

JUDr. Daniela Bruthansová, Ing. Anna Červenková, Ing. Věra Jeřábková
Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha

Otázky financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v rezidenčních zařízeních sociálních služeb

Dnem 1.1. 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato skutečnost má mimo jiné i značné důsledky pro financování rezidenčních (pobytových) zařízení sociálních služeb.

Mezi povinnosti poskytovatelů rezidenčních služeb nově patří i **povinnost zajistit zdravotní péči** osobám, jimž jsou tyto služby poskytovány (§ 36 z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Nejedná se zde výhradně o péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními v případě potřeby klientů pobytových zařízení, ale jde zejména o soustavnou ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytovanou uvnitř zařízení. Tuto péči mohou poskytovatelé zajistit buď prostřednictvím zdravotnického zařízení anebo prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají k této práci odbornou způsobilost. Jelikož ošetrovatelská a rehabilitační péče má charakter péče zdravotní, uzavírají rezidenční zařízení smluvní vztah s příslušnými zdravotními pojišťovnami. Ty by jim poté měly hradit provedené výkony podle stejného principu, jako je hradí zdravotnickým zařízením. Nicméně vzhledem k četným stížnostem poskytovatelů na zdravotní pojišťovny, které jim ošetrovatelskou a rehabilitační péči v celém požadovaném rozsahu neproplácejí, vyvstává řada problémů spojených především s ekonomickou otázkou jejího poskytování.

S financováním ošetrovatelské a rehabilitační péče rovněž souvisí i nově zavedený **příspěvek na péči**, což je další významná změna, kterou přináší § 7 a následující z.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby a to ve 4 stupních (lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost). Předmětem zkoumání bylo mimo jiné i zjištění vztahu mezi stupněm závislosti (resp. výší příspěvku na péči) a potřebou zdravotní péče.

1. Zdroje informací

Zmapování nejzávažnějších problémů ve financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v rezidenčních zařízeních poskytujících sociální služby bylo provedeno na základě dotazníkového šetření VÚPSV, které se uskutečnilo v období červen-srpen 2008 za rok 2007. Toto šetření bylo doplněno o údaje z ankety, kterou uskutečnil krajský úřad Moravskoslezského kraje v červnu 2008 za 2. pololetí roku 2007 a za leden až květen 2008. Údaje o příspěvcích na péči z těchto pramenů byly navíc porovnány se šetřením MPSV z února 2009.

Při výběru respondentů pro šetření VÚPSV se vycházelo z § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (v platném znění), v němž jsou odkazem na § 34, odst. 1 písm. c) až f) uvedena zařízení sociálních služeb, jejichž poskytovatelé jsou povinni zajistit zdravotní péči osobám, jimž jsou poskytovány pobytové sociální služby. Jsou to:

- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotních postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem

Šlo o záměrný (úsudkový) výběr, provedený ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb. Z 350 rozeslaných dotazníků se navrátilo 119 použitelných – tj. 34 % (tabulka 1). V Moravskoslezském kraji (MSK) oslovil krajský úřad všechna krajem zřizovaná rezidenční zařízení sociálních služeb, jichž je celkem 27. Návratnost byla 100 %. Většina respondentů vyplňovala dotazníky s velkou péčí a zájmem o věc.

T a b u l k a 1 Počet respondentů šetření VÚPSV a návratnost analyzovaných dotazníků podle jednotlivých krajů

Obesláno celkem	350		
Počet vrácených dotazníků	119		
Návratnost celkem	34%		
Návratnost podle krajů	Počet vrácených dotazníků	Podíl kraje na celkovém počtu	Návratnost podle počtu zařízení v kraji
Hlavní město Praha	4	3%	13%
Středočeský	15	13%	15%
Jihočeský	11	9%	22%
Plzeňský	2	2%	5%
Karlovarský	9	8%	33%
Ústecký	11	9%	13%
Liberecký	4	3%	13%
Pardubický	5	4%	18%
Královéhradecký	8	7%	16%
Vysočina	9	8%	26%
Jihomoravský	6	5%	7%
Olomoucký	10	8%	22%
Zlínský	8	7%	12%
Moravskoslezský	17	14%	16%

Pramen: Analyzované dotazníky, databáze MPSV.

Pro účely další analýzy byla jednotlivá zařízení rozdělena do 4 typů, přičemž domovy se zvláštním režimem byly zařazeny do skupiny „Kombinovaná rezidenční zařízení bez terénních služeb“ (tabulka 2). Z tabulky je patrné, že převážnou většinu respondentů dotazníkového šetření VÚPSV (téměř 95 %) tvořila čistě rezidenční (pobytová) zařízení; zařízení, která kromě pobytových služeb poskytují též služby terénní, představovaly pouze 5,04 % respondentů.

Jednotlivá zařízení poskytující sociální služby byla rozčleněna do 4 typů:

- Domovy pro seniory (50 respondentů),
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením (37 respondentů),
- Kombinovaná rezidenční zařízení bez terénních služeb (26 respondentů),
- Kombinovaná rezidenční zařízení s terénními službami (6 respondentů).

T a b u l k a 2 Velikost zařízení podle dotazníkového šetření VÚPSV v rozdělení na 4 typy zařízení

Typ zařízení	Počet zařízení	%	Počet zařízení (validní odpovědi) ¹	Celková kapacita (lůžek)	%	Průměrná velikost zařízení (lůžek)
I. Domov pro seniory	50	42,02	47	4911	41%	104
II. Domov pro osoby se zdravotním postižením	37	31,09	36	3121	26%	87
III. Kombinovaná rezidenční zařízení bez terénních služeb	26	21,85	26	3694	31%	142
IV. Kombinovaná rezidenční zařízení s terénními službami	6	5,04	5	330	3%	66
CELKEM	119	100,00	114	12056	100%	106

Poznámka: 1) 5 zařízení kapacitu neuvedlo

Porovnáním údajů v tabulce 2 a 3 zjišťujeme, že – až na jeden domov pro zdravotně postižené a se zvláštním režimem v Moravskoslezském kraji - jde vesměs o zařízení,

jejichž průměrná kapacita se pohybuje kolem sta lůžek. V šetření VÚPSV je relativně více domovů pro seniory, což je dáno tím, že šetření MSK se týká pouze rezidenčních zařízení zřizovaných krajem, a zřizovatelem domovů pro seniory jsou častěji obce než kraje.

Tabulka 3 Počet krajem zřizovaných rezidenčních zařízení sociální péče a jejich kapacita v Moravskoslezském kraji (MSK) za 1. pololetí 2008

	počet ústavů	%	kapacita (lůžka)	%	průměrná velikost zařízení (lůžka)
samostatné domovy pro seniory (DpS)	5	19%	615	19%	123
samostatné domovy pro zdravotně postižené (ZP)	10	37%	889	28%	89
DpS+ZP	3	11%	362	11%	121
DpS+ZR (ZR=domovy se zvláštním režimem)	8	30%	1134	35%	142
Domov pro zdravotně postižené a se zvl. režimem	1	4%	202	6%	202
CELKEM	27	100%	3202	100%	118,6

Pramen: http://verejna-sprava.kr.moravskoslezsky.cz/soc_007.html

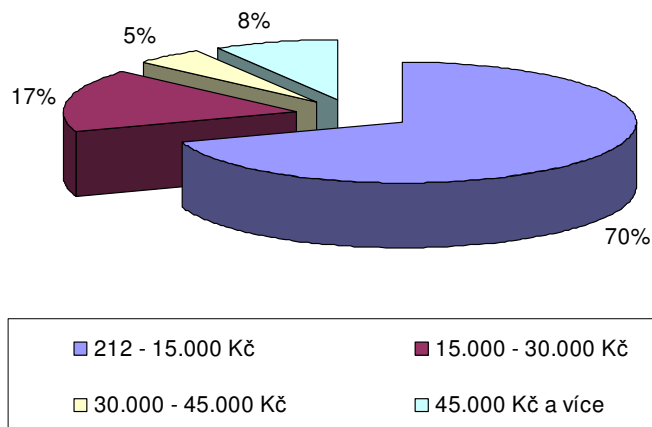
2. Nejzávažnější problémy ve financování ošetrovatelské a rehabilitační péče

Data o nákladech na zdravotní péči a o jejich úhradě ze strany zdravotních pojišťoven se v rezidenčních zařízeních sociálních služeb soustavně nesledují. Je velice nesnadné přesně určit náklady na zabezpečení zdravotní péče podle § 36 zákona č.108/2006 Sb. Určitým vodítkem by mohlo být porovnání platů ZPBD (zdravotnických pracovníků, resp. všeobecných sester pracujících bez dohledu) včetně odvodů na sociální a zdravotní pojištění a nákladů na zdravotnický materiál s platbami zdravotních pojišťoven za provedené výkony, ovšem přesné účetní oddělení nákladů na zdravotnický materiál od jiných druhů režijních nákladů by bylo velmi pracné. Jediným zdrojem jsou tudíž údaje získané na základě dotazníkového šetření.

2.1 Úhrady od zdravotních pojišťoven

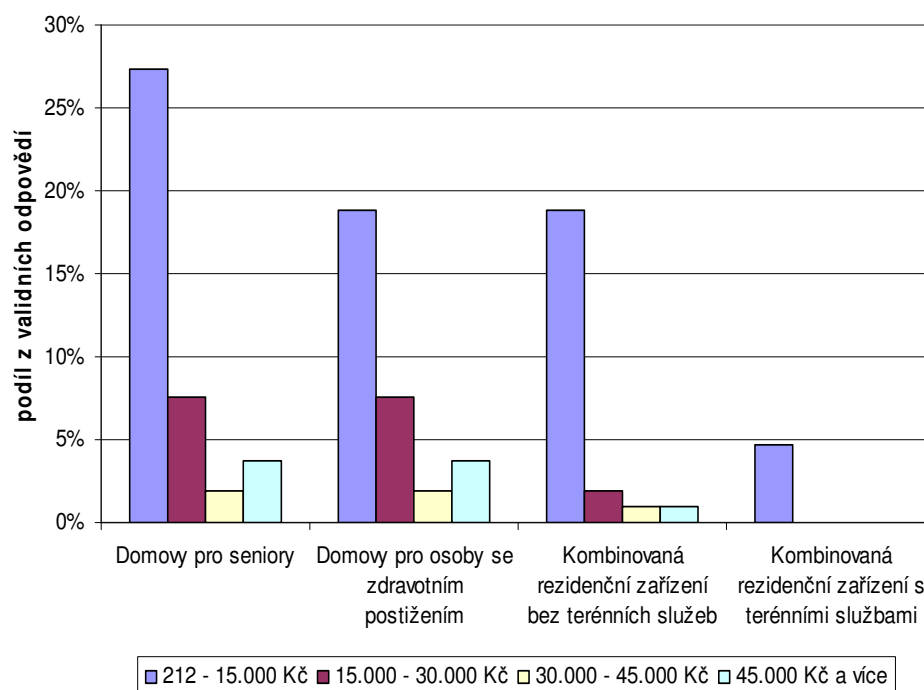
Z dotazníkového šetření VÚPSV vyplynulo, že naprostá většina zařízení poskytuje ošetrovatelskou a rehabilitační péči na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou (69 %), téměř jedna čtvrtina (24 %) poskytuje na jejím základě jen ošetrovatelskou péči a pouhých 7 % respondentů smlouvu uzavřenu nemá.

G r a f 1: Šetření VÚPSV: Podíly zařízení podle uhrazených částek od zdravotních pojišťoven na ošetrovatelskou a rehabilitační péči na jedno lůžko (2007)



Na základě takto zjištěných údajů byly propočteny průměrné výše úhrad zdravotních pojišťoven na jedno lůžko za rok. V důsledku neúplnosti některých odpovědí bylo ze 119 došlých dotazníků analyzováno 110 (92 %). Výše úhrady se pohybuje v rozmezí 212 Kč až 134.776 Kč na jedno lůžko ročně. Naprosté většině respondentů (70 %) jsou hrazeny částky do 15.000 Kč na jedno lůžko/rok, přičemž částky nad 45.000 Kč získává 8 % zařízení (graf 1).

G r a f 2: Šetření VÚPSV: Struktura sledovaných zařízení podle výše uhrazených částek od zdravotních pojišťoven na ošetrovatelskou a rehabilitační péči na jedno lůžko a rok (v %)



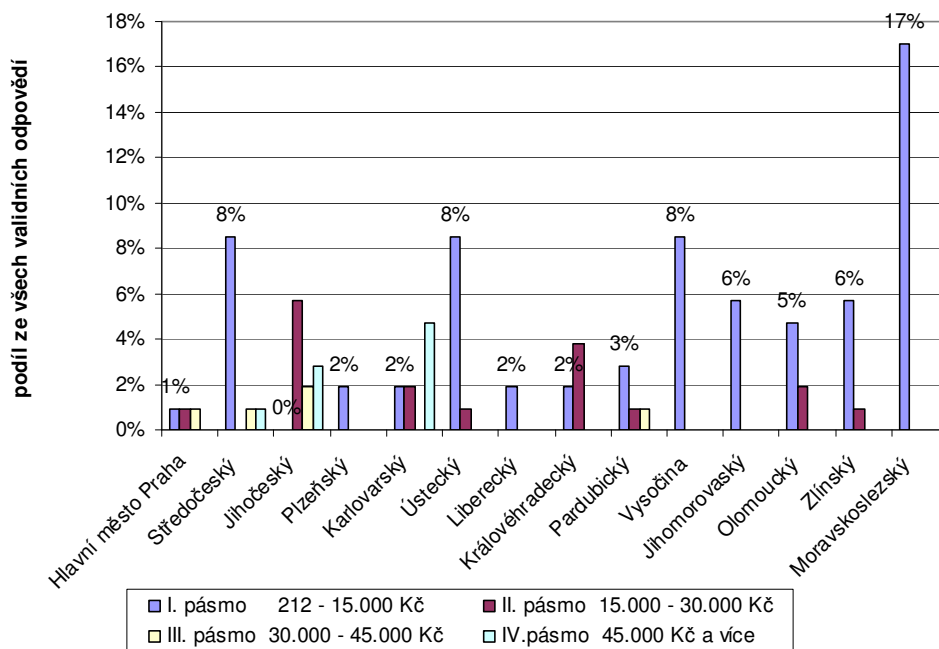
Rozdělení uhrazených částek podle typu zařízení je patrné na grafu 2. Nejnižší interval 212 až 15.000 Kč je nejčastější u domovů pro seniory (27 %); častý je i u domovů pro osoby se zdravotním postižením a u kombinovaných rezidenčních zařízení bez terénních služeb (u obou posledních shodně 19 %). Roční částky v rozmezí 15.000 až 20.000 Kč na jedno lůžko jsou nejvíce zastoupeny v domovech pro seniory a v domovech pro osoby se zdravotním postižením. V případě kombinovaných rezidenčních zařízení s terénními službami jsou hrazeny pouze částky do 15.000 Kč na jedno lůžko.

Rozložení výše úhrad, placených pojišťovnami, podle jednotlivých krajů (graf 3) se jeví jako velmi nerovnoměrné. Z grafu je zřejmé, že v pěti krajích (Moravskoslezském, Jihomoravském, v kraji Vysočina, Libereckém a Plzeňském) jsou rezidenčním zařízením hrazeny částky pouze do výše 15.000 Kč na jedno lůžko ročně (tj. I. pásmo). Oproti tomu Jihočeský kraj nevykazuje v tomto pásmu žádnou úhradu, za to má však ze všech krajů nejvyšší podíl uhrazených částek ve II. pásmu, tj. v intervalu 15.000 až 30.000 Kč (6 %), i ve III. pásmu - interval 30.000 až 45.000 Kč (2 %). Největší podíl uhrazených částek ve IV. pásmu, tj. nad 45.000 Kč na jedno lůžko ročně, náleží Karlovarskému kraji (8 % z validních odpovědí, 56 % z daného intervalu). Uvedenou nerovnoměrnost nelze vysvětlit jinak než jako důsledek nejednotnosti metodiky proplácení zdravotních výkonů v jednotlivých krajích.

Z uvedených údajů vyplývá, že poskytovatelům sociálních služeb hradí zdravotní pojišťovny na základě uzavřených smluv pouze část poskytované zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny tak využívají nedostatečného definičního rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí. Vzhledem k tomu, že poskytovatelé jsou povinni svým

klientům zdravotní péči zajistit, financují ji z běžných provozních (neinvestičních) nákladů, tj. vlastně na úkor klientů relativně zdravých.

G r a f 3 Šetření VÚPSV: Rozložení výše úhrad od zdravotních pojišťoven podle krajů (2007)



Poznámka: Součet všech podílů u všech krajů = 100

2.2 Kolik rezidenční zařízení v roce 2007 doplácela na zdravotní péči

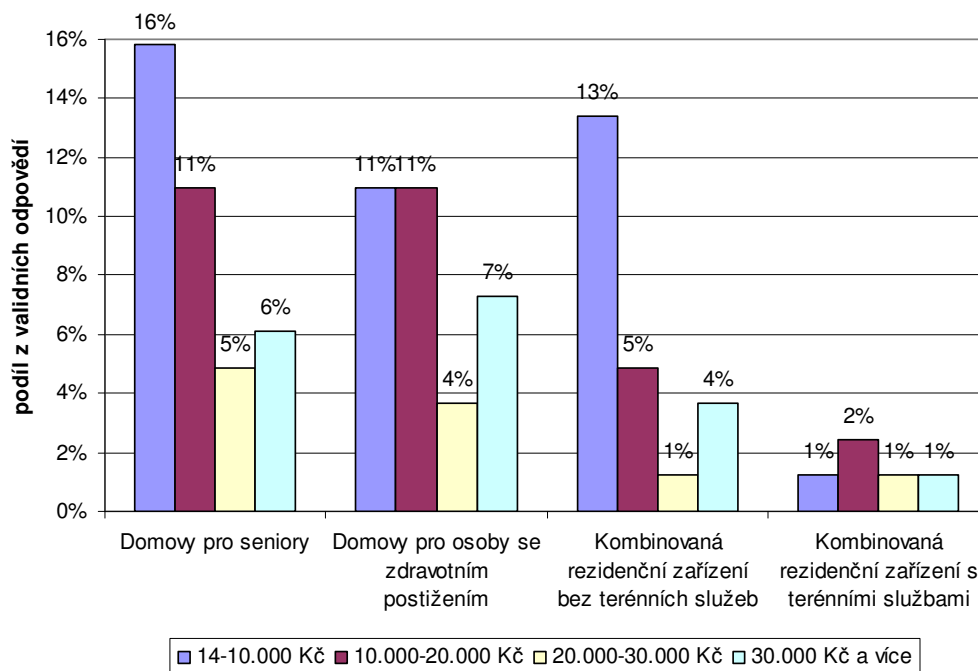
Z dotazníkového šetření VÚPSV vyplynulo, že jen malá část respondentů (8 %) na ošetrovatelskou a rehabilitační péči nic nedoplácí. U ostatních však výsledky šetření nejsou dost dobře srovnatelné, neboť někteří respondenti uvádějí pouze hrubý odhad nákladů na zdravotnický materiál (bez mzdových nákladů), a někteří naproti tomu pouze doplácené částky na mzdové prostředky (a to v některých případech pouze „čisté mzdy“, jinde i s odvody na sociální a zdravotní pojištění a s administrativními náklady).

Po přepočtu jednotlivých částek doplácených z běžných neinvestičních výdajů na jedno lůžko se ukazuje, že většina (41 %) doplácených částek nepřesáhla 10.000 Kč. Při rozdělení podle jednotlivých typů zařízení (graf 4) je patrné, že doplácené částky z běžných neinvestičních výdajů nepřesahující 10.000 Kč na jedno lůžko mají největší podíl v domovech pro seniory (16 %) a v kombinovaných rezidenčních zařízeních bez terénních služeb (13 %). Částky, které přesahují 30.000 Kč, činí za celý soubor validních odpovědí 18 % a jsou nejvíce zastoupeny v domovech pro osoby se zdravotním postižením (7 %).

Na základě dostupných údajů a po vyloučení extrémních hodnot lze odhadnout, že doplatky na ošetrovatelskou a rehabilitační péči činí v domovech pro seniory cca 5 % neinvestičních výdajů. V domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech se zvláštním režimem lze tento podíl odhadnout na cca 10 %.

Zařízení si nemohou dovolit ošetrovatelskou péči neposkytnout a poskytují ji tedy z běžných neinvestičních výdajů. Ačkoli pojišťovna inkasuje ze státního rozpočtu pojistné na klienty rezidenčních zařízení sociálních služeb, nutí tato zařízení hradit ošetrovatelskou péči z vlastních prostředků (resp. na úkor dotací).

G r a f 4 Percentuální podíly jednotlivých typů zařízení podle doplácených částek na ošetrovatelskou a rehabilitační péči (v Kč) na 1 lůžko



Poznámka: Součet podílů u všech typů zařízení = 100

2.3 Problémy úhrady u jednotlivých ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů

Zdravotním pojišťovnám jsou vykazovány v zásadě nejčastěji tyto výkony:

- 6611-zavedení nebo ukončení odborné zdrav. péče, administrativa sestry
- 6613-ošetrovatelská intervence
- 6621-odběr a vyšetření biologického materiálu
- 6623-aplikace léčebné terapie
- 6629-péče o ránu, dekubity, bérkové vředy
- 6631-komplex klyzma, laváže, zavádění permanentních katétrů u žen
- 6649-bonifikační kód za práci sestry v době prac. volna nebo klidu
- 6645-bonifikační kód za práci sestry od 22.00 do 6.00 hodin,

přičemž podle sdělení respondentů jsou největší problémy s následujícími:

- 6623-aplikace léčebné terapie a to zejména:
 - podávání léků per os s následnou kontrolou dutiny ústní, aplikace injekcí i.m. měření fyziologických funkcí, aplikace inzulínu, glykémie
- 6649-bonifikační kód za práci sestry v době prac. volna nebo klidu
- 6645-bonifikační kód za práci sestry od 22.00 do 6.00 hodin
- 6613-zdravotní rehabilitace
- 6629-méně náročná ošetření, aplikace mastí, bandáže DK, ošetření krvácivých ran
- 6635-EKG
- 6639-ošetrování stomie, ošetrování kožních lézí

Problém je zejména s **podáváním léků per os**. VZP proplácí tento úkon jako zdravotní pouze u zvláště indikovaných pacientů, v ostatních případech je podání léků považováno za úkon sociální pomoci. V případě podávání léků však nejde jen o vlastní

akt polknutí (i když i zde mohou nastat potíže – např. při nejrůznějších neurologických diagnózách nebo v případě některé z forem demence) , ale též o přípravu, rozpočítání dávek léků, apod.

Přitom klienti domovů jsou často lidé staří, s oslabenou pamětí, neschopni léky správně dávkovat. Podle platných zákonů a vyhlášek však manipulace s léky nemůže být náplní práce sociálního pracovníka. Např. jeden z domovů MSk uvádí k této problematice doslova: " *Medikaci mělo naordinovanou 113 uživatelů, ale pouze u 59 uživatelů bylo indikováno podávání léků jako výkon ošetrovatelské péče.*" Podobné názory uvádějí i respondenti ze šetření VÚPSV: „*Až na výjimky nehradí VZP podávání léků ústy – nelze vykazovat vlastní aplikaci léků uživatelem.* (tj. když sestra léky připraví a pacient si pak tablety vezme a spolkne). *To je považováno ze strany VZP za úkon sociální pomoci. Popis tohoto výkonu, podle seznamu výkonů, zahrnuje také přípravu dokumentace, pomůcek, přípravu a kontrolu léku, správnost, dávku, čas podání, expiraci, způsob podání. Dále sestra sleduje vedlejší a nežádoucí účinky a účinnost léku samotného.*" Nebo jiný respondent uvádí: „*Klient, který je schopen léky polknout, ale není schopen si je nachystat, podat do úst nebo vůbec nechápe, k čemu léky jsou, není (podle názoru zdravotní pojišťovny) indikován k podávání léků sestrou a může mu tedy lék podat kdokoliv jako doma. Tento výkon proto nebude uhrazen.*

V těchto a dalších případech dochází k rozporu mezi zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních a vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, na jedné straně s metodikou zdravotních pojišťoven, zejména VZP, na straně druhé. Podle cit. zákona (§ 5 – kvalifikační předpoklady) a vyhlášky musí výkony provádět osoba k tomu způsobilá (odbornost: všeobecná sestra v sociálních službách, dále SZP), ale podle metodiky zdravotních pojišťoven je v pobytových zařízeních sociální péče SZP vykonávat nemusí. Proto tyto výkony VZP nehradí, ačkoli zákon je vždy právním předpisem vyšší právní síly než metodika zdravotní pojišťovny.

Další spornou otázkou jsou **náklady na platy zdravotnických pracovníků v době, kdy ošetrovatelské úkony nejsou prováděny** nebo jsou prováděny v minimálním rozsahu. „*Nesmíme nic vykazovat v noci a přitom musíme mít zaručen 24 hodinový servis ošetrovatelské péče*“ uvádí jeden z respondentů VÚPSV. Domov totiž zodpovídá za případnou zdravotní újmu klientů i v nočních hodinách a ve dnech pracovního volna a klidu (např. při úrazu v důsledku pádu apod.)¹ Tak např. jeden z respondentů MSk, domov pro osoby se zdravotním postižením, jehož klientům je z 93 % přiznána závislost III. a IV. stupně a převážnou část z nich tvoří epileptici, považuje riziko, vyplývající z nepřítomnosti zdravotní sestry v době od 22:00 do 6:00 hodin a v době pracovního volna nebo pracovního klidu, za příliš velké. Na základě dlouholetých zkušeností uvádí, že nejčastější náhlé stavy s nutností resuscitace se odehrávají právě v nočních hodinách.

Při žádosti o proplacení pojišťovny namítají, že některé úkony jsou součástí povinností, vyplývajících z kapitační platby praktického lékaře, u něhož jsou klienti rezidenčního zařízení registrováni a že by je tudíž měli sociální pracovníci těchto zařízení dopravit k praktickému lékaři. V jiných případech doporučuje použití externích zdrojů, např. agentur Domácí péče. K tomu uvádí již citovaný respondent, jehož klientům je z 93 % přiznána závislost III. a IV. stupně: " *Využití externích zdrojů není v současné době možné (viz. Vyhláška MZČR 331/2007 Sb.), neboť zajišťování zdravotní péče agenturami Domácí péče je možné hradit pouze pojištěncům v domácí péči. Pojištěnec žijící v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby je považován za pojištěnce žijící v náhradní domácí péči. Proto nelze zdravotní a ošetrovatelskou péči realizovat prostřednictvím agentur Domácí péče. Zajišťování zdravotní péče pouze pracovníky v sociálních službách a doprovodem do zdravotnických zařízení je vzhledem k počtu*

¹ viz Bruthansová, D. – Červenková, A. – Jeřábková, V.. Právní aspekty odpovědnosti za škodu vzniklou klientovi při poskytování sociální zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, PRAHA, VÚPSV 2008

uživatelů (potřeby úkonů) a pracovníků v sociálních službách v současné době nereálný. Riziko zanedbání péče je vysoko nad hranicí přijatelnosti."

U ležících pacientů je dále problémem proplácení **polohování**, což je důležitý výkon pro předcházení dekubitům. S prevencí souvisí rovněž proplácení **rehabilitační péče**. Diagnostická a léčebná rehabilitace představuje klíčový faktor v systému péče o seniory a osoby se zdravotním postižením, neboť zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů u těchto osob. Důsledně uplatňovaná léčebná rehabilitace může zabránit vzniku takového stupně zdravotního postižení, kdy se klient stává méně soběstačným nebo zcela nesoběstačným. Jde nejen o rehabilitaci pouřazových stavů a o rehabilitaci stavů po proběhlé cévní mozkové příhodě, ale i o obecné udržování fyzické kondice a tím nepřímo o udržení dobrého duševního stavu, čímž se předchází možné sociální exkluzi. Nezanedbatelným přínosem léčebné rehabilitace je tudíž její **preventivní** účinek. Např. nejen polohováním, ale i cvičením s pacientem na lůžku se u ležících pacientů předchází dekubitům, jejichž léčba je vleklá a drahá.

Rehabilitační péči pojišťovny v zásadě neproplácejí. Úhrada z vlastních prostředků klientů je vskutku nepatrná. V šetření VÚPSV téměř tři čtvrtiny respondentů (74 %) jednoznačně odpověděly, že se jejich klienti nepodílejí na úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče. Pouhých 7 % respondentů uvedlo, že klienti hradí jen rehabilitační péči nadstandardního charakteru, přičemž nejčastěji se jedná o masáže, parafínové zábaly, elektrickou léčbu, motoped, rotoped, perličkovou koupel, hipoterapii, apod. Rehabilitační péče je podceňována jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak i ze strany klientů, i když její přínos je zdůrazňován nejen ze strany odborníků z rehabilitačního lékařství, ale i neurologů, geriatry atd.

Pro úplnost uvedeme ještě některé názory respondentů dotazníkového šetření VÚPSV:

„VZP považuje velkou část ošetrovatelské péče a tedy i výkonů za sociální službu, přestože jsou v seznamu výkonů uváděny jako výkony ošetrovatelské s možností vykázaní zdravotní pojišťovně. Často není brán zřetel na věk a stav uživatelů, na vedlejší diagnózy (demence, zrakové obtíže, tremor apod.) a na právo ošetrování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění."

„Sazebník výkonů nezahrnuje úkony ošetrovatelské intervence v oblasti prevence – pokud provádím důsledně prevenci imobilizačního syndromu a sleduji nutriční parametry klienta, hodnotím rizika pádů a provádím patřičné ošetrovatelské intervence - je nižší výskyt dekubitů, úrazů, kontraktur, zánětlivých komplikací (močové infekce, bronchopneumonie...) atd. - a tím také nižší úhrada péče od zdravotních pojišťoven!!! Paradoxně tedy, čím horší je preventivní péče, tím více výkonů nakonec pojišťovna uhradí."

„Kód 06623 – aplikace léčebné terapie per os,i.m.,s.c.,i.v. – je možné vykázat pouze 4x denně (např.při vykázaní aplikace inzulínu 4x denně u diabetika už nelze vykázat léky per os,i.m.,i.v.). Požadavek na aplikaci p.o. zdravotní sestrou je oprávněný pouze ve výjimečných případech (odůvodněných zdravotním stavem pojištěnce), kdy je prokazatelně nutné podání léčivého přípravku sestrou přímo do úst, včetně kontroly dutiny ústní. Ve všech ostatních případech nebude VZP ČR považovat požadavek na aplikaci léků per os zdravotní sestrou za odůvodněný a účelný. Kdo má podávat léky v domovech pro seniory klientům, kteří nejsou schopni si léky buď připravit anebo pravidelně užít z důvodu diagnózy nebo věku? V našem případě se jedná v průměru o 55 klientů, kterým léky zdravotní sestra připravuje do denních dávkovačů a podává. Dle platné legislativy (vyhláška 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) může s léky manipulovat pouze zdravotnický pracovník (tzn.že pracovník sociální péče by správně nesměl léky připravené zdravotní sestrou v denním dávkovači přinést klientovi, aby si je sám užil)."

„Všeobecná zdravotní pojišťovna nedostatečně informuje, velmi obtížně komunikuje a její metodika není poskytovatelům služeb jasná. Chybí zpětná kontrola

správnosti postupu VZP – nepřehledné vyúčtování za fakturované úkony, na fakturách jsou chyby, atd. „

Z dotazníkového šetření VÚPSV rovněž vyplynulo, že poskytovatelé rezidenčních služeb spatřují nejzávažnější problémy v poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče zejména ve vztazích s pojišťovnou (21 % respondentů – tj. již výše zmíněné proplácení jednotlivých výkonů), v nedostatku, resp. vyčerpání personálu (20 %), v úhradě rehabilitační péče (18 %), v administrativě (17 %) a v problémových vztazích s lékaři, příp. revizními lékaři (9 %). Pouhých 8 % respondentů uvedlo, že se s žádnými problémy nesetkali.

Nedostatek personálu nebo jeho nadměrné vyčerpání úzce souvisí s nedostatkem finančních prostředků, což potvrzuje i následující názor:

„Nepřetržitá ošetrovatelská péče 180 uživatelům je zajišťována prostřednictvím 9 pracovníků s kvalifikací SZP. Z hlediska počtu pracovníků jde o nezbytné minimum k zajištění nepřetržité ošetrovatelské péče. Disproporce mezi celkovými náklady na SZP a výší úhrady od VZP za jejich úkony je zarážející... Předpokládám nedostatečnou komunikaci mezi MPSV, VZP a MZ.“

3. Příspěvky na péči (PnP) u klientů rezidenčních zařízení sociální péče

Příspěvek na péči představuje zcela novou sociální dávku, zavedenou zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2007. Příspěvek nahrazuje dosavadní zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu. Přepočítání z dosavadních dávek a přiznání nových příspěvků bylo prováděno v průběhu 2. pololetí roku 2006 a v roce 2007, takže data o výši příspěvku a o struktuře jeho příjemců nejsou ještě plně ustálena.

Podle § 11 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (v platném znění) činí výše příspěvku pro osoby starší 18 let 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost), 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost), 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost) a 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost). U mládeže do 18 let věku jsou příspěvky pro stupeň I až III o 1000 Kč vyšší; při úplné závislosti (stupeň IV) jsou příspěvky stejné.

U rezidenčních zařízení sociálních služeb jsou příspěvky na péči součástí úhrady klientů. Srovnatelné údaje máme sice jen za domovy pro seniory, ale je z nich vidět, že za rok 2007 stoupla jak průměrná roční výše úhrady od jednoho klienta (o 30 529 Kč) tak její procentní podíl na neinvestičních výdajích (o 13 procentních bodů). Srovnání za jiné typy rezidenčních zařízení není možné (změna definic podle z. č. 108/2006 Sb.)

T a b u l k a 4 Průměrné neinvestiční výdaje a průměrná úhrada na 1 obyvatele ročně v domovech pro seniory v letech 2005 – 2007

Rok	Průměrné neinvestiční výdaje na 1 místo a rok v Kč	Průměrná úhrada od 1 obyvatele ročně v Kč	Podíl úhrady na výši nákladů na 1 místo a rok v %
2005	202 473	72 044	35,58
2006	207 024	75 928	36,68
2007	214 000	106 457	49,75

Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, Praha, MPSV 2007 a 2008

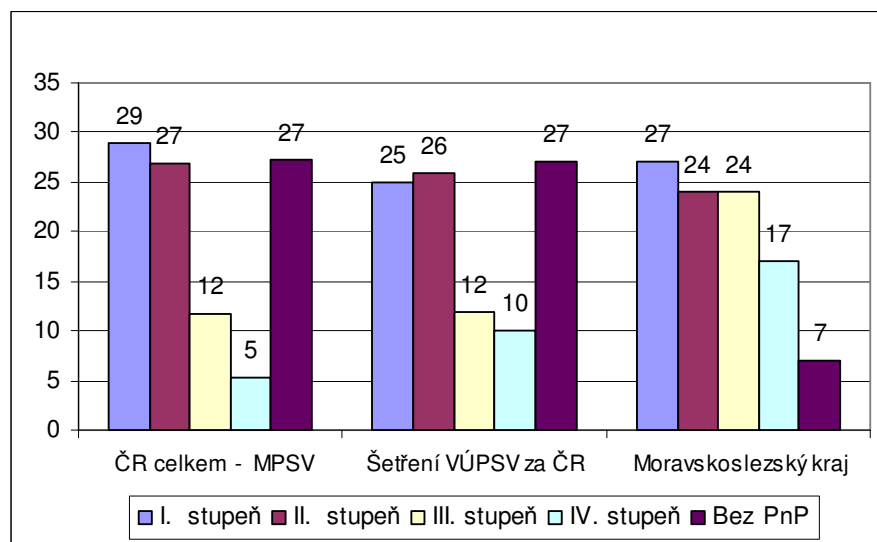
Význam příspěvku na péči (PnP) pro financování pobytových zařízení sociálních služeb je ve studii vypracované v odboru sociálních služeb MPSV počátkem roku 2009 charakterizován takto: „Zcela zásadní je pokles uživatelů pobytových služeb sociální péče, kteří nedisponují příspěvkem na péči, což naznačuje pozitivní trend v postupně

proměně klientů těchto služeb tak, aby v těchto zařízeních byla poskytována péče těm osobám, kteří ji fakticky potřebují.“²

3.1 Struktura příjemců PnP v pobytových zařízeních sociálních služeb

Struktura přiznaných příspěvků na péči u klientů v domovech pro seniory a v domovech pro osoby se zdravotním postižením, a to podle tří pramenů: údaje MPSV, šetření VÚPSV a údaje za 27 krajem zřizovaných zařízení v Moravskoslezském kraji, je zobrazena na grafech 5 a 6. Na obou grafech je názorně vidět, že struktura příjemců příspěvků na péči podle údajů MPSV a šetření VÚPSV je v zásadě podobná (což mimo jiné svědčí i o reprezentativnosti struktury respondentů v dotazníkovém šetření VÚPSV). Odlišnou strukturu však vykazují krajská zařízení v Moravskoslezském kraji. Zaráží zejména podstatně menší podíl klientů, kteří nepobírají žádný příspěvek, a to jak v domovech pro seniory (7 % proti 27 %), tak i v domovech pro osoby se zdravotním postižením (1 % proti 8 – 10 %). Naproti tomu je však v Moravskoslezském kraji daleko vyšší podíl příjemců s úplnou závislostí (příspěvek IV. stupně), a to zejména v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

G r a f 5 Histogram rozdělení četností podle druhu PnP u klientů domovů pro seniory (v %)



Prameny: 1) Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči MPSV únor 2009, 2) šetření VÚPSV, 3) šetření KÚ Moravskoslezského kraje

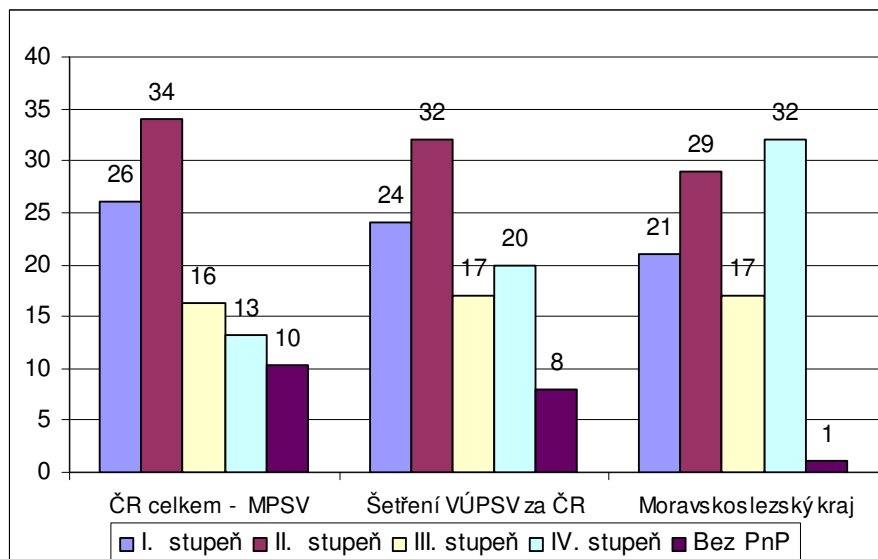
V Moravskoslezském kraji jde vesměs o domovy, jejichž zřizovatelem je kraj, kdežto u ostatních pramenů jsou zahrnuta i zařízení, kde zřizovatelem jsou obce, neziskové organizace i soukromé osoby. V grafu 7 jsme proto porovnali strukturu příspěvků na péči podle krajů u všech pobytových zařízení (bez ohledu na zřizovatele).

I z pouhého odhadu podílu klientů pobytových zařízení bez příspěvku na péči lze vyvodit některé zajímavé souvislosti. V Moravskoslezském kraji je podíl klientů bez PnP nejmenší a stejně jako v kraji Libereckém, nedosahuje ani 20 %. Naproti tomu v těchto krajích je nejvyšší podíl klientů se IV. stupněm PnP (s úplnou závislostí) a to v Moravskoslezském kraji 26 % a v kraji Libereckém 20 %. Regionální vlivy zde nemohou hrát roli, neboť právě opačný poměr je v sousedních krajích Zlínském a

² Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči (Analýza financování služeb v letech 2007 až 2009) Pramen: MPSV únor 2009

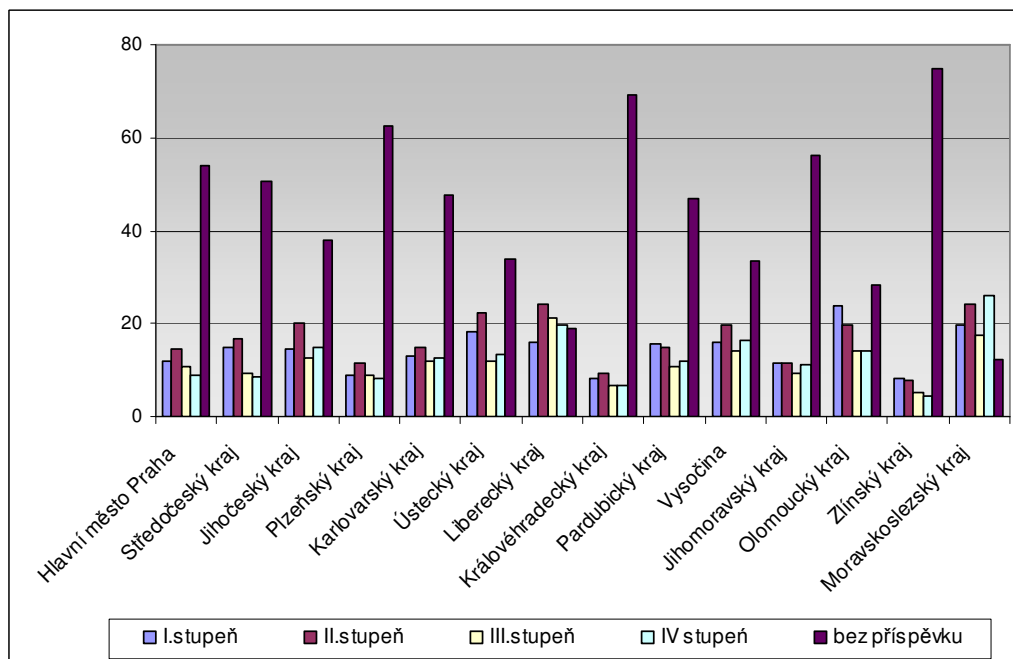
Královéhradeckém (Zlínský 75 % bez PnP a 4 % PnP IV. stupně, Královéhradecký 69 % bez PnP a 8 % PnP IV. stupně).

G r a f 6 Histogram rozdělení četností podle druhu příspěvku na péči u klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením (v %)



Prameny: 1) Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV únor 2009, 2) šetření VÚPSV, 3) šetření KÚ Moravskoslezského kraje

Graf 7 Struktura klientů pobytových zařízení sociálních služeb podle krajů 2008



Prameny: 1) Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV únor 2009 2) Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007, MPSV 2008

Poznámka: Počet klientů pobytových zařízení bez příspěvku na péči pramen 1) neuvádí, musel být proto zjištěn dopočtem k celkovému počtu klientů pobytových zařízení podle pramene 2), který však data za rok 2008 neuvádí. Podíl klientů pobytových zařízení bez PnP je tudíž odhadnut podle dat za rok 2007.

T a b u l k a 5 Počet krajů v intervalech podle podílu klientů pobytových zařízení bez PnP

Podíl klientů bez PnP (%)	počet krajů
do 20 %	2 Moravskoslezský, Liberecký
20-40 %	4 Olomoucký, Vysočina, Ústecký, Jihočeský
40-60 %	5 Pardubický, Karlovarský, Středočeský, Hlavní město Praha, Jihomoravský
nad 60 %	3 Plzeňský, Královéhradecký, Zlínský

T a b u l k a 6 Počet krajů v intervalech podle podílu klientů pobytových zařízení se IV. stupněm PnP

Podíl klientů se IV. stupněm PnP (%)	počet krajů
více než 20	1 Moravskoslezský
15 - 20	3 Liberecký, Vysočina, Jihočeský
10 -15	5 Olomoucký, Ústecký, Karlovarský, Pardubický, Jihomoravský
5 -10	4 Hlavní město Praha, Středočeský, Plzeňský, Královéhradecký
méně než 5	1 Zlínský

Rozdílností ve struktuře příspěvků na péči podle jednotlivých krajů se projevuje nejednotnost v metodice uznávání stupně závislosti a přiznávání PnP. Závislost na péči není ukazatel čistě zdravotní, nýbrž sociální a jako takový by měl být přiznáván a interpretován. Proto stanovení jeho stupně by nemělo být výhradně v rukou posudkového lékaře podle klasifikace MKN-10, nýbrž mělo by být přihlíženo i k možnostem aktivity a participace podle klasifikace MKF³.

3.2 Vztah mezi stupněm PnP a potřebou ošetrovatelské a rehabilitační péče

Názory na vztah mezi stupněm PnP a potřebou ošetrovatelské a rehabilitační péče zjišťoval ve svém průzkumu krajský úřad Moravskoslezského kraje (v dotazníkovém šetření VÚPSV se toto nezjišťovalo). Odpovědi uvedlo všech 27 oslovených zařízení, ale jednoznačný názor z nich vyslovila pouze necelá polovina.

T a b u l k a 7 Názory krajských rezidenčních zařízení sociální služeb MSk na vztah mezi stupněm PnP a potřebou ošetrovatelské a rehabilitační péče

	ano	ne	neví
Souhlasíte s názorem, že čím vyšší je stupeň závislosti, tím větší je potřeba zdravotní péče ?	7	6	14
Podíl v %	26 %	22 %	52 %

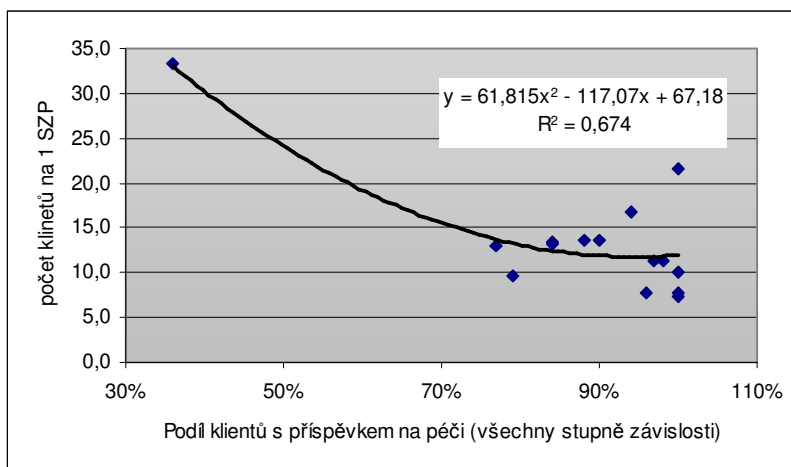
Z tabulky 7 je patrné, že pouze 7 respondentů vyslovilo jednoznačný souhlas, i když někteří nepřímě. Např. jedno ze zařízení, pečující o 43 klientů (z nich 30 se závislostí III. a IV. stupně) uvádí doslova: *"Pouze u čtyř uživatelů ve III. a IV. stupni závislosti není potřeba zajišťovat zvýšenou odbornou ošetrovatelskou a zdravotní péči."* Opačný názor projevilo 6 zařízení, např.: *"Výše proplácených zdravotních úkonů nesouvisí a není závislá na přiznaném stupni příspěvku na péči, ale na zdravotním stavu uživatelů."* nebo: *"Objem proplácených výkonů nemá přímou vazbu na výši PnP uživatele"* či: *"Ne vždy je stáří a závislost v úkonech péče přímou úměrou ke zdravotnímu stavu uživatele ve smyslu vykazování kódů pro pojišťovny"*.

³ tj. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, která oproti čistě zdravotním hlediskům klasifikace MKN-10 představuje komplexnější způsob hodnocení. Tím, že účinně propojuje medicínské hledisko s hledisky sociálního charakteru, účinně napomáhá objektivně hodnotit situaci osob se zdravotním znevýhodněním a předcházet tak jejich sociálnímu vyloučení.

Pro zjištění vztahu mezi závislostí klientů na péči a objemem zdravotní péče činí obtíže samotné stanovení způsobu, kterým se měří objem potřebné zdravotní péče. O náročnosti na zdravotní péči nepřímo svědčí i počet potřebných zdravotnických pracovníků. Bohužel ne všechna zařízení uvádějí strukturu klientů podle stupně závislosti a ne u všech je možné zjistit počet středních zdravotnických pracovníků, tudíž je ve vzorku pouze 15 validních odpovědí.

U těchto zařízení MSk porovnáme podíl klientů s přiznanou závislostí na péči (všechny stupně) s počtem klientů, připadajících na jednoho středního zdravotnického pracovníka. Jde o vztah nepřímé úměrnosti: čím vyšší je podíl klientů se závislostí na péči, tím méně klientů připadá na 1 sestru (ZPBD) neboli tam, kde je stupeň závislosti vysoký, zvládá sestra péči o menší počet pacientů. Index determinace R^2 v grafu 8 nám udává, kolik procent variability (měnlivosti) souboru jsme schopni vysvětlit danou funkcí (tzn. čím vyšší index determinace, tím se odhadnutá funkce jeví jako vhodnější). Závislost je poměrně velmi silná; korelační koeficient zde činí -0,75176.

G r a f 8 Vztah mezi podílem klientů s přiznanou závislostí na péči a počtem klientů na 1 středního zdravotnického pracovníka (ZPBD) – 15 pobytových zařízení v MSk 2008



Tento vztah byl poté zjišťován i z údajů dotazníkového šetření VÚPSV, avšak ukázalo se, že závislost není zdaleka tak těsná, jako ve vzorku 15 krajských rezidenčních zařízení MSK – naopak. Ve většině případů se obě veličiny jeví jako vzájemně nezávislé (tabulka 8).

T a b u l k a 8 Korelační koeficienty, vyjadřující závislost mezi PnP a náročností na zdravotní péči podle dotazníkového šetření VÚPSV

Typ zařízení	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	Všechny stupně příspěvků
Domov pro seniory	-0,06	-0,3	-0,46	-0,36	-0,63
Domov pro osoby se ZP	-0,04	0,48	-0,24	-0,22	0,07
Komb. rezidenční zařízení bez terénních služeb	-0,2	0,18	0,17	0,24	0,13
Komb. rezidenční zařízení s terénními službami	0,45	0,24	0,24	-0,08	-0,9
Zařízení celkem	-0,03	0,19	-0,25	-0,22	-0,29

4. Závěry

Na základě dotazníkového šetření VÚPSV i MSk se shodně ukazuje, že zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a ani prováděcí vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (v platném znění), dosud do všech důsledků otázku financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v rezidenčních zařízeních sociálních služeb neřeší.

Dochází k četným stížnostem poskytovatelů, že zdravotní pojišťovny jim ošetrovatelskou a rehabilitační péči v celém požadovaném rozsahu neproplácejí. Pojišťovny ve snaze využít kapacitu praktických lékařů, kteří pobírají za klienty ústavů sociální péče kapitační platby, naléhají na pracovníky ústavů, aby místo ošetření „doma“ doprovázeli své klienty na ošetření ke smluvním lékařům, případně využívali agentury domácí péče. To ale není z mnoha důvodů možné.

Problémy hrazení ošetrovatelské a rehabilitační péče vyplývají do značné míry ze skutečnosti, že jednotlivé zdravotní pojišťovny nemají pro své revizní lékaře vypracovanou a přijatou jednotnou metodiku úhrad jednotlivých výkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče. To se týká nejen rozdílů mezi jednotlivými pojišťovnami (podle sdělení respondentů jsou oborové zdravotní pojišťovny při hrazení ošetrovatelské a rehabilitační péče o něco vstřícnější než VZP), ale i mezi jednotlivými územně správnými jednotkami téže pojišťovny.

Jednotná metodika úhrad by přinesla zpřehlednění současného stavu, zavedla by spravedlivější financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a do značné míry by omezila financování zdravotnických výkonů z obecných neinvestičních výdajů jednotlivých zařízení.

Dalším problémem je nedostatečná pozornost, věnovaná rehabilitaci. Ta má nezastupitelné místo v systému péče o seniory a osoby se zdravotním postižením, neboť zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů a může zabránit vzniku takového stupně zdravotního postižení, kdy se klient stává méně soběstačným nebo zcela nesoběstačným. Kromě rehabilitace poúrazových stavů a stavů po proběhlé cévní mozkové příhodě jde i o obecné udržování fyzické kondice a tím nepřímo i o udržení dobrého duševního stavu.

Pro úplnost je však nutno konstatovat, že doposud nebyl u nás přijat zákon o ucelené rehabilitaci. Rehabilitační péče není v dostatečné míře využívána, ostatně lékař nemá povinnost pacientům léčebnou rehabilitaci doporučit. Pokud pacient nabídnutou rehabilitační péči odmítne (a nespolupracuje tak na zlepšení či udržení svého zdravotního stavu), nejsou z toho vyvozovány žádné důsledky ani při hodnocení zdravotního stavu pro účely poskytnutí kompenzačních pomůcek ani při eventuálním přiznání či zvýšení příspěvku na péči.

Analýza statistických dat ukázala značné rozdíly ve struktuře příspěvků na péči u klientů rezidenčních zařízení sociálních služeb podle jednotlivých krajů. Zde se projevuje nejednotnost v metodice uznávání stupně závislosti na péči a přiznávání PnP. Závislost na péči není ukazatel čistě zdravotní, nýbrž zdravotně-sociální a jako takový by měl být přiznáván a interpretován. Proto stanovení jeho stupně by nemělo být výhradně v rukou posudkového lékaře podle klasifikace MKN-10, nýbrž mělo by být přihlíženo i k možnostem aktivity a participace podle klasifikace MKF.

Literatura

Bruthansová, D. – Červenková, A. – Jeřábková, V.. Právní aspekty odpovědnosti za škodu vzniklou klientovi při poskytování sociálně zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, PRAHA, VÚPSV 2008

Pfeiffer, J.: Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) a její přínos pro lékařskou posudkovou službu. In: Bruthansová, D. – Červenková, A. – Kolářová, M.: Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU, Praha, VÚPSV 2002, str.36-42

Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči (Analýza financování služeb v letech 2007 až 2009) Pramen: MPSV únor 2009

Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, Praha, MPSV 2007 a 2008

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007, Praha, MPSV 2008

Použité zkratky

DOZ - domov pro osoby se zdravotním postižením

DpS - domov pro seniory

DZR - domov se zvláštním režimem

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN –10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize

MSk - Moravskoslezský kraj

PnP - příspěvek na péči

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.

VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna

ZPBD – zdravotnický pracovník, pracující bez dohledu

ZZ - zdravotnické zařízení