (pozitivní efekt) potvrdili také přímo zástupci ZZS.

*Graf 6 – Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v ostravské ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021*



Zdroj: Data ÚZIS

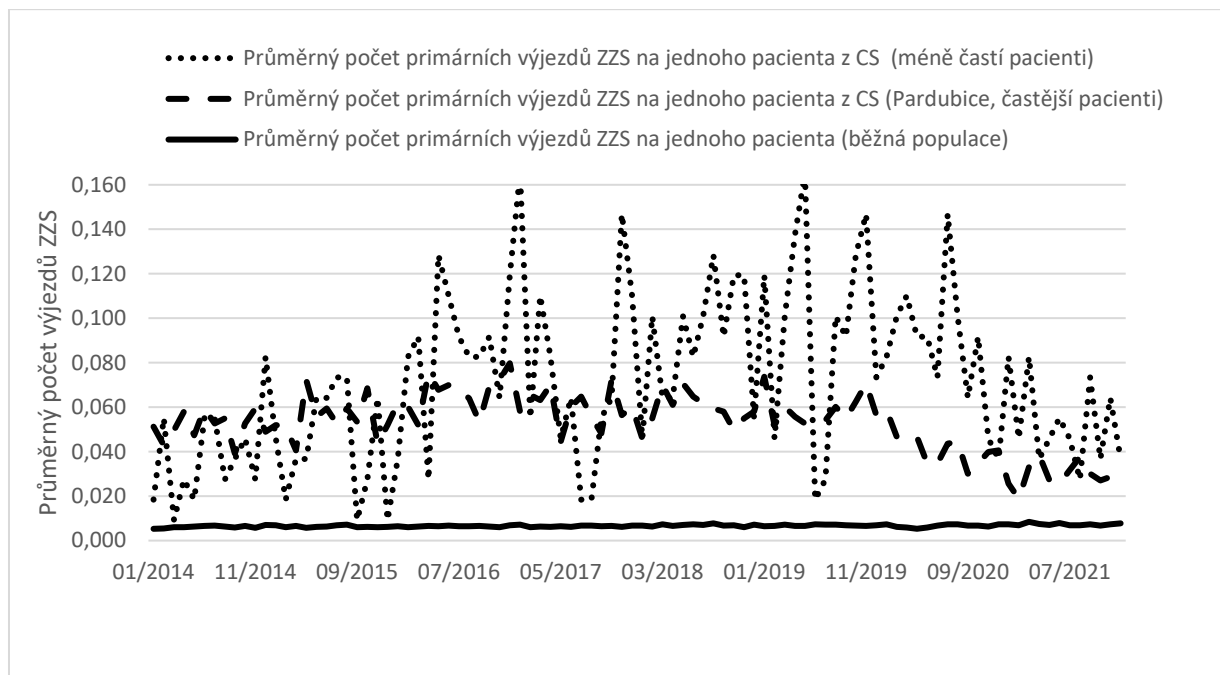
*Graf 7 – Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v olomoucké ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021*







Graf 8 - Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v pardubické ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021



Zdroj: Data ÚZIS

Z dat ÚZIS a orientačních nákladů za odvozy ZZS byl spočítán efekt na systém veřejných úhrad. Náklady na osoby z CS jsou v porovnání s běžnou populací o 345,70 Kč vyšší (osoba/ měsíc). Pokud bude pro výpočet použit údaj z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, nacházelo se v ČR celkem 23 800 osob bez domova (údaj z r. 2019), pak činí měsíčně rozdíl navíc na péči o CS celkem 8 226 803,20 Kč oproti běžné populaci, což je **cca 100 mil. ročně navíc v péči o CS za odvozy ZZS**. Je nicméně doporučeno ještě s odstupem dvou let po projektu ověřit výsledky, aby se ukázalo, zda se podařilo snížit počty výjezdů ZZS tím, že se snížilo zatížení CS chronickými nemocemi.

Podobně lze hodnotit pozitivní dopad projektu na snížení hospitalizací osob z CS. **Z dat ÚZIS lze pozorovat, že pacienti, kteří nenavštěvovali pravidelně ordinaci, leželi v nemocnici průměrně delší počet dní, oproti těm, kteří ji ve sledovaném období ordinaci navštívili 3x a více, a to ve všech sledovaných městech. Lze tedy pozorovat velký efekt prevence.** Z delšího časového pohledu vidíme také klesající trend podílů hospitalizací u celé CS po zahájení projektu. Tento trend vidíme sice i u běžné populace (vliv COVID-19), nicméně u olomoucké CS a také u pardubické CS je klesající trend u CS výrazně silnější (u olomoucké téměř dvakrát tak rychlý) než u běžné populace.

K hospitalizacím máme shodnou informaci od zdravotnického personálu (lékaři, sociálně-zdravotní pracovníci v nemocnicích) i sociálních pracovníků, totiž, že **chybí po propuštění z nemocnic/LNP návazné doléčení a pobytové služby (krátkodobé i dlouhodobé)**. Azylové domy v některých případech suplují i paliativní péči (péči o pacienty CS v terminálním stádiu nemoci, viz kazuistika č. 27). Problémem do budoucna jsou celkově obsazené kapacity zařízení na sociálně zdravotním pomezí, zatížených nyní ještě více uprchlickou vlnou z Ukrajiny (zejména ubytovny, ale i LNP), což se týká i (vytíženosti) ordinací praktických lékařů, potažmo se jedná o riziko budoucí možné replikace projektu.

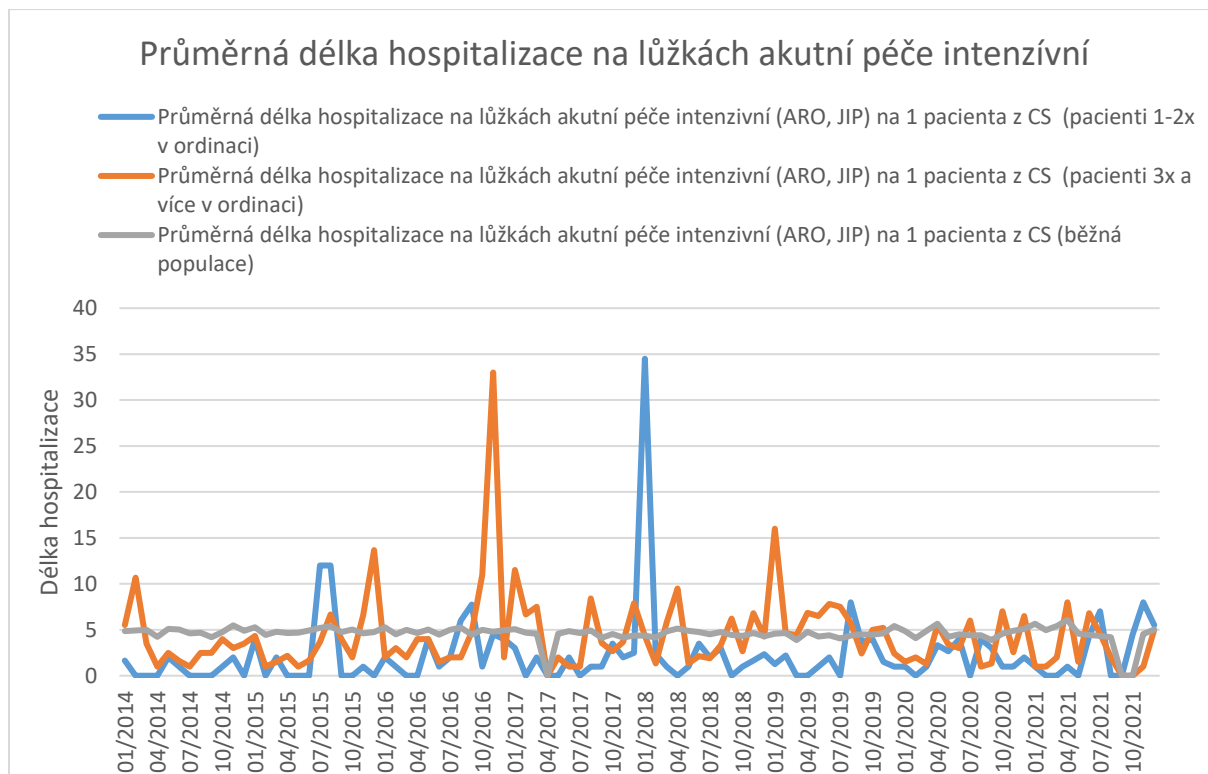
**V rámci odhadu ekonomických efektů zvýšených hospitalizací osob CS** nebylo možné získat náklady na lůžkoden sledovaných osob CS, ani průměrný denní náklad, protože ty se řádově liší dle typu léčby. Nicméně pokud je ověřený náklad na odvozy zdravotnickou záchrannou službou oproti běžné populaci v řádech stovky milionů Kč ročně, **lze na základě vysoké četnosti hospitalizací i řádově vyšší nákladnosti hospitalizací oproti odvozům s poměrně velkou pravděpodobností dovodit, že náklad se bude pohybovat minimálně v řádech miliard korun ročně.** Pro potřeby decision-makerů je doporučeno uplatnit přesnější metodický postup uvedený ve zprávě



Co se týče vykazování výkonů (body), pak je patrné, že intenzita práce v pilotních ordinacích kolísala v průběhu času v závislosti na ročním období (v zimních měsících obvykle ordinace vykazují větší množství poskytnuté péče). Průměrné náklady na jedno ošetření sice mezi ordinacemi kolísají, ale rámcově se udržují na podobné úrovni. V ordinacích v Praze a Ostravě náklady vzrostly kvůli tomu, že došlo k vyššímu zachytu pacientů, v pardubické a olomoucké ordinaci jsou dlouhodobě celkové náklady ve stabilní výši. **Průměrné náklady na pacienta se rámcově pohybují na stejné úrovni v průběhu celého sledovaného období u všech zkoumaných ordinací.**

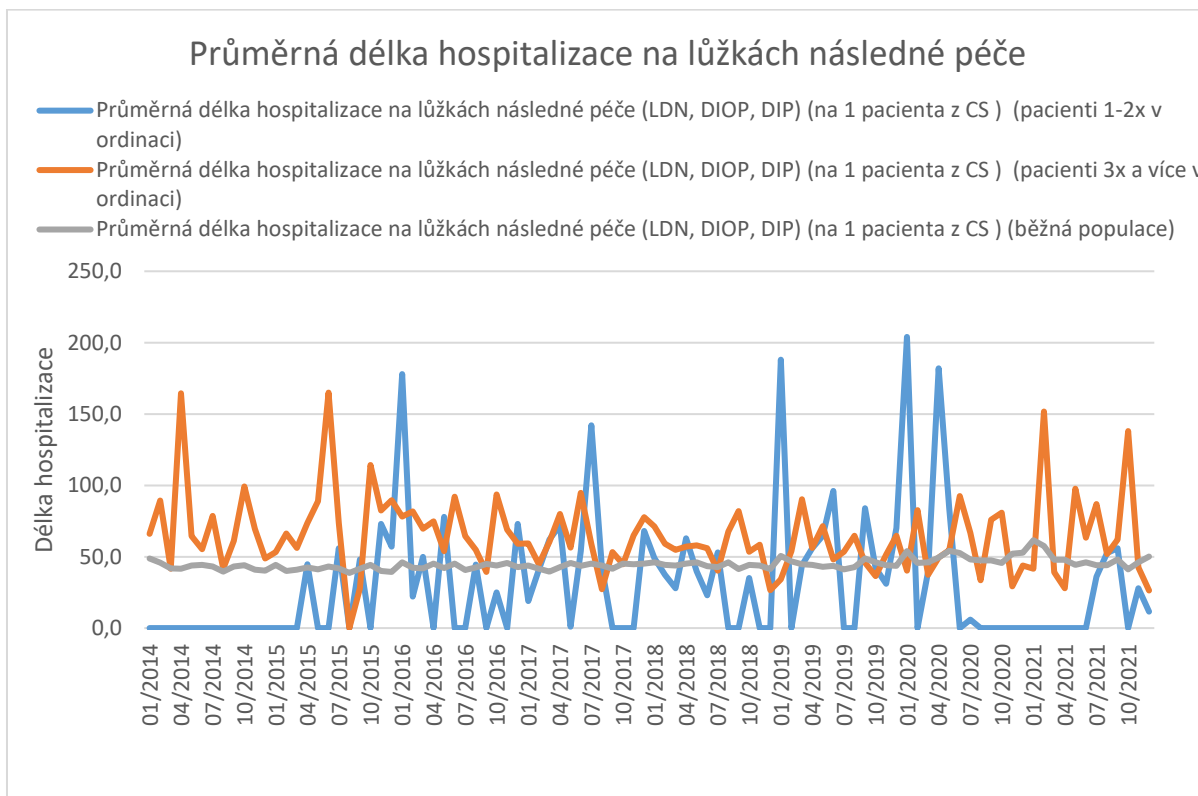
#### OSTRAVA – HOSPITALIZACE

*Graf 9 – Průměrná délka hospitalizace na lůžkách akutní péče intenzivní v Ostravě*

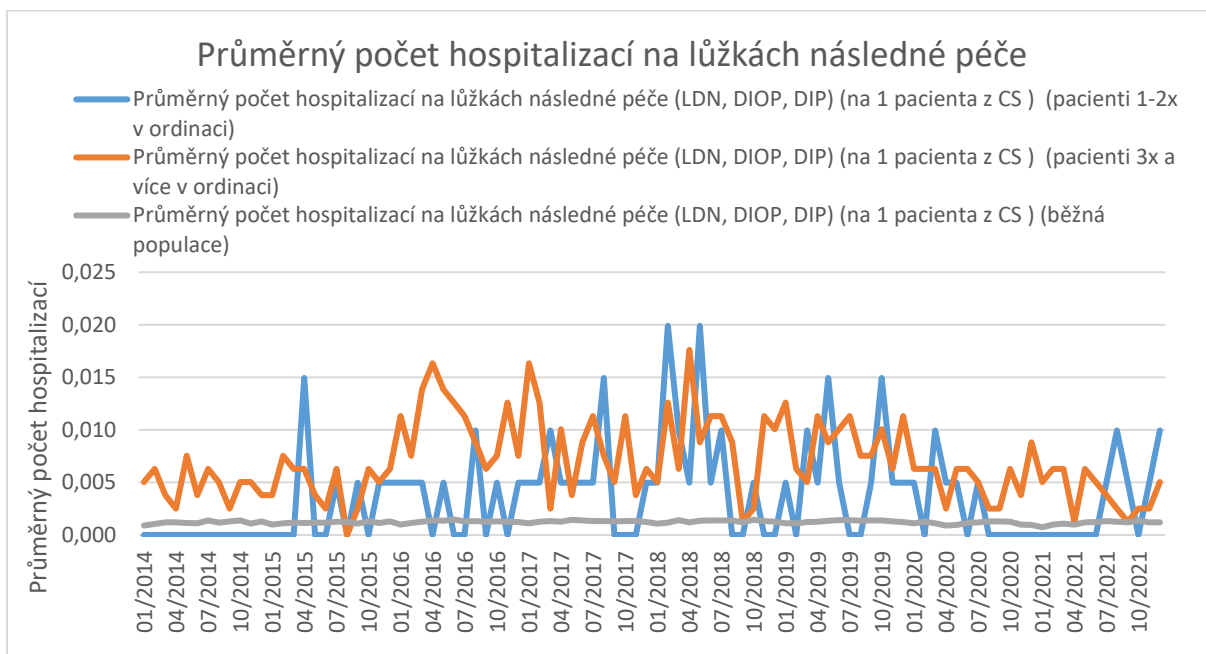




Graf 10 – Průměrná délka hospitalizace na lůžkách následné péče v Ostravě



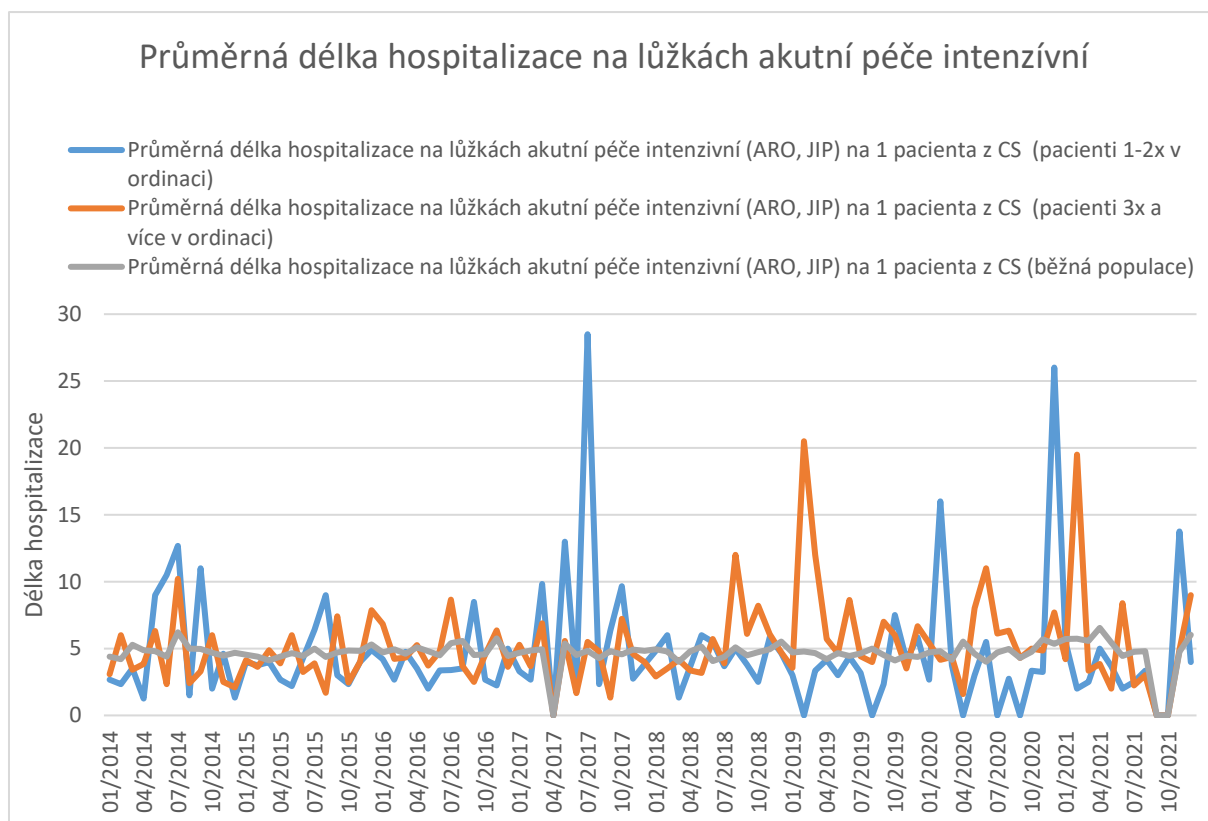
Graf 11 – Průměrný počet hospitalizací na lůžkách následné péče v Ostravě



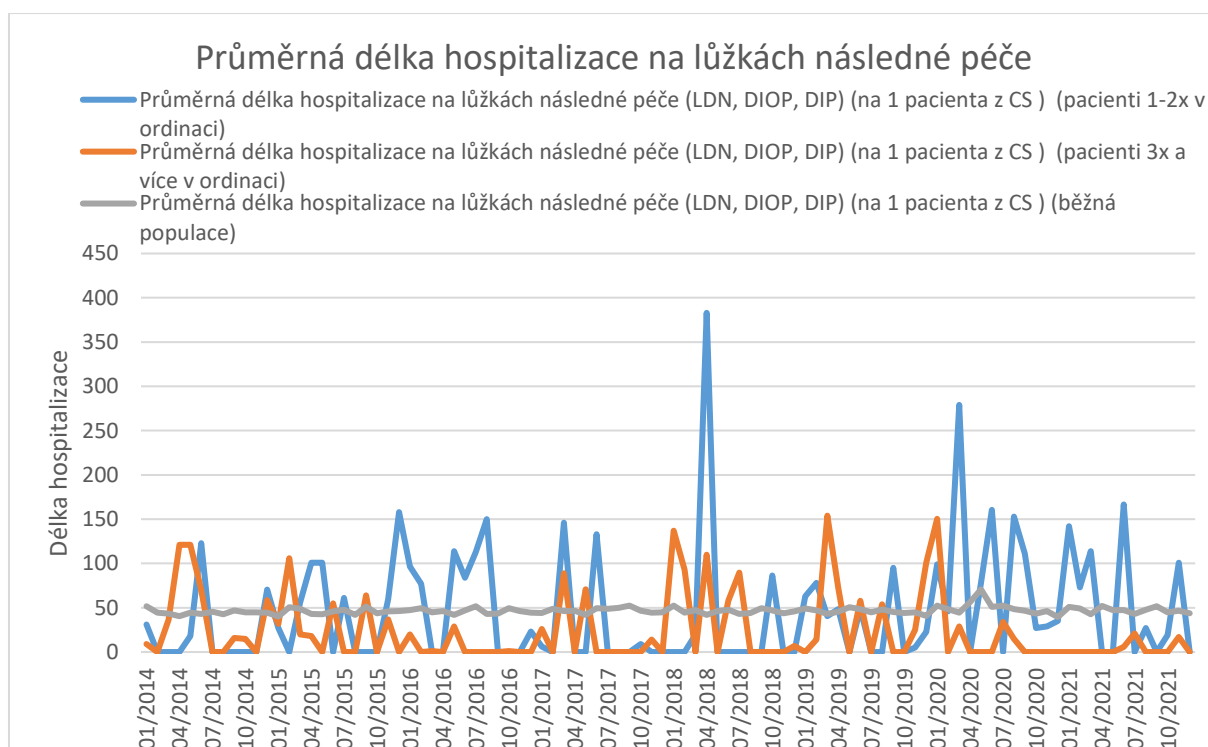


## OLOMOUC – HOSPITALIZACE

Graf 12 – Průměrná délka hospitalizace na lůžkách akutní péče intenzivní v Olomouci

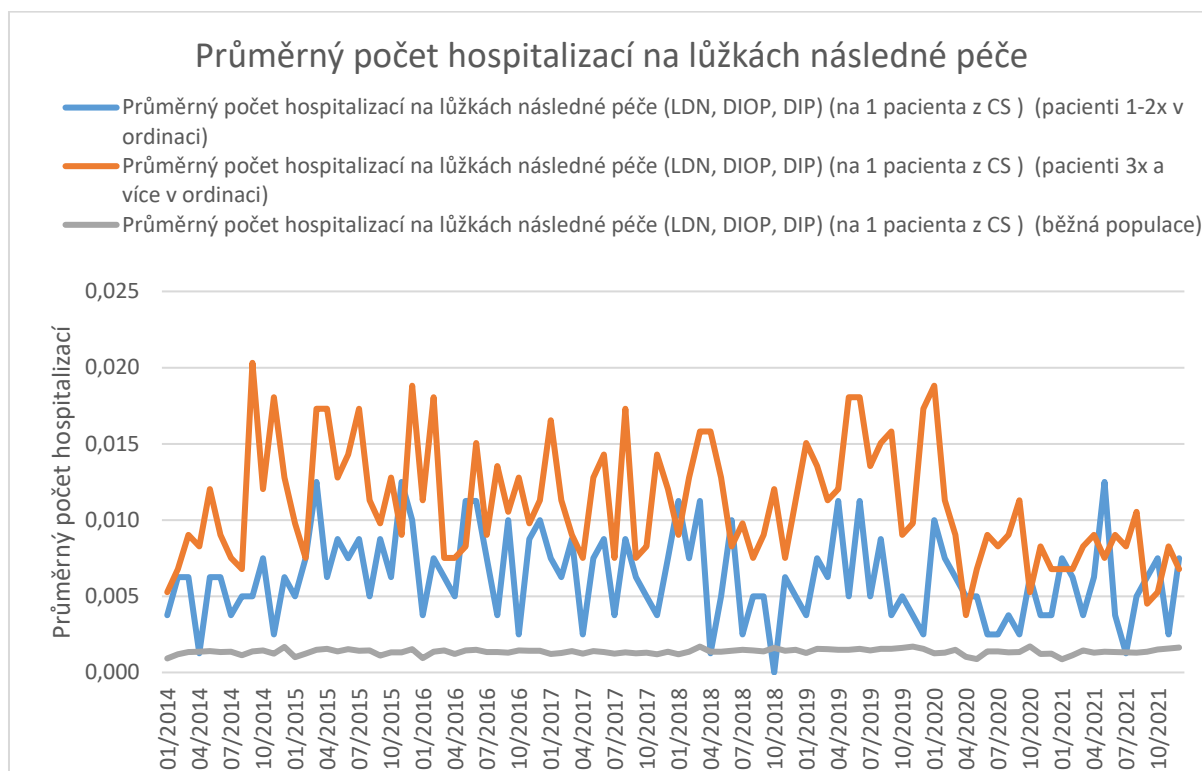


Graf 13 – Průměrná délka hospitalizace na lůžkách následné péče v Olomouci



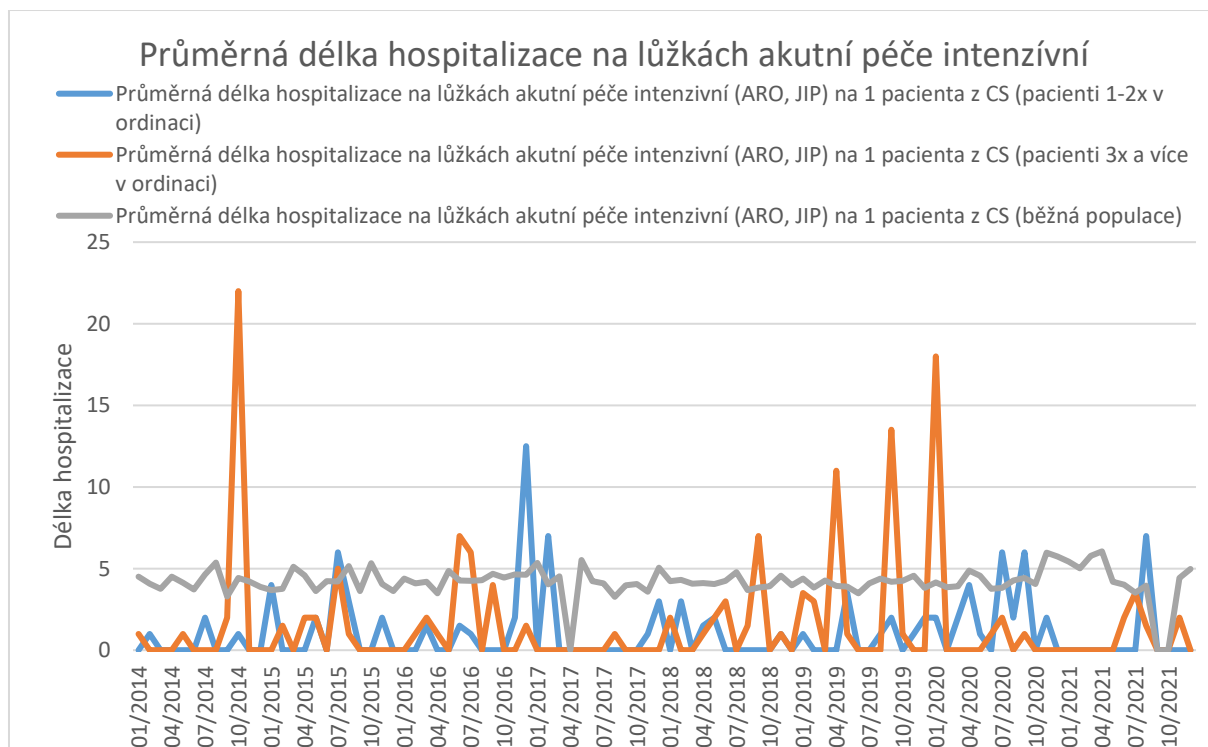


Graf 14 – Průměrný počet hospitalizací na lůžkách následné péče v Olomouci



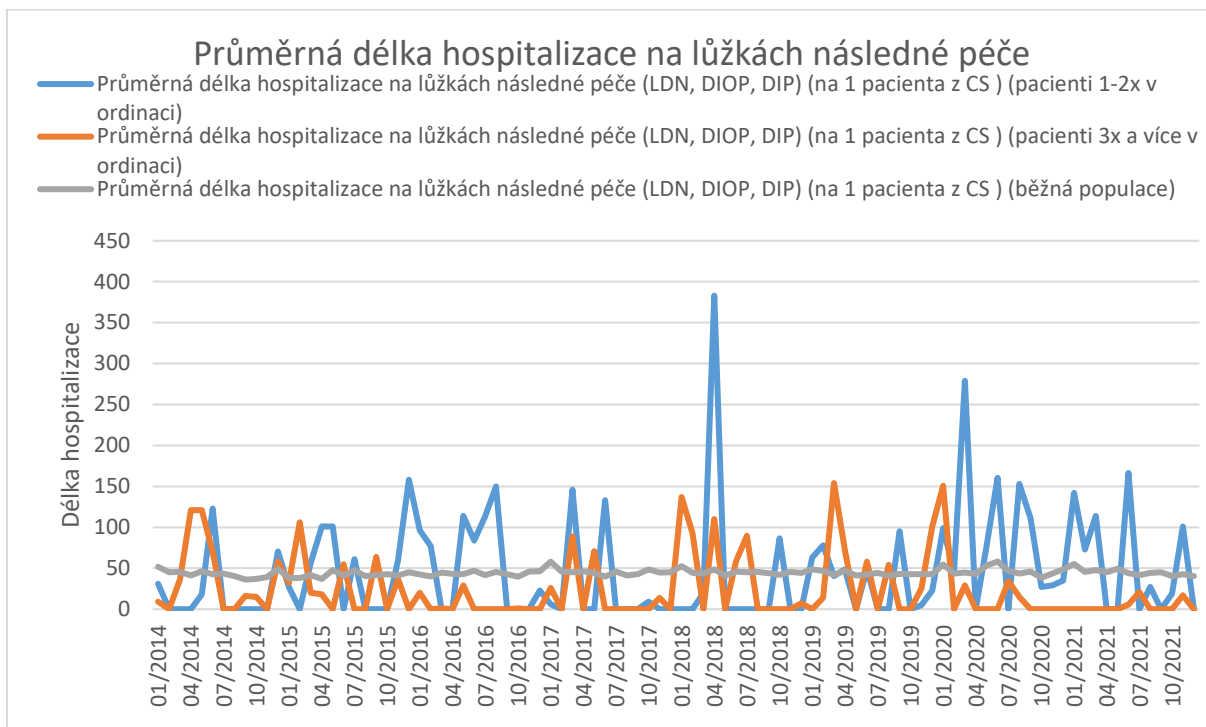
## PARDUBICE – HOSPITALIZACE

Graf 15 – Průměrná délka hospitalizace na lůžkách akutní péče intenzivní v Pardubicích

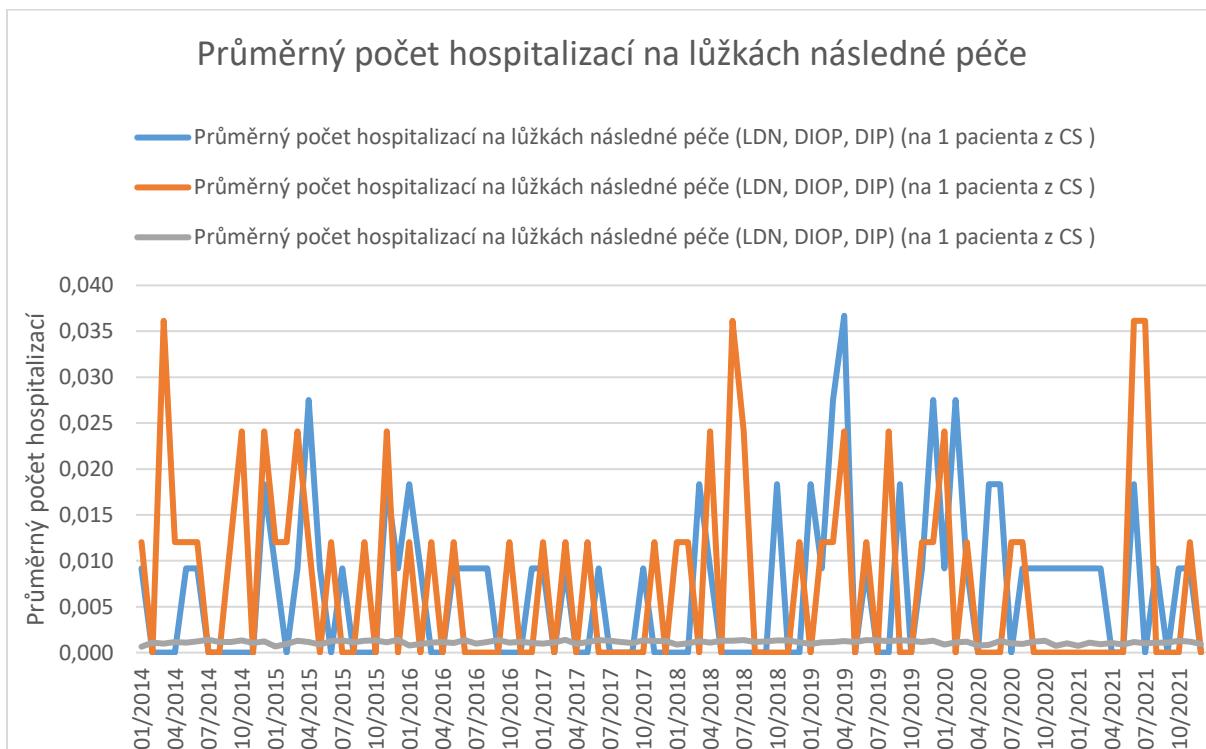




Graf 16 – Průměrná délka hospitalizace na lůžkách následné péče v Pardubicích



Graf 17 – Průměrná počet hospitalizací na lůžkách následné péče v Pardubicích



Zdroj všech výše uvedených grafů v tomto oddílu: data ÚZIS



## LZE NA ZÁKLADĚ VÝSLEDKŮ DOPORUČIT INSTITUCIONALIZACI SLUŽBY?

**Na základě dat z primárních i sekundárních zdrojů lze jednoznačně doporučit projekt k replikaci v národních projektech, respektive ve všech krajských městech, kde dosud podpořená ordinace není.** Mnozí klíčoví stakeholderi se shodují, že služby ordinace považují za nenahraditelné v současném systému péče, respektive k nim neexistuje alternativa. Situace mezi respondenty na úřadech v Kraji, mezi kterými proběhlo dotazníkové šetření, byla různorodější. Z odpovědí je zřejmé, že krajské odbory zdravotnictví si často neuvědomují specifika zdravotní péče o osoby CS a zvláštní potřeby této skupiny v systému zdravotních a sociálních služeb. Respondenti měli někdy tendenci považovat téma za čistě sociální. Někdy neměli jasný přehled o počtu osob bez přístřeší v kraji. V odpovědích opakovaně odkazují na poskytovatele sociálních služeb. Bezdomyectví často nevnímají jako specifickou překážku v přístupu k péči o zdraví, a tedy ani jako agendu pro odbor zdravotnictví.

Klíkových přínosů projektu uvádějí stakeholderi celou řadu a **projekt zaznamenal jednoznačné bezprostřední přínosy jak pro CS, tak pro pilotní ordinace a jejich fungování.** Počínaje hygienickým zázemím a ošetřením pro CS (včetně cizinců, u kterých je neakutní péče obtížnější), přes fakt, že se osoby z CS dostaly do péče, přes stávající bariéry a někdy i vlastní nedůvěru vůči zdravotnickému personálu (pomohla sestra v terénu a zvýšená depistáž), po nabídku celé řady služeb (rozdělení a příprava léků, úhrada léků, možnost dražších kvalitnějších převazů). **V souladu se závěry evaluace byly zmiňovány následující přínosy: záchyt vážnějších onemocnění a prevence akutních stavů, hospitalizace CS, залéčení nemocí, prevence šíření nemoci ve většinové populaci a posouvání klientů do pobytových služeb.** Specialisty se sice nepodařilo systematicky zapojit a někdy udržet, ale byla posílena neformální síť specializované péče (sociální služby úžeji spolupracovaly se všemi odbornostmi včetně poskytovatelů primární péče). **Důležité pro budoucí fungování ordinace je vybavení ordinací,** které zmiňují všechny pilotní ordinace (naopak srovnávací ordinace v Plzni je dle svých slov nedovybavena na některá vyšetření, zejména POCT diagnostiku a také EKG, kterou naopak pilotní ordinace využívají).

Sociální služby shodně uvádějí lepší kompetenci řešit složitější případy klientů a také lepší odhad na volání ZZS k akutním stavům (toto shodně potvrzují zástupci ZZS). Stejně tak došlo k prohloubení spolupráce ve všech čtyřech zařízeních mezi pilotní ordinací a sociální službou, usnadnění odesílání do pobytových služeb díky potvrzením o bezinfekčnosti zdarma (v běžné síti jsou hrazené).

Mezi hlavní negativní dopady lze zařadit zejména přerušování či snížení pravidelných finančních toků do ordinací a určitou destabilizaci provozu zejména v Olomouci po ukončení dotace, a administrativní zátěž projektu. Mezi systematicky neošetřenou část inovace patří to, že ordinacím nezůstalo po ukončení projektu automaticky přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, a že klíčoví specialisté (zejména stomatology, ale také gynekologie, psychiatrie) nebyli přímo zapojeni do projektu v rámci širšího multidisciplinárního týmu. Ordinace také uvádějí, že po ukončení projektu bylo obtížné udržet personál z důvodu nízkého mzdového ohodnocení. Odborný tým Ministerstva zdravotnictví zaznamenalo menší zájem o inovace, pilotní testování a školení, což souvisí s udávaným administrativním vytížením a nutností „adaptace“ projektu a fungování ordinací na COVID-19. Ohledně školení ordinace (včetně srovnávací ordinace) uvádějí, že přínosem by bylo školení v drobné chirurgii pro praktické lékaře a ošetřování ran pro sestry. Sociální služby uvádějí shodně, že školení by potřeboval z druhé strany také zdravotnický personál o sociálních otázkách a specifikách komunikace s CS.

V projektovém modelu by ordinace chtěly pokračovat, ale je to po ukončení projektu možné v omezeném rozsahu, protože nemají k dispozici buď přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, řidiče a/nebo také zdravotní sestru jako doprovod do terénu. Pro udržení rozsahu péče **by ordinace potřebovaly nastavit spolehlivé a dostatečné financování, nezávislé na aktuálních dotacích krajů či měst a zajistit možnost adekvátně uhradit náklady personálu, případně měly například možnost angažovat studenty medicíny** (praktický lékař ordinace by však musel mít možnost stát se garantem jejich výuky. Dobrou praxí je, že pilotní ordinace v Olomouci spolupracuje s Lékařskou fakultou a její studenti oboru Sociálního lékařství chodí na stáž do pilotní ordinace za praktickým lékařem, seznamují se s tím, co povolání obnáší, ačkoli stáže neumožňují přímou péči o pacienty. Možnost angažovat zdravotnický personál například z Ukrajiny (usilují o to dlouhodobě Pardubice, kde ale v současném systému zdlouhavě čekají na aprobaci). V souvislosti s nutností bonifikovat péči o CS



zdravotními pojišťovnami, a pomoci tak zajistit udržitelné financování, byly v rámci společných konkrétně zmíněny tyto návrhy: podpora vybraných zařízení pečujících o CS, zvýšení četnosti některých výkonů, specifický kód péče o CS, zvýšení kapitačního paušálu, zahrnutí návštěvních hodin CS do celkové ordinační doby a zvýšení úhrady za účast na službách lékařské pohotovostní služby.

Dále byly v projektu úspěšně pilotovány nové výkony specifické pro CS, které by bylo vhodné nově vykazovat zdravotním pojišťovnám, vyžaduje to však změnu úhradové vyhlášky.

**Je doporučeno rozšířit mezi zainteresované strany metodicky cenné dokumenty pro další replikaci:** metodika ošetřování CS v karanténních domech (Ostrava), metodika práce terénního týmu, brožura projektu, souhlas s předáváním informací o klientovi-pacientovi CS v Pardubicích. Je rovněž doporučeno Odbornému týmu MZ nechat přeložit a rozšířit dostupnou zahraniční odbornou literaturu v oblastech: všeobecná doporučení k péči o osoby CS, kardiovaskulární nemoci, diabetes, chronická bolest a astma u osob CS. Je rovněž doporučeno realizovat dopadovou evaluaci po dvou letech od ukončení projektu a vygenerovat aktualizovaná data z ÚZIS k ověření dlouhodobých efektů projektu.

#### Příloha hand-outu – Seznam evaluačních otázek

Evaluační otázky a podotázky	
<b>1. EFEKTIVNOST</b>	
1.1. Zvýšila se využitá kapacita služeb ordinace praktického lékaře zaměřeného na CS projektu v pilotovaných městech oproti výchozímu stavu?	
1.1-1	Zvýšila se návštěvnost ordinací (využívání zdravotnických služeb) před a během intervence?
1.1-2	Došlo ke zvýšení počtu osob CS odeslaných k lékaři specialistovi?
1.1-3	Jaký je celkový počet edukovaných osob CS v terénu?
1.1-4	Zvýšil se počet využitých poradenských služeb týkajících se získání osobních dokladů?
1.1-5	Zvýšil se počet osob CS využívajících dluhové poradenství?
1.1-6	Zvýšila se míra proočkování CS? (vyhodnocení proočkování na vybrané vakcíny – TBC, tetanus, VHA, VHB, chřipka, COVID-19)
1.1-7	Byla zajištěna primární prevence mezi osobami CS ve formě výjezdů projektového vozidla do terénu?
<b>2. DOPADY</b>	
2.1. Přispěl projekt ke zlepšení péče o zdraví osob CS?	
2.1-1	Snížil se výskyt infekčních onemocnění CS (hepatitida, TBC, chřipka, černý kašel) (v komparaci se srovnávací skupinou?)
2.1-2	Došlo ke snížení počtu parazitárních onemocnění v průběhu realizace projektu (svrab, pedikulóza, helmintóza) v komparaci se srovnávací skupinou?
2.1-3	Došlo ke snížení počtu onemocnění z důvodu proočkování CS? (TBC, tetanus, černý kašel) v komparaci se srovnávací skupinou?
2.2. Přispěl projekt ke zlepšení sociální situace osob CS?	
2.2-1	Zvýšil se počet osob, které byly odeslány do následných sociálních služeb?
2.3. Jaké jsou pravděpodobné ekonomické efekty projektu na širší systém?	
2.3-1	Došlo ke snížení výjezdů IZS v podpořených ordinacích (sledování dat před a během intervence)?
2.3-2	Došlo ke snížení finanční náročnosti vynaložené péče o osoby CS (finanční vyčíslení dle finančního bodování úkonů)?
2.3-3	Došlo ke snížení počtu hospitalizací osob CS v nemocnicích, kteří byli v péči praktického lékaře projektu v důsledku služby?





#### 2.4. Lze na základě výsledků doporučit institucionalizaci služby?

- 2.4-1 Jaké přínosy realizace projektu spatřují jednotlivé skupiny kategorie klíčových aktérů?
- 2.4-2 Jaké negativní dopady identifikují klíčoví aktéři projektu?
- 2.4-3 Plánují ordinace pokračovat v poskytování služby v současném rozsahu i bez podpory projektu? (včetně projektového vozidla)
- 2.4-4 Pokud NE, co by pro to potřebovali?
- 2.4-5 Navrhují stakeholderi bonifikovat náročnost ošetření CS?
- 2.4-6 Lze souhrnně na základě dosažených zdravotních, sociálních a ekonomických efektů doporučit institucionalizaci služby? (z pohledu zakotvení v zákonech, vzdělávání personálu, udržitelného financování)

### 3. PROCESNÍ EVALUACE

#### 3.1. Jakým problémům projekt čelí?

- 3.1-1 Jaké jsou hlavní problémy, kterým projekt čelí?
- 3.1-2 Ovlivnily tyto problémy výsledky projektu?
- 3.1-3 Dle Vašeho názoru, jaké změny jsou v projektu vhodné? (implementační doba, podmínky výzvy, subgrantování, součinnost s týmem zadavatele, facilitace sdílení zkušeností, jiné) (slabé stránky)
- 3.1-4 Dle Vašeho názoru, co naopak funguje v projektu dobře/co byste zachovali? (implementační doba, podmínky výzvy, subgrantování, součinnost s týmem zadavatele, facilitace sdílení zkušeností, jiné) (silné stránky)
- 3.1-5 Jaké jsou hlavní překážky ve spolupráci s cílovými skupinami?
- 3.1-6 Existují nějaké problémy ve spolupráci mezi odborným týmem MZČR a personálem ordinací?
- 3.1-7 Pokud ano, ovlivnily tyto problémy realizaci projektu?
- 3.1-8 Jak je možné dále zefektivnit rozdělení rolí a úkolů odborného týmu MZČR, včetně úkolů týkajících se monitoringu a evaluace?
- 3.1-9 Jak funguje sdílení informací v rámci Odborného týmu Ministerstva zdravotnictví?
- 3.1-10 Do jaké míry naplňuje současný formát měsíční monitorovací zprávy potřeby efektivního monitoringu a plánování?
- 3.1-11 Do jaké míry vám školení pro práci s osobami bez přístřeší pomohlo ve vykonávání vašich činností?
- 3.1-12 Je projekt v souladu s plánovanými aktivitami a harmonogramem?
- 3.1-13 Je personální kapacita dostačující pro ošetření 20 osob CS/den?
- 3.1-14 Je technické vybavení poskytnuté v rámci projektu adekvátní pro ošetření 20 osob CS/den?
- 3.1-15 Řeší Magistrát daného města, kde se nachází pilotní ordinace, bydlení osob bez přístřeší? (např. dostupné azylové bydlení včetně bezbariérového, městské ubytovny, sociální bydlení atd.)
- 3.1-16 Je zajištěna spolupráce s pojišťovnami na hrazení specifických úkonů pro osoby CS po ukončení projektu?
- 3.1-17 Mají obce a kraje vyčleněné prostředky na podporu dalších ordinací?
- 3.1-18 Jaká alternativní řešení podle Vás existují pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro CS?