

Sociální hospitalizace

odpovědný řešitel :

JUDr. Daniela Bruthansová

řešitelé :

Ing. Anna Červenková

MUDr. Iva Holmerová

prosinec 2000

Obsah

1.	Úvod	3
2.	Metodika a organizace výzkumu	5
3.	Vymezení základních pojmů	6
3.1.	Ošetrovatelská péče	6
3.2.	Ústavy sociální péče	7
3.3.	Sociální hospitalizace	9
4.	Sociální hospitalizace z pohledu sociálních odborů okresních úřadů a dalších subjektů	12
4.1.	Existence lůžek pro sociální hospitalizaci	12
4.2.	Počet sociálních lůžek, která zanikla, a důvod jejich zániku	13
4.3.	Okolnosti, které brání většímu rozšíření sociální hospitalizace	13
4.4.	Určení denní částky, která by činila sociální hospitalizaci pro zdravotnická zařízení atraktivní	15
4.5.	Výše denního poplatku, který je pro klienta sociální hospitalizace únosný, a nárok zdravotnického zařízení na zvýšení důchodu pro bezmocnost	16
4.6.	Názory na perspektivy sociální hospitalizace	18
5.	Ekonomický pohled	19
5.1.	Hledisko makroekonomické	19
5.2.	Hledisko zdravotnického zařízení	21
5.3.	Hledisko klienta a jeho rodiny	23
5.4.	Shrnutí	26
6.	Sociální hospitalizace z hlediska odborného lékaře	27
6.1.	Specifické problémy související se zdravotním stavem starších osob	27
6.2.	Současný stav a možnosti organizačního zabezpečení zdravotně-sociálních služeb	28
6.3.	Zahraniční model geriatrických služeb z pohledu funkčnosti systému a jeho návaznosti	33
6.4.	Shrnutí	35
7.	Shrnutí a doporučení	37
	Statistická příloha	
	Literatura	

1. Úvod

Formulace zadání

Ve vyspělých zemích narůstá počet osob, které se z důvodu vysokého věku či zdravotního stavu nejsou schopny se o sebe postarat vlastními silami.

Stárnutí populace představuje celosvětový jev. Nárůst počtu starých osob je zvláště patrný v ekonomicky vyspělých evropských zemích. Příčinu lze spatřovat především v prodlužování střední délky života a ve snižování porodnosti. Podle demografické prognózy OSN z roku 1993 by do roku 2020 mělo dojít k podstatnému zvýšení podílu seniorů v populaci. V České republice rovněž podíl seniorů (pětašedesátiletých a starších) v populaci narůstá: zatím co v roce 1995 činil podíl seniorů v populaci 12,96%, v roce 1999 již 13,75% a podobný trend bude zřejmě pokračovat. Demograf M. KUČERA (1999) odhaduje, že po roce 2015 se v Česku zvýší podíl osob starších 60 let na více než čtvrtinu obyvatelstva.

V souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a měnící se ekonomickou situací rodin, zaměstnaností či cestováním za prací, i nadále neutěšenou bytovou situací, dále klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nemocného a často i nesoběstačného člena rodiny postarat. Jejich péči zpravidla supluje zdravotní a sociální péče, zejména formou hospitalizace na ošetrovatelských lůžkách LDN, umístěním na ošetrovatelských odděleních ústavů sociální péče zejména v domovech důchodců, popřípadě ve zdravotnických zařízeních na vyčleněných lůžkách pro sociální hospitalizaci.

Institut sociální hospitalizace nelze však vztahovat pouze na seniory. V určitém objemu se může týkat i lidí v produktivním věku, kteří se z mnoha důvodů mohou stát nesoběstačnými. Může se jednat především o stavy s trvalým zdravotním poškozením, kdy se postižený dostane do závislosti na jiné osobě. V případě, že jeho stav není reparable, je stabilizován a další léčení nemá naději na úspěch, je další život takové osoby možný pouze za předpokladu kontinuálního poskytování ošetrovatelské péče. V úvahu připadá - jak již bylo výše řečeno - buď péče na tzv. ošetrovatelských lůžkách nemocnic nebo pobyt na ošetrovatelském oddělení ústavu sociální péče (zejména domova důchodců) nebo sociální hospitalizace.

Věcným záměrem projektu je posoudit možnosti a perspektivy sociální hospitalizace, její místo v systému sociálního zabezpečení, jakož i vztah mezi

organizacemi v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví a organizacemi v řídicí působnosti ministerstva práce a sociálních věcí v této oblasti.

Nezanedbatelným aspektem je i ekonomické vyhodnocení finanční náročnosti sociální hospitalizace, stanovení finanční částky za den sociální hospitalizace tak, aby byla pro zařízení jí poskytující atraktivní, včetně podílu na jejím financování jednotlivými subjekty (stát - občan - zdravotní pojištění).

Při řešení tohoto projektu se přihlíží k úzké interakci zdravotních a sociálních aspektů sociální hospitalizace a k jejich integritě, která z toho vyplývá.

Cílem výstupu je na základě uvedeného:

- zhodnotit perspektivy a možnosti sociální hospitalizace
- navrhnout její místo v systému sociálního péče
- zjistit výši finanční částky, která by pokryla náklady spojené se sociální hospitalizací, posoudit otázku vícezdrojového financování
- navrhnout možnosti spolupráce resortu ministerstva práce a sociálních věcí a resortu ministerstva zdravotnictví v této oblasti.

2. Metodika a organizace výzkumu

Sociální hospitalizace představuje problematiku, která se dotýká jak resortu práce a sociálních věcí, tak resortu zdravotnictví. Z tohoto důvodu jsme oslovily 96 sociálních odborů okresních (v Praze obvodních) úřadů (OkÚ) z celé České republiky s tím, aby - pokud to uznají za vhodné - seznámily s otázkami týkajícími se sociální hospitalizace i jiné okresní subjekty (zejména odbor zdravotnictví OkÚ, případně zdravotnická zařízení se sídlem v daném okrese).

Celkem jsme obdržely 85 vyplněných dotazníků. Odpovědi na naše otázky nám zaslaly sociální referáty (resp. referáty pro sociální věci a zdravotnictví) ze 66 okresů, což představuje návratnost 68,8 %. Na 8 dotazníků nám zaslaly vlastní odpověď i samostatné referáty zdravotnictví OkÚ. 11 dotazníků bylo vyplněno ve zdravotnických zařízeních (okresní, městské nemocnice a LDN).

Při řešení problematiky sociální hospitalizace jsme vycházely z platných právních předpisů, a to jak z oblasti sociální, tak zdravotní.

Ekonomický rozbor se opírá jednak o údaje Statistické ročenky ČR, dále ročenky MPSV a o Aktuální informace, které publikuje Ústav zdravotnických informací a statistiky Ministerstva zdravotnictví. Kromě toho jsme použily i údaje vyžádané speciálně pro tento účel, údaje o výdajích na sociální hospitalizaci podle jednotlivých okresů (§ 4315, položka 5169) za léta 1997-1999 nám poskytlo ministerstvo financí s tím, že z titulu ochrany dat nelze údaje a výstupy vztahující se k jednotlivým subjektům poskytnout třetí straně. V dalším proto neuvádíme údaje za jednotlivé okresy, nýbrž pouze údaje sumarizované. Údaje o kapacitě domovů důchodců poskytl odbor sociální statistiky MPSV.

U medicínské problematiky se vycházelo jednak z vlastních zkušeností spoluautorky, ze stanovisek České gerontologické a geriatrické společnosti a rovněž ze zahraničních dokumentů a zkušeností s modely péče o seniory.

3. Vymezení základních pojmů

3.1. Ošetrovatelská péče

V případě odborné ošetrovatelské péče se jedná o pobyt občana ve zdravotnickém zařízení na základě zdravotní indikace, zpravidla na lůžkách v LDN. Většinou jsou to pacienti, jejichž zdravotní stav i po hospitalizaci nadále vyžaduje intenzivnější ošetrovatelskou péči včetně rehabilitačního ošetrovatelství. Za zdravotní indikaci je podle koncepce následné lůžkové zdravotní péče (metodické opatření č. 12/1998 Věstník MZ ČR) považována hospitalizace chronického onemocnění nebo onemocnění v postakutním stadiu v těchto případech:

- zdravotní stav pacienta je stabilizovaný (t.j. nelze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu, který by si vyžádal zahájení intenzivní péče),
- pacient má stanovenou diagnózu a léčebný postup s těžištěm v odborném ošetrovatelství, respektive v rehabilitačním ošetrovatelství,
- pacient potřebuje odbornou ošetrovatelskou péči, jejíž poskytování je vázáno pouze na provedení kvalifikovaným zdravotnickým personálem, překračuje možnosti domácí zdravotní péče (potřeba více než 3 hodiny ošetrovatelské péče nebo více než tři ošetrovatelské návštěvy denně).

Pacienti jsou přijímáni na lůžko následné zdravotní ošetrovatelské péče

- z jiného oddělení lůžkové zdravotní péče s propouštěcí (překladovou) zprávou, jejíž součástí je zdůvodnění překlady (stávající rozsah a návrh další ošetrovatelské péče) - zprávu vypracovává ošetrojící lékař na základě podkladů zpracovaných zdravotní sestrou jako garantem ošetrovatelské péče,
- z vlastního sociálního prostředí se zprávou ošetrojícího lékaře, jejíž součástí je návrh na přijetí na ošetrovatelské lůžko. Pokud byl pacient ošetrován home care či zdravotní sestrou ošetrojícího lékaře, je uveden dosavadní rozsah a návrh další ošetrovatelské péče vypracovaný ošetrojícím lékařem na základě podkladů zdravotní sestry jako garanta ošetrovatelské péče.

Cílem ošetrovatelské péče je udržet nebo zlepšit současnou kvalitu života pacienta a existující stupeň jeho soběstačnosti.

Financování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních

Ošetrovatelská péče je ve zdravotnických zařízeních v současné době financována pouze ze zákonného zdravotního pojištění platbou tzv. ošetrovatelského lůžka, což může být problematické zejména při dlouhodobém pobytu. Přitom je nesporné, že ošetrovatelská péče ve zdravotnických zařízeních často zahrnuje i péči obdobnou té, která je poskytována imobilním klientům na tzv. ošetrovatelských odděleních v ústavech sociální péče (např. v domovech důchodců). V těchto ústavech není však péče - s výjimkou léků a některých pomůcek (např. plen) - hrazena z prostředků zdravotního pojištění, nýbrž z prostředků sociálního zabezpečení s významným příspěvkem klientů.

3.2. Ústavy sociální péče

Ústavy sociální péče představují další z možností péče o nesoběstačné občany. Podle ustanovení § 61 odst. 1 písm. a) - k) vyhl. č. 182/1991Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení (v platném znění), se jedná o ústavy pro tělesně, mentálně či smyslově postiženou mládež nebo dospělé občany, ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany, pro chronické psychotiky a psychopaty a o domovy důchodců. V těchto ústavech mohou být podle ustanovení § 61 odst.3 vyhl. č. 182/1991 Sb. samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetrování obyvatel a svěřenců upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči. V domovech důchodců mohou být zřízena samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetrování dementních osob.

Podmínky pro přijetí do ústavu upravuje § 75 a následující výše uvedené vyhlášky.

Do ústavů jsou na základě žádosti podané místně příslušnému okresnímu úřadu buď samotným občanem či v případě nezletilých osob nebo osob zbavených způsobilosti k právním úkonům zákonným zástupcem přijímání občane, kteří potřebují vzhledem ke svým sociálním poměrům a zdravotnímu stavu ústavní sociální péči. Za osoby, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou podat žádost, mohou ji podle ustanovení § 157 vyhl. č. 149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení (v platném znění), podat rodinní příslušníci. Podmínkou platnosti takového právního úkonu je souhlas osoby, která by měla být do ústavu přijata, a dále potvrzení lékaře o zdravotním stavu takovéto osoby.

Řízení o přijetí může být též zahájeno z podnětu obce, zdravotnického zařízení, občanského sdružení, církve nebo charitativní organizace. Místní příslušnost je určena podle trvalého pobytu žadatele.

Příslušný okresní úřad prošetří sociální a majetkové poměry žadatele a vyžádá si dokumentaci o jeho zdravotním stavu od příslušných orgánů státní zdravotní správy.

Právě zdravotní stav žadatele může být překážkou pro jeho přijetí do ústavu. V příloze 7 vyhlášky č. 182/1991 Sb. (v platném znění) jsou uvedena zdravotní postižení podmiňující a vylučující přijetí do ústavů. V případě, že není v ústavech sociální péče - domově důchodců zřízeno ošetrovatelské oddělení, nelze do ústavů sociální péče - domovů důchodců přijímat osoby trpící zdravotními postiženími uvedenými v příloze 7 B odst. 4 výše uvedené vyhlášky (jako např. zhoubné novotvary, u kterých nebylo při komplexní léčbě dosaženo remise a v době uvažovaného příjmu do domova důchodců byly zjištěny metastázy, degenerativní mozkové nemoci, u nichž po léčbě nebylo dosaženo remise, choroby srdeční nebo chronická onemocnění jater obojí ve stadiu dekompenzace, choroby s omezením hybnosti - ireparabilní stavy po zlomeninách a luxacích, stavy po amputacích, v případě snížené sebeobsluhy i postižení lokomočního aparátu či stavy po poranění nebo operacích mozku).

V případě, že okresní úřad nespravuje ústav vhodný pro žadatele, neodkladně zašle jeho žádost jinému okresnímu úřadu, obci nebo vedoucímu ústavu, který je podle § 51 z. č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení (v platném znění) kompetentní k rozhodnutí o přijetí.

Žadatel je přijímán do ústavu na základě správního rozhodnutí subjektu (okresního úřadu, obce), který daný ústav spravuje. V případě, že ve vhodném ústavu není volné místo, obdrží žadatel rozhodnutí o zařazení žádosti do pořadníku čekatelů. Pořadníky čekatelů sestavuje obec nebo okresní úřad, a to pro každý druh ústavu zvlášť s tím, že při naléhavosti pořadí na umístění mají přednost při přijímání do ústavů pro dospělé občany osamělí žadatelé a žadatelé - příjemci pečovatelské služby, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku potřebují komplexní péči.

Před rozhodnutím o přijetí žadatele do ústavu, který byl zařazen do pořadníku, okresní úřad opět přešetřuje okolnosti rozhodné pro přijetí.

Je třeba zdůraznit, že občan nemůže být přijat do ústavu proti své vůli. U zletilých svéprávných občanů je podmínkou přijetí do ústavu jejich písemný souhlas. Nezletilí či osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům mohou být přijaty jen s písemným souhlasem jejich zákonného zástupce.

Úhrada pobytu v zařízeních sociální péče

Na rozdíl od pobytu ve zdravotnických zařízeních, je významná část nákladů na pobyt v ústavech sociální péče hrazena z vlastních prostředků klientů (resp. v ústavech pro mládež z prostředků rodičů nebo jiných osob, jimž bylo dítě svěřeno do výchovy). Výše úhrad se řídí vyhláškou MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče v platném znění, jež nabylo účinnosti dnem 1. září 1999. V ústavu sociální péče pro dospělé občany hradí klient náklady na stravu, jež jsou stanoveny zvláštním předpisem (§ 8 odst. 1 písm. c) a d) vyhlášky MPSV č.83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče v platném znění) a dále náklady na bydlení a na nezbytné služby (úklid, praní a vaření).

Občané, jimž bylo přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, hradí v ústavu s celoročním pobytem náklady za pomoc, která je jim poskytována z důvodu bezmocnosti, ve výši přiznaného měsíčního zvýšení důchodu pro bezmocnost. (V ústavu s týdenním pobytem ve výši 75 % a v ústavu s denním pobytem ve výši 50 % této částky).

3.3. Sociální hospitalizace

Sociální hospitalizací je podle ustanovení § 73b zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (ve znění pozdějších předpisů) pobyt občana ve zdravotnickém zařízení z jiných než zdravotních důvodů, kdy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen se obejít bez pomoci další osoby a nemůže být proto propuštěn ze zdravotnického zařízení. Podmínkou pro sociální hospitalizaci je skutečnost, že občanu nemůže být z kapacitních nebo odborných důvodů poskytnuta potřebná péče v ústavech sociální péče nebo pečovatelská služba, ačkoliv splňuje podmínky pro poskytování těchto sociálních služeb.

Za sociální pobyt na ošetrovatelském lůžku ve zdravotnickém zařízení se považuje pobyt nahrazující vlastní sociální prostředí, ať krátkodobě či dlouhodobě (eventuelně i na dožití). Jde o situace, kdy by bylo možno zdravotní péči poskytovat ambulantně (ošetřující lékař, home care, rodina), ale nedostatečné či chybějící sociální zajištění to neumožňuje.

Zdravotnické zařízení podle ustanovení § 27 odst. 5 a 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění může pojištěnce propustit z ústavní péče poté co pominuly důvody hospitalizace, ale jen za předpokladu, že vzhledem ke svému zdravotnímu stavu je schopen se obejít bez pomoci další osoby. V opačném případě propouští pacienta až po předchozím včasném vyrozumění člena rodiny nebo osoby, která je schopna tuto péči zajistit.

O propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, je zdravotnické zařízení povinno předem včas informovat okresní úřad (v Praze obvodní úřad) příslušný podle místa trvalého pobytu pojištěnce. Okresní úřad pak podle ustanovení § 44 zákona č. 114/ 1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení (v platném znění) posoudí, zda je nezbytné poskytnout občanu umístěnému ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče v ústavu sociální péče nebo pečovatelskou službu. Poskytnutí těchto služeb projednává s jinými orgány sociálního zabezpečení nebo obcemi.

V případě, že není možno, především z důvodu nedostatečných kapacit sociálních zařízení, občana v takovémto zařízení umístit, okresní úřad v návaznosti na právní úpravu obsaženou v § 73b zákona o sociálním zabezpečení rozhodne o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení a o úhradě občana za její poskytování. Dále rozhodne o případném poskytování jednorázových a opakujících se dávek sociálně potřebným občanům, kterým je poskytována sociální péče ve zdravotnickém zařízení.

Ústavní péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení se za sociální péči považuje až ode dne následujícího po dni, kdy bylo osobě, o kterou je takto pečováno, doručeno rozhodnutí o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení.

Úhrada nákladů sociální hospitalizace

V případě, že ústavní péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení je považována za sociální péči, není hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Finanční náklady přebírá z větší části sociální zabezpečení, zbytek hradí občan. Tato problematika je řešena vyhláškou MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních (v platném znění). Podle této vyhlášky část nákladů za poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení hradí hospitalizovaný občan, a to 55 Kč denně, okresní úřad přispívá denní částkou 245 Kč. V případě, že sociální hospitalizace je poskytnuta občanu mladšímu 18 let,

příslušný okresní úřad hradí celou denní částku ve výši 300 Kč. Pokud by sociální hospitalizace byla poskytnuta osobě, která nemá potřebný příjem k její úhradě, lze jí poskytnout dávku z důvodu sociální potřeby. O poskytnutí dávky rozhoduje okresní úřad za podmínek stanovených v zákoně č. 482 /1991 Sb., o sociální potřebnosti (v platném znění).

Úhrada za sociální hospitalizaci se platí měsíčně zdravotnickému zařízení, ve kterém je občan umístěn, je splatná nejpozději do 8 dnů od konce kalendářního dne, za který náleží. V případě, že její poskytování skončí v průběhu kalendářního měsíce a úhrada byla již za celý měsíc zaplacená, vrátí zdravotnické zařízení úhradu za dny, kdy sociální péče nebyla poskytována. Obdobně je postupováno i v případě, že občan pobýval mimo zdravotnické zařízení a neodebral žádné jídlo.

4. Sociální hospitalizace z pohledu sociálních odborů okresních úřadů a dalších subjektů

V dotazníkovém šetření jsme oslovily 96 sociálních odborů okresních (v Praze obvodních) úřadů (OkÚ) z celé České republiky s tím, aby - pokud to uznají za vhodné - seznámily s otázkami týkajícími se sociální hospitalizace i jiné okresní subjekty (zejména odbor zdravotnictví OkÚ, případně zdravotnická zařízení se sídlem v daném okrese).

Celkem jsme obdržely 85 vyplněných dotazníků. Odpovědi na naše otázky nám zaslaly sociální referáty (resp. referáty pro sociální věci a zdravotnictví) ze 66 okresů, což představuje návratnost 68,8 %. Na 8 dotazníků nám zaslaly vlastní odpověď i samostatné referáty zdravotnictví OkÚ. 11 dotazníků bylo vyplněno ve zdravotnických zařízeních (okresní, městské nemocnice a LDN).

Respondenti odpovídali na šest otázek:

1. zda jsou ve zdravotnickém zařízení v okrese zřízena lůžka pro sociální hospitalizaci a jejich počet
2. počet sociálních lůžek, která zanikla a důvod jejich zániku
3. okolnosti, které brání většímu rozšíření sociální hospitalizace
4. určení denní částky, která by činila sociální hospitalizaci pro zdravotnická zařízení atraktivní
5. výše denního poplatku, který je pro klienta sociální hospitalizace únosný a zda má mít zdravotnické zařízení nárok na příspěvek pro bezmocnost
6. názor na perspektivy sociální hospitalizace.

4.1. Existence lůžek pro sociální hospitalizaci

Na tuto otázku nám odpovědělo kladně 22 respondentů s tím, že 10 z nich má pro sociální hospitalizaci vyčleněna konkrétní lůžka. Ostatní respondenti vytvářejí ve zdravotnických zařízeních lůžka pro sociální hospitalizaci podle aktuální potřeby, v jednom případě pouze pro osoby mladší 18 let.

Ostatní respondenti sociální hospitalizaci neprovozují, což odůvodňují zejména dostatkem lůžek následné péče ve zdravotnických zařízeních či dostatkem lůžek v domovech důchodců.

Skutečnost, že nevytvářejí lůžka sociální hospitalizace, někteří respondenti zdůvodnili i tím, že sociálním lůžkem může být kterékoliv lůžko ve zdravotnickém

zařízení, na kterém leží občan, který má být propuštěn ze zdravotnického zařízení, ale o kterého se nemá kdo postarat, přesto, že potřebuje pomoc druhé osoby. Jako podmínka pro přijetí do sociální hospitalizace je uváděna skutečnost, že občan, kterému má být poskytnuta, má podanou žádost o přijetí do zařízení sociální péče, kam nemůže být přijat z důvodu naplněné kapacity.

4.2. Počet sociálních lůžek, která zanikla, a důvod jejich zániku

Pokud jde o počet lůžek sociální hospitalizace, která v minulých letech v jednotlivých okresech zanikla, jedná se o 269 lůžek ze 13 okresů (pozn.: Takto vysoký údaj o zaniklých lůžkách sociální hospitalizace lze zřejmě vysvětlit tím, že někteří respondenti zahrnuli do výše uvedeného počtu i lůžka následné péče). U většiny okresů nedošlo k pohybu v počtu lůžek sociální hospitalizace.

4.3. Okolnosti, které brání většímu rozšíření sociální hospitalizace

Za nejzávažnější okolnost bránící většímu rozšíření sociální hospitalizace považuje 42 respondentů její finanční nevýhodnost pro zdravotnická zařízení. Platby od zdravotní pojišťovny za pacienta v léčebně dlouhodobě nemocných činí přibližně dvojnásobek platby od OkÚ a pacienta za sociální hospitalizaci, což vlastně nutí zdravotnická zařízení lůžka používaná pro sociální hospitalizaci dotovat!

Dalším problémem je i časová prodleva v realizaci sociální hospitalizace. Jak již bylo řečeno výše, rozhodujícím okamžikem, od kterého je pobyt občana ve zdravotnickém zařízení považován za sociální hospitalizaci, je den následující po dni, kdy občanu bylo doručeno rozhodnutí okresního úřadu, že sociální péči je mu možno poskytnout pouze ve zdravotnickém zařízení. Přesto, že lhůta pro rozhodnutí je zkrácena na 14 dnů ode dne, kdy byla doručena okresnímu úřadu informace zdravotnického zařízení, že občan, o kterého není další péče zajištěna, má být z tohoto zařízení propuštěn, není takovéto řešení dostatečně rychlé.

Nezanedbatelným důvodem bránícím rozšíření sociální hospitalizace je rovněž nedořešené propojení zdravotní a sociální péče. Klient při sociální hospitalizaci čerpá zdravotní péči většinou ve stejném (nebo nepatrně menším) rozsahu jako při běžné hospitalizaci ze zdravotních důvodů včetně předpisů léků a prostředků zdravotnické techniky. Náklady na tuto péči nese zařízení, které sociální hospitalizaci poskytuje. Zdravotní pojišťovna výše uvedené náklady nehradí. Chybí legislativa, která by řešila tzv. mixované sociální lůžko a v návaznosti i způsob

financování takového propojeného systému, kdy by poskytovaná zdravotní péče byla financována příslušnými zdravotními pojišťovnami (šlo by o péči, která by byla zdravotní pojišťovně vykazována). Základní finanční prostředky by hradil zřizovatel zdravotnického zařízení.

Někteří respondenti poukazují i na neochotu občanů hradit poplatek za sociální hospitalizaci z důvodu zakořeněného přesvědčení, že ve zdravotnických zařízeních je péče bezplatná. Přitom stávající úhrada od klientů 55 Kč denně představuje cca 18 % z celkové částky, která je zdravotnickému zařízení za sociální hospitalizaci poskytována.

Občané se sociální hospitalizací nemusí souhlasit, popřípadě mohou později svůj souhlas odvolat. Okresnímu úřadu v takové situaci nezbyvá nic jiného než řízení vůbec nezahajovat nebo je zastavit. Zdravotnické zařízení pak zpravidla řeší případy pacientů, kteří odmítli sociální hospitalizaci tak, že změnil důvody hospitalizace ze sociální na zdravotní (hrazenou zdravotní pojišťovnou) a nevyužije možnosti požadovat po občanovi finanční úhradu za pobyt ve zdravotnickém zařízení podle ustanovení § 11 odst. 3 písm. f) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (v platném znění).

V případě, že zdravotnické zařízení informovalo okresní úřad o termínu, kdy má být občan, který není schopen obejít se bez pomoci další osoby, propuštěn ze zdravotnického zařízení, a tento dodatečně sdělí okresnímu úřadu, že se sociální hospitalizací nesouhlasí, zdravotnické zařízení jej raději nepropustí. Chce tak předejít případnému sporu se zdravotní pojišťovnou občana. Pokud by se totiž prokázalo, že občan ze zákonných důvodů nemohl být ze zdravotnického zařízení propuštěn a k jeho propuštění došlo jen z toho důvodu, že odmítl hradit zdravotnickému zařízení náklady za poskytovanou péči, nemůže být takový občan ze zdravotnického zařízení prakticky propuštěn (viz ustanovení § 27 odst. 5) a 6) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění). Opačný postup by byl v rozporu se zákonem a zdravotnické zařízení by mohlo být zdravotní pojišťovnou občana sankcionováno.

Za zmínku stojí i upozornění některých dotázaných na problém umístování občanů, kteří podle přílohy č. 7 B. vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. (v platném znění), jsou kontraindikováni pro přijetí do ústavu sociální péče. Vzhledem k tomu, že podmínkou pro umístění na sociální lůžko je okolnost, že klient podal žádost o přijetí do ústavu sociální péče a je tedy zařazen do pořadníku čekatelů, nemůže být

sociální hospitalizace poskytnuta těm osobám, kteří jsou z důvodu zdravotního stavu kontraindikováni pro přijetí do ústavu sociální péče. Zejména se jedná o občany s demencí, psychotiky, psychopaty, ale i o alkoholiky či toxikomany.

4.4. Určení denní částky, která by činila sociální hospitalizaci pro zdravotnická zařízení atraktivní

Pokud jde o výši denní částky, která by činila sociální hospitalizaci pro zdravotnická zařízení atraktivní, převážná většina respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, se shoduje na jejím navýšení. Zajímavé ovšem je, že celá pětina respondentů na tuto otázku neodpověděla, resp. uvedla „pro nedostatek podkladů nejsme schopni posoudit“. Někteří respondenti se pokusili o odhad potřebné částky v Kč, jiní se omezili na slovní vyjádření. Přehled jednotlivých názorů (resp. peněžních odhadů) je uveden v tabulce.

Z těch, kteří možnost sociální hospitalizace ve zdravotnických zařízeních připouštějí, většinou zdůrazňují, že zdravotnická zařízení by měla mít v případě poskytnutí lůžka pro sociální hospitalizaci nárok na úhradu nákladů alespoň jako v LDN, někteří požadují úhradu v průměrné výši jako u ostatních nemocných, resp. v průměrné výši nákladů příslušného zdravotnického zařízení, které sociální hospitalizaci poskytlo. Desetina respondentů z řad pracovníků sociálních referátů požaduje podobný příspěvek jako v domově důchodců.

Při stanovení konkrétní výše úhrady se nejčastěji požadovaná částka pohybuje mezi 500-600 Kč. Na této výši se shodují jak pracovníci sociálních referátů, tak zdravotníci, ovšem mnozí poznamenávají, že tato částka, stěží uhrazující náklady, není atraktivní. Za atraktivní by považovali alespoň 800 až - v jednom případě - 1 500 Kč za den, ovšem k této částce hned poznamenávají, že za stávajícího způsobu financování sociální hospitalizace by takové částky daleko přesahovaly finanční možnosti OkÚ.

Zajímavé by bylo porovnat, zda se liší názory pracovníků sociálních referátů OkÚ od názorů zdravotnických pracovníků (ať již okresních zdravotních radů nebo pracovníků nemocnic) - viz tabulku v příloze. K 13 respondentům ze sociálních referátů, kteří se necítili být na odpověď na tuto otázku kompetentní, se připojili i 4 zdravotníci, kteří by přece měli mít alespoň nějaký názor. Tři respondenti (v tom pouze jedno zdravotnické zařízení) nedostatek názoru na tuto otázku zdůvodnili

tím, že posláním zdravotnických zařízení je diagnostika a terapie, nikoli sociální péče a proto otázku financování považují za irelevantní.

T a b u l k a 1 Denní částka, která by byla pro ZZ atraktivní - všichni respondenti

slovní hodnocení		určení denní částky v Kč	
	počet respondentů	denní částka Kč	počet respondentů
nevím, nemohu posoudit, nevyplněno	17	jako dosud	1
soc. hospitalizace do ZZ nepatří	3	130-150	1
stejně či více jako úhrada za LDN ¹	14	400-500	3
jako náklady příslušného zdrav. zařízení	4	500-600	16
jako v domovech důchodců ²	7	600-700	9
		nad 700	10

Poznámky: 1) nebo za lůžko následné péče 2) včetně bezmocnosti

Financování by mělo být jak bylo výše řečeno vícezdrojové, včetně podílu ošetřovaného. Tato forma financování sociální hospitalizace by měla korespondovat s úhradou nákladů na ošetřovatelských odděleních zařízení sociální péče.

4.5. Výše denního poplatku, který je pro klienta sociální hospitalizace únosný a nárok zdravotnického zařízení na zvýšení důchodu pro bezmocnost

Výši poplatku, která by byla únosná pro příjemce sociální hospitalizace, se 22 respondentů neodvážilo stanovit. Z nich více než polovinu tvoří zdravotníci - pracovníci zdravotních referátů OkÚ a zdravotnických zařízení, což je pochopitelné. Ti se většinou domnívají, že „jakýkoli poplatek pacienta od této služby odradí“ nebo tvrdí, že „sociální hospitalizace nebude pacienty využívána, pokud budou služby na lůžku LDN nebo následné péče poskytovány bezplatně“. Dva respondenti z řad zdravotníků uvádějí, že sociální hospitalizace by měla být poskytována bezplatně, protože „pro rozpočtové organizace nemá platba klienta žádný význam, neboť je stejně odvedena zřizovateli“.

Zarážející však je, že 10 respondentů, téměř polovina z těch, kteří se necítili kompetentní na danou otázku odpovědět, jsou pracovníci sociálních referátů - tedy pracovníci, kteří by měli mít - na rozdíl od pracovníků ve zdravotnictví - určitý přehled o sociálním postavení důchodců a o jejich finančních možnostech.

Z tabulky v příloze je patrné, že 43 respondentů, tedy zhruba polovina celkového počtu, doporučuje úhradu za sociální hospitalizaci stanovit ve stejné výši

jako při pobytu v domově důchodců. Poplatek v domově důchodců činí cca 150-160 Kč denně, takže ke 33 respondentům, kteří svůj názor vyjádřili slovně, můžeme připočítat i 10 respondentů, kteří za únosnou denní částku považují 100-200 Kč.

Pouze 6 respondentů se domnívá, že by bylo vhodné ponechat denní částku pro občana v současné výši (tj. 55 – 60 Kč), další 3 vyjadřují (slovně) názor obdobný. Tyto názory vesměs vyplývají ze zkušeností sociálních referátů. Jejich pracovníci poukazují na to, že současná výše úhrady za poskytovanou sociální hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení je konstruována tak, že má umožnit, aby většina příjemců této péče byla schopna uhradit i další náklady, zejména nájem a služby spojené s užíváním bytu (inkaso a jiné poplatky). V případě, že by příjem občana nepostačoval k úhradě nákladů za pobyt ve zdravotnickém zařízení z důvodu úhrady jiných závazků, došlo by k nárůstu počtu žadatelů o poskytnutí jednorázové nebo opakující se peněžité dávky sociální péče.

Vyskytl se i názor, že státní příspěvek by měl zůstat v nezměněné výši, ovšem za předpokladu, že sociální hospitalizace by byla poskytována na ošetřovatelských odděleních domovů důchodců. Ta by však měla poskytovat i krátkodobou sociální hospitalizaci obyvatelům domova důchodců při přechodném zhoršení jejich zdravotního stavu v případech, které svým charakterem nezakládají důvod pro hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Pokud jde o to, zda má mít zdravotnické zařízení v případě sociální hospitalizace nárok na částku odpovídající zvýšení důchodu klienta pro bezmocnost, většina dotázaných je toho názoru, že nárok na tuto dávku by měl mít vždy subjekt poskytující péči, v opačném případě by nesplňovala poskytnutá dávka svůj účel. Mnozí respondenti, zvláště z řad pracovníků sociálních odborů, poukazovali na to, že zdravotnická zařízení by měla zavést praxi běžnou v domovech důchodců, kde zvýšení důchodu pro bezmocnost náleží zařízení, které o bezmocného pacienta pečuje. Jinak ze zvýšení důchodu poskytovaného jako kompenzací bezmocnosti bezprácně profitují zdraví členové pacientovy rodiny.

Pouze 3 respondenti doporučili, aby zvýšení důchodu pro bezmocnost zůstalo pacientům k dispozici. Své stanovisko odůvodňovali tím, že na bezmocném by mělo záležet, u koho si potřebnou hospitalizaci „koupí“ (např. člen rodiny, agentura sociální péče nebo sociální zařízení), další uvedli, že ze zvýšení důchodu pro bezmocnost si občané hradí kompenzační prostředky, zejména pleny.

4.6. Názory na perspektivy sociální hospitalizace

Institut sociální hospitalizace považuje za perspektivní 54 dotázaných. 32 z nich je však toho názoru, že pro sociální hospitalizaci je třeba vytvořit další podmínky.

Především posílit její financování by považovalo za vhodné 12 respondentů, 9 respondentů míní, že institut sociální hospitalizace by měl být upraven v připravovaném zákoně o sociální pomoci, především by měla sloužit k řešení naléhavých sociálních situací. Optimální by bylo začlenění sociální hospitalizace služeb sociální péče, popřípadě ji definovat jako asistenční službu.

12 respondentů je toho názoru, že sociální hospitalizace by měla sloužit jako krátkodobé řešení zpravidla nepřesahující dobu 30 dnů do doby než bude pro jeho příjemce vytvořeno jiné řešení (umístění v DD, návrat do rodinného prostředí a pod). Předpokladem takového řešení je ovšem dostatečný počet ošetrovatelských lůžek v domovech důchodců, respektive v ústavech sociální péče ve všech regionech republiky, což v současné době rozhodně není. Dalším předpokladem je fungující síť terénní ošetrovatelské péče a pečovatelské služby s třísměnným provozem včetně změny sazebníku hrazení výkonů zdravotními pojišťovnami.

Někteří respondenti i poukazují na fakt, že ne všechny domovy důchodců jsou schopny reagovat na poptávku ze strany občanů, ať už kapacitně, nebo skladbou klientů. Přesto, že indikace klientů do domova důchodců ze zdravotnických zařízení jsou ve vysokém procentu totožné s potřebou laické ošetrovatelské péče (při funkční rodině by mohli zůstat v domácím prostředí), přesto vzhledem k ustanovením přílohy č. 7 vyhlášky č. 182/1991 Sb. (v platném znění) - indikace a kontraindikace k přijetí do domova důchodců - jsou obtížně přijímáni do domova důchodců. Jako příklad lze uvést občany trpící nádorovou chorobou, kteří jsou ve stabilizovaném stavu.

Za zmínku stojí i názor, že by bylo vhodné vytvořit ošetrovatelské ústavy, které by byly financovány z více zdrojů (MPSV, VZP a příspěvek od občana).

Konečně 19 respondentů nepovažuje sociální hospitalizaci za perspektivní. Jedná se především o respondenty, kteří uvádějí, že v jejich okresech je dostatek míst v domovech důchodců. Jiní jsou toho názoru, že by bylo nejlepším řešením rozšířit lůžka v léčebnách dlouhodobě nemocných a popřípadě zavést platbu od pacienta v LDN, nebo že sociální hospitalizaci by po přijetí zákona o sociální pomoci měly nahradit akreditované instituce.

5. Ekonomický pohled

5.1. Hledisko makroekonomické

Z makroekonomického hlediska tvoří výdaje na sociální hospitalizace pouhý zlomek rozpočtových výdajů v jednotlivých okresech.

T a b u l k a 2 Podíl výdajů na sociální hospitalizaci na výdajích místních rozpočtů určených na zdravotnictví (v promile)

	1997	1998	1999
výdaje místních rozpočtů na zdravotnictví (mil. Kč)	6 521	7 192	5 817
výdaje na sociální hospitalizaci (mil. Kč)	26	31	26
podíl v promile	3,99	4,31	4,47

Pramen: Statistická ročenka ČR, údaje Ministerstva financí

Z tabulky je patrné, že výdaje na sociální hospitalizaci činily pouhý nepatrný zlomek (přesněji: čtyři desetiny procenta) výdajů místních rozpočtů, určených na zdravotnictví. Zajímavé je i regionální členění (podle bývalých krajů).

T a b u l k a 3 Výdaje na sociální hospitalizaci v České republice celkem a podle bývalých krajů (v Kč)

území	1997	1998	1999	celkem
Hl. město Praha	1 107 400	2 744 380	2 556 790	6 408 570
kraj Středočeský	1 931 130	1 484 960	1 460 450	4 876 540
kraj Jihočeský	855 520	215 610	904 990	1 976 120
kraj Západočeský	2 926 400	3 001 640	3 237 110	9 165 150
kraj Východočeský	4 535 450	3 822 500	2 859 890	11 217 840
kraj Severočeský	2 432 740	6 388 230	5 736 010	14 556 980
kraj Jihomoravský	4 435 990	4 200 560	2 631 450	11 268 000
kraj Severomoravský	7 560 840	8 901 710	6 836 180	23 298 730
ČR celkem	25 785 470	30 759 590	26 222 870	82 767 930

Pramen: Údaje Ministerstva financí

V jednotlivých okresech byly výdaje různé. Celkem 20 okresů tento typ péče za sledované období vůbec neposkytlo; jiné vynaložily částky vsutku nepatrné (do 50 tisíc Kč za tři roky), jinde šly výdaje do milionů. Nejmenší výdaje vykázaly okresy Jihočeského kraje, nejvyšší výdaje byly v severních Čechách a na severní Moravě. Rozložení okresů podle výše výdajů je uvedeno v následující tabulce 3. Celé hlavní

město Praha, které v tabulce 3 figuruje jako kraj, je do tabulky 4 zařazeno jako jeden okres.

Z tabulky 3 a 4 je patrné, že okresy severočeského a zvláště pak severomoravského regionu poskytují sociální hospitalizaci častěji a vynakládají na ni větší částky, než např. okresy jihočeské či střeďočeské.

Tabulka 4 Rozložení počtu okresů podle výše výdajů na sociální hospitalizaci za léta 1997 – 1999 (v Kč)

interval	počet okresů celkem	z toho okresy severních Čech a Moravy
0	20	2
0 - 500 000	33	9
500 001 - 1 000 000	6	2
1 000 001 - 1 500 000	4	1
1 500 001 - 2 000 000	2	1
2 000 001 - 2 500 000	3	1
2 500 001 - 3 000 000	1	1
3 000 001 - 3 500 000	1	1
3 500 001 - 4 500 000	0	0
4 500 001 - 5 000 000	1	0
5 000 001 - 6 000 000	0	0
6 000 001 - 6 500 000	1	0
6 500 001 - 7 000 000	1	1
7 000 001 - 7 500 000	0	0
7 500 001 - 8 000 000	2	1
8 000 001 a více	2	1
Celkem	77	21

Pramen: Údaje Ministerstva financí

Při zjišťování příčin odlišností ve výši výdajů na sociální hospitalizaci jsme se setkaly se dvěma názory:

- 1) Možností sociální hospitalizace využívají spíše okresy chudé, tj. ty, kde panuje vysoká nezaměstnanost;
- 2) Sociální hospitalizaci nevyužívají ty okresy, kde je dostatečná možnost umístit potřebné pacienty do domovů důchodců. Tento názor zastává řada respondentů, kteří uváděli, že v jejich okrese není sociální hospitalizace zapotřebí, protože je zde dostatečná nabídka lůžek v domově důchodců.

Obě hypotézy jsme ověřovaly pomocí korelační analýzy. Předpokládaly jsme, že mezi výší výdajů na sociální hospitalizaci a výší nezaměstnanosti v jednotlivých okresech bude kladný vztah, a naopak, výdaje na sociální hospitalizaci budou tím nižší, čím vyšší bude nabídka míst v domovech důchodců (v přepočtu na 10 000

obyvatel). Ukázalo se však, že vztah mezi výší výdajů na sociální hospitalizaci a mírou nezaměstnanosti je velmi slabý (korelační koeficient 0,01) a že výdaje na sociální hospitalizaci nijak nesouvisí s počtem lůžek v domovech důchodců v tom kterém okrese.

5.2. Hledisko zdravotnického zařízení

Zdravotnické zařízení může sociální hospitalizaci zajistit dvojím způsobem:

1. Ponecháním pacienta na dosavadním lůžku v nemocnici s pouze eventuelní změnou způsobu úhrady (místo úhrady z prostředků VZP by jeho pobyt byl hrazen z prostředků OkÚ s příspěvkem pacienta);
2. Přeložením pacienta do léčebny dlouhodobě nemocných, opět s eventuelní změnou způsobu úhrady.

Oba způsoby jsou pro zdravotnické zařízení natolik finančně nevýhodné, že celá polovina respondentů v tom spatřuje příčinu malého rozšíření sociální hospitalizace (viz bod 4.3).

První alternativa naráží na zásadní nepoměr mezi náklady na jeden ošetrovací den v nemocnici a úhradou za jeden den sociální hospitalizace. Náklady na jeden ošetrovací den u všech typů nemocnic zpracoval ÚZIS (viz Aktuální informace č. 31/2000) na základě statistického výkazu E(MZ)6-04. Zde je možno zjistit jednak náklady na lůžkovou zdravotní péči v užším pojetí, která zahrnuje péči poskytnutou pacientům při hospitalizaci na lůžkách lůžkového fondu, náklady na potraviny pro pacienty a medicínální plyny z centrálních rozvodů, jednak úplné náklady na lůžkovou zdravotní péči, kam je zahrnuta i alikvotní část nákladů na tzv. „jinou zdravotní péči“, tj. náklady na péči, poskytnutou pacientům lůžkových oddělení ve společných vyšetřovacích a léčebných složkách nemocnic a ve zvláštních zařízeních (sem patří např. doprava raněných, nemocných a rodiček sanitními auty, hygienická služba apod.). Do „jiné zdravotní péče“ však nepatří tzv. „nezdravotní výkony“, tj. zejména odpisy staveb a budov, stavební údržba, vnitřní režie klinik apod.

Takto vypočtené náklady lůžkové péče celkem sice nevycházejí z přímého statistického zjišťování a mají tudíž charakter kvalifikovaného odhadu, nicméně poskytují daleko realističtější pohled na celkové neinvestiční náklady jednotlivých typů nemocnic a umožňují poměrně vysokou míru srovnatelnosti (viz tabulku 3 v příloze).

Z tabulky 3 (v příloze) je patrné, že náklady na jeden ošetrovací den u lůžkové zdravotní péče v užším pojetí se pohybují kolem 1500-2 000 Kč, úplné náklady jsou pak ještě o cca 500 Kč vyšší. Příspěvek 300 Kč za sociální hospitalizaci kryje tedy sotva pětinu či sedminu skutečných nákladů a je tudíž pro zdravotnická zařízení zcela neatraktivní (výhodnější je nechat lůžko neobsazené). Pro zdravotnické zařízení by bylo výhodnější pacienta přeložit na tzv. lůžko geriatrické, kde náklady jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nárůst těchto lůžek, k němuž došlo po roce 1990, se však zastavil a v poslední době jich relativně i absolutně ubývá.

T a b u l k a 5 Absolutní i relativní počet geriatrických lůžek (stav k 31.12.)

	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999
lůžka v nemocnicích celkem	85 436	81 612	75 664	72 770	70 457	69 450	67 365
z toho: lůžka geriatrická	159	1 712	1 644	1 169	934	639	585
podíl v %	0,2	2,1	2,2	2,2	1,3	0,9	0,9

Pramen: Statistická ročenka ČR '98, 2000

Druhou alternativou je přeložení pacienta do léčebny dlouhodobě nemocných. Požadavek respondentů, že zdravotnickému zařízení by za lůžko sociální hospitalizace měla příslušet stejná úhrada jako za lůžko v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN), se zdá být logický a oprávněný. Náklady na 1 ošetrovací den v LDN se však dají zjistit pouze u těch léčeben, které fungují jako samostatné právní subjekty, nikoli u těch, které jsou začleněny v ostatních lůžkových zařízeních. LDN - samostatné právní subjekty - v roce 1999 tvořily pouze necelou třetinu (32 %) z celkového počtu lůžek LDN v našem zdravotnictví a na celkovém počtu ošetrovacích dnů se podílely ze 32,5%.

Tyto LDN dosahovaly v tomto roce průměrných nákladů ve výši 705,8 Kč na jeden ošetrovací den. To je podstatně více než dvojnásobek úhrady za jeden den sociální hospitalizace (v současnosti 300,- Kč), nicméně zhruba polovina průměrných nákladů v městské nebo soukromé (resp. církevní) nemocnici. Struktura LDN podle nákladů za jeden ošetrovací den v roce 1999 je patrná z tabulky 6 a grafu v příloze.

Z tabulky 6 je vidět poměrně plochý tvar rozložení, tj. náklady se příliš neliší. Celkově je však patrné, že náklady jsou podstatně nižší než průměr v jiných lůžkových zařízeních ve zdravotnictví. Pobyť v LDN je zpravidla hrazen z prostředků všeobecného zdravotního pojištění, lůžek pro sociální hospitalizaci je zde minimum.

Pro tyto léčebny není - za stávajících podmínek - sociální hospitalizace finančně atraktivní. Rodiny více postižených a bezmocných pacientů (a často i pacienti sami) dávají však přednost hospitalizaci v LDN před umístěním v domově důchodců.

T a b u l k a 6 Struktura LDN podle nákladů na 1 ošetrovací den v roce 1999

pásmo nákladů v Kč	počet LDN	podíl v %
-499	1	4,2
500 - 599	5	20,8
600 - 699	5	20,8
700 - 799	7	29,2
800 - 899	5	20,8
900 -	1	4,2
celkem LDN	24	100

Pramen: Sdělení ÚZIS

Můžeme tedy uzavřít: z hlediska výdajů na sociální hospitalizaci se jeví nejdražší ponechání pacienta na dosavadním nemocničním lůžku (1500-2000 Kč/den), na druhém místě je umístění v LDN (700 Kč/den). **Ani v jednom případě však příspěvek OkÚ+pacienta (300 Kč/den) výdaje nepokryje.**

Pro další rozvoj sociální hospitalizace by bylo bezpodmínečně nutné zvýšit úhradu této péče. Zvýšení příspěvku však naráží na nedostatek prostředků OkÚ a na nezvyk pacientů v nemocnici platit. Zavedení tzv. „hotelové taxy“ v nemocnicích by rovněž znamenalo i zavedení určitých administrativně-technických opatření, které by spotřebovaly část finančního přínosu.

5.3. Hledisko klienta a jeho rodiny

Další možností péče o nesoběstatečného pacienta je jeho umístění v domově důchodců, a to nejspíše na ošetrovatelském oddělení. Takové řešení je pro pacienty a jejich rodiny ve srovnání s hospitalizací v LDN často nevídané, a to nejen z čistě ekonomického hlediska. Je pravda, že za pobyt v domově důchodců se platí, kdežto léčba v LDN je tzv. „zadarmo“. Pro řadu lidí je však záporem domova důchodců jeho „definitivnost“ - z nemocnice je vždycky naděje vrátit se domů, kdežto domov důchodců je definitivně „na dožití“.

Přitom je však nesporné, že oproti zdravotnickým zařízením je pobyt v domově důchodců levnější. (Ostatně výše plateb za sociální hospitalizaci byla pravděpodobně odvozena z průměrných výdajů na jednoho obyvatele domova

důchodců v roce 1997, které tehdy činily cca 300 Kč). Dnešní výdaje jsou však přinejmenším o pětinu vyšší. Z tabulek 5 a 6 v příloze je vidět, že průměrné denní výdaje na jednoho obyvatele v domovech důchodců činily v roce 1999 cca 360 Kč. Náklady na tzv. ošetrovatelských odděleních však budou pravděpodobně vyšší. Vzhledem k tomu, že domovy důchodců nevykazují tato oddělení zvlášť, pokusíme se náklady ošetrovatelských oddělení odhadnout srovnáním s jinými typy ústavů sociální péče.

Při podrobnějším srovnání denních nákladů v jednotlivých typech zařízení sociální péče provedeném již dříve jsme zjistili, že v roce 1997 nejvyšší výdaje mezi ÚSP pro dospělé vykazovaly ÚSP pro tělesně postižené (tabulka 4 v příloze), kde denní výdaje na jednoho klienta převyšovaly výdaje v domovech důchodců o celé dvě třetiny (510 Kč ÚSP pro TP, 306 Kč DD). Pro rok 1999 nemáme tak podrobné podklady, nicméně při srovnání údajů v tabulce 5 a 6 je rovněž patrné, že denní výdaje na jednoho klienta v ústavech sociální péče jsou vyšší než v domovech důchodců. Je pravděpodobné, že výdaje na jednoho pacienta ošetrovatelského oddělení DD budou vyšší než průměrné výdaje za všechny obyvatele DD. Vzhledem k tomu, co bylo řečeno výše, je lze odhadnout na 400 - 550 Kč/den.

Na rozdíl od lůžkových oddělení nemocnic, kde veškeré náklady spojené s pobytem jsou hrazeny ze všeobecného zdravotního pojištění, obyvatelé domovů důchodců i jiných ústavů sociální péče na svůj pobyt přispívají (buď sami nebo v ÚSP pro mládež jejich rodiče). Podíl těchto plateb na příjmech ústavů se pohybuje od 11 % (v ostatních ÚSP pro mládež, kde převažují církevní zařízení) až do 46 % (ve státních domovech důchodců). Legislativně je úhrada upravena vyhláškami MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, a č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. Výpočet konkrétní úhrady je dosti složitý a její výše se případ od případu liší. Celkově je však ve srovnání s úhradou za sociální hospitalizaci více než dvojnásobná (podle odhadu našich respondentů se její výše pohybuje od 110 do 150 Kč za den, tj. 3 300 až 4 500 Kč měsíčně).

Důležité je, že po úhradě nákladů na celoroční pobyt v domově důchodců musí občanu zůstat alespoň 30 % částky potřebné k zajištění výživy a ostatních osobních potřeb (tj. 30 % z jeho „osobního“ životního minima); při týdenním pobytu alespoň 60 % a při denním pobytu 75 % této částky. Od 1.4.2000, kdy byla částka životního minima k zajištění výživy a ostatních osobních potřeb pro dospělé

stanovena na 2 190 Kč, činí toto minimální měsíční „kapesné“ při celoročním ústavním pobytu 657 Kč, při týdenním 1 314 a při denním 1 643 Kč.

Jestliže bylo občanu přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, hradí si též náklady za pomoc, která je mu z důvodu bezmocnosti poskytována, a to v ústavu s celoročním pobytem v celé výši přiznaného měsíčního zvýšení důchodu pro bezmocnost, při týdenním pobytu v ústavu ve výši 75 % a při denním pobytu ve výši 50 procent této částky.

Jestliže by úhrada za sociální hospitalizaci - jak se domnívá více než polovina našich respondentů - měla být stanovena podle podobných pravidel, jako úhrada za pobyt v domovech důchodců, je třeba - kromě ponechání „kapesného“ - pamatovat i na to, aby se pacient měl po skončení hospitalizace kam vrátit, aby měl v jejím průběhu možnost tzv. „držet si byt“, tj. platit nájem a inkaso.

U sociální hospitalizace jde především o osamělé starší osoby, o které se nemá kdo starat. Podle statistiky rodinných účtů vydávaly v roce 1997 jednočlenné domácnosti důchodců za bydlení v průměru 16 796 Kč ročně, což činí cca 1 400 Kč měsíčně. V tom je nájemné a komunální služby (500 Kč) elektřina, ústřední topení a paliva (750 Kč) a náklady údržby u těch, kdo bydlí ve vlastním rodinném domě (150 Kč). Průměrná výše starobního důchodu, která k 31.12. 1997 činila 5 150 Kč měsíčně, by po zaplacení průměrných nákladů na byt ponechávala pacientovi 3 750 Kč na úhradu sociální hospitalizace. Po úhradě ve výši 100 Kč denně (tj. 3 050 za měsíc) by ještě zbylo 650 Kč kapesného, což je více než zákonem stanovené minimum. (Částka na zajištění výživy a ostatních osobních potřeb občana k 1.7. 1997 činila 2 020 Kč, 30 % této částky 606 Kč). Jsme si vědomi, že jde o údaje tři roky staré, nicméně z nich jednoznačně vyplývá, že zvýšení úhrady pacienta za sociální hospitalizaci je v průměru ekonomicky únosné.

Pokud by příjemce sociální hospitalizace žil ve společné domácnosti se svými dětmi, případně vnuky, měli by po dobu hospitalizace převzít úhradu nákladů na bydlení tyto blízké osoby. Stejně tak by v případě nutnosti měli rodinní příslušníci na úhradu nákladů sociální hospitalizace přispívat, jak jim to ukládá zákon o rodině č. 94/1963 Sb. (v platném znění) v § 87, odst. 1): „Děti, které jsou schopny samy se živit, jsou povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují“.

Z uvedeného vyplývá, že úhradu klienta za sociální hospitalizaci je možno zvýšit přibližně na dvojnásobek bez nebezpečí pauperizace těchto osob. Jako nepodložená se ukazuje obava některých respondentů, že v případě zvýšení plateb

za sociální hospitalizaci by OkÚ musely těmto pacientům přispívat na úhradu nezbytných nákladů na bydlení doma (nájem, inkaso).

Se zvýšením platby za sociální hospitalizaci však souvisí námitka, že je nespravedlivé za tuto sociální službu platit, když pobyt v LDN je pro pacienta „zadarmo“. Dostáváme se zde k širší a dlouhou dobu neřešené otázce platby pacientů za tzv. „hotelové služby“ v nemocnicích. Všeobecně neexistuje žádný rozumný důvod, aby na účet veřejného zdravotního pojištění byly pacientům bezplatně poskytovány výrobky a služby, které by si doma museli zaplatit ze svého (jídlo, prádlo, úklid).

Na druhé straně zdravotní pojišťovny téměř nepřispívají na zdravotní péči poskytovanou obyvatelům domovů důchodců na ošetrovatelských odděleních DD. Tato péče je hrazena jako péče sociální, ačkoli do značné míry má charakter péče zdravotní. Přitom obyvatelé domovů důchodců nepřestávají být pojištěnci zdravotních pojišťoven a pojišťovny za ně inkasují pojistné.

5.4 Shrnutí

1. Z hlediska výdajové struktury místních rozpočtů tvoří výdaje na sociální hospitalizaci položku zcela zanedbatelnou. Zvýšení příspěvku OkÚ na dvojnásobek by nijak neovlivnilo rozpočtovou rovnováhu v okrese.

2. Příspěvek na sociální hospitalizaci kryje dnes sotva polovinu nákladů srovnatelného lůžkového zařízení (LDN), takže nemocnice raději ponechávají lůžko prázdné. Příspěvek OkÚ (se spoluúčastí pacienta) je proto nutno zvýšit alespoň na dvojnásobek (nejméně 600 Kč za lůžko a den).

3. Z hlediska rozpočtu průměrné domácnosti osamělého důchodce je zdvojnásobení spoluúčasti pacienta na platbě za sociální hospitalizaci možné bez nebezpečí pauperizace těchto osob.

4. Pro zlepšení transparentnosti nákladů zdravotní a sociální péče by bylo třeba řešit podíl zdravotních pojišťoven na úhradě nákladů na zdravotní péči na ošetrovatelském lůžku v domovech důchodců.

6. Sociální hospitalizace z hlediska odborného lékaře

Sociální hospitalizace jako jedna z forem péče o nesoběstačné osoby nevyklučuje sice a priori péči o osoby v produktivním věku, ale převážně je zaměřena na osoby starší - seniory. Tato problematika se proto úzce dotýká obecnějších otázek geriatric, nelze ji řešit odděleně od medicínského hlediska a co do svého obsahu je nezbytné ji pojmout z podstatně širšího hlediska než jak je chápána a upravena právními předpisy. Proto při řešení problematiky sociální hospitalizace je třeba vycházet i z koncepce oboru geriatric, kterou předložila Česká gerontologická a geriatrická společnost v roce 2000 Vědecké radě ministra zdravotnictví, z pracovního materiálu Strategie služeb pro seniory a z obecnějších doporučení týkajících se zajištění této péče v mezinárodním kontextu (viz seznam literatury).

6.1 Specifické problémy související se zdravotním stavem starších osob

Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související soběstačnost až do vysokého věku. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Cílem jakékoli péče o nesoběstačné osoby by měla být snaha co nejvíce zlepšit jejich zdravotní stav a kompenzovat poruchu tak, aby u nich byla co nejvíce zachována a podporována zejména jejich soběstačnost. Zachování soběstačnosti vede - kromě jiného - i k pocitu udržení lidské důstojnosti.

Na druhé straně je třeba připustit, že právě stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a také lidé vyššího věku jsou častějšími klienty pro zdravotní a sociální služby. Obecně lze konstatovat, že tak jako v mladém a středním věku jsou lidé různí, jsou i starší lidé bez akutního zdravotního problému různí.

Pokud však starý člověk onemocní, **probíhá toto zhoršení zdravotního stavu pod nápadně podobným obrazem**. Jeho charakteristickými rysy jsou zejména:

- a) **Poruchy soběstačnosti** - nejednou je jedinou známkou akutního onemocnění zhoršení soběstačnosti, neschopnost se obsloužit při jednoduchých aktivitách denního života, ulehnutí lidí, kteří dosud na lůžko upoutáni nebyli.
- b) **Poruchy vědomí** - často přicházejí právě ve vyšším věku. Jedná se nejčastěji o deliriozní stavy: pacient je dezorientován, objevují se poruchy paměti, myšlení,

chování. Objevuje se i neklid nebo naopak apatie i další komplikující příznaky včetně halucinací a bludů.

c) **Sklon ke komplikacím a přechodu do chronicity** v případě, že pacient byl nesprávným způsobem diagnostikován a léčen. Ve starším věku totiž příznaky, které u mladších lidí považujeme pro onemocnění za charakteristické, mohou být nenápadné či dokonce úplně chybějí (např. infarkt či náhlá příhoda břišní bez výrazné bolesti). V některých případech se mohou vyskytnout i příznaky odpovídající poruše jiného systému (např. manifestace cévní ložiskové neurologické symptomatologie při kardiálním selhání atd.).

d) **I zdánlivé drobnosti pro pacienty ve středním věku** (močová infekce, viróza atd.) se u starých pacientů mohou projevovat výše uvedenými celkovými závažnými příznaky včetně ztráty soběstačnosti, ulehnutí, deliria. Obdobně se však mohou projevovat změny závažné. Navíc **starší lidé zpravidla „stůňou“ déle**. Pokud jim tento čas dopřejeme, mají téměř stejnou šanci navrátit se do původního stavu zdraví a soběstačnosti jako lidé mladší.

Z výše uvedených zásad a příkladů zcela jasně vyplývají **potřeby přizpůsobení zdravotnických a zdravotně sociálních služeb potřebám pacientů vyššího věku**. Vedle nezbytných úprav legislativy je nutné zabezpečit vzdělávání jak zdravotnických pracovníků všech oborů, tak i pracovníků sociálních služeb v problematice zvláštností chorob ve stáří.

6.2 Současný stav a možnosti organizačního zabezpečení zdravotně-sociálních služeb

Zdravotně-sociální služby jsou u nás de facto poskytovány jak v resortu ministerstva zdravotnictví, tak i ministerstva práce a sociálních věcí. Jak je uvedeno výše, jejími příjemci jsou zpravidla osoby ve vyšším věku.

V České republice dosud není akutní geriatrická péče legislativou garantována, a proto záleží na jednotlivých regionech a osobnostech, které mají vůli a sílu tento typ péče prosadit

Rehabilitační a doléčovací péče a dlouhodobá péče převážně ošetřovatelského typu byly sloučeny do tzv. **následné péče**, která byla postavena mimo odbornost oboru geriatric, přestože převážnou většinu pacientů představují právě pacienti vyššího věku. V zájmu objektivnosti je třeba přiznat, že tímto systémem trpí také pacienti mladší, a to zejména ti, kteří by mohli a měli profitovat ze

specializovaných služeb v této oblasti (stavy po cévních mozkových příhodách, amputovaní a podobně). Ekonomický přínos takto pojaté péče je sporný.

Samotný termín „následná péče“ nelze nepovažovat za chybný. Jedná se o termín na stejné úrovni obecnosti jako je péče „akutní“ a jeho obsah je čistě otázkou dohody a zvyku. Tak jako akutní oddělení zcela přirozeně diferencujeme dle jednotlivých odborností, je třeba respektovat i potřebnost diferenciaci péče následné. Je třeba se naučit a vzít na vědomí jednotlivé typy této péče, kam například patří péče hospicová, geriatrická doléčovací a rehabilitační péče, diferencovaná péče o pacienty postižené Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence, dlouhodobá péče převážně ošetrovatelského typu, rehabilitace po cévních mozkových příhodách, komplexní protetické a rehabilitační služby (školy chůze) a v neposlední řadě i péče v ústavech sociální péče, zpravidla v domově důchodců.

Z rozsáhlé diskuse na poli České gerontologické a geriatrické společnosti, v meziresortní komisi pro zdravotně sociální péči MZ ČR a MPSV a podobně v podstatě konsenzuálně vyplývá následující návrh na dva okruhy organizace služeb.

A Institucionální péče ve zdravotnických zařízeních, která zahrnuje :

- péči tzv. akutní
- následnou doléčovací a rehabilitační péči (pokud možno s návratem do domácího prostředí)
- dlouhodobou až trvalou zdravotně sociální péči.

B Další následná péče, která zahrnuje:

- péči ambulantní a domácí
- péči semimurální (poloústavní - denní či noční pobyty)
- pobyt v ústavech sociální péče (nejčastěji v domovech důchodců).

Předmětem zájmu této práce je otázka **institucionální péče ve zdravotnických zařízeních**, a to především z pohledu potřeb pacientů vyššího věku. Je třeba ovšem zdůraznit, že velmi obdobná situace nastává i ve sféře péče poloinstitucionální (semimurální) a ambulantní.

Institucionální péče akutní (nemocnice) :

Jednotlivá nemocniční oddělení by se měla více přizpůsobovat potřebám starších lidí tak, jak to je například relativně vyčerpávajícím způsobem uvedeno

v Evropské chartě pacientů seniorů. To ovšem neznamená, že - podle pouhého počtu pacientů vyššího věku - by se veškerá seniory zaujímaná lůžka měla měnit na lůžka geriatrická. To by byl chybný postoj, zrcadlově odpovídající (svou chybností) současnému stavu praktické neexistence akutních geriatrických lůžek.

Akutní geriatrická lůžka jsou potřebná právě pro pacienty, kteří propadávají sítím dosavadní zdravotní péče, protože postrádají jasně vymezenou diagnózu, která by indikovala jejich pobyt na některém ze specializovaných oddělení. Jejich stav je zjevně akutně zhoršen, ale pro polymorbiditu a odlišnou symptomatologii je nelze jednoznačně nasměrovat dle odbornosti. Dochází k fenoménu „horkého bramboru“, kdy je pacient odeslán z jedné příjmové ambulance na druhou a nakonec odeslán v horším případě zpět, nebo v lepším (lepším?) případě je ponechán na některém z lůžkových oddělení s nepravdivým stigmatem „casus socialis“, neperspektivní pacient, „atherosclerosis universalis“ atd. - a s péčí a terapií nezřídka tomu také odpovídající.

Cílem tzv. akutních nemocničních oddělení včetně specializovaného geriatrického oddělení by mělo být navrácení původního zdravotního a funkčního stavu, jaký byl před akutním onemocněním a navrácení pacienta do původního prostředí. Doba léčby by zde zpravidla neměla přesahovat délku 3 týdnů.

Doléčovací a rehabilitační péče

Starší lidé potřebují k uzdravení delší čas než lidé mladšího či středního věku. Tento čas potřebují na doléčení, rehabilitaci, nácvik soběstačnosti. Tomuto účelu by měl sloužit další typ péče, který by měl na péči akutního nemocničního lůžka úzce navazovat. Cílem tohoto pobytu je navrácení soběstačnosti, kompenzace chybějících funkcí, zhojení defektů, zlepšení stavu výživy, nácvik aktivit denního života a zlepšení celkové kondice tak, aby se senior mohl vrátit zpět do původního prostředí. Z výše uvedeného vyplývá, že se jedná opět o zdravotní péči, která je pouze jiným způsobem organizována tak, aby navazovala na péči akutního lůžka a doplňovala ji.

Zatímco léčba na tzv. akutním lůžku by neměla přesáhnout dobu 3 týdnů, lze za hranici tohoto druhého typu péče považovat období 3 měsíců. Z četných diskusí odborníků z praxe vyplynulo, že za dobu 3 měsíců se skutečně podaří s velkou pravděpodobností stanovit, jak se bude zdravotní stav pacienta nadále vyvíjet a vyřešit většinu problémů, které vyžadují tento relativně náročný typ péče.

Samozřejmě, že existují výjimky, které vyžadují delší intenzivní rehabilitaci a další služby. Tyto výjimky by však při zavedení určitého rozumného řádu bylo možné řešit individuálně v rámci tzv. geriatrické konference - výkonu, který je opakovaně zařazován do a vyřazován ze seznamu výkonů. Cílem tohoto výkonu je zodpovědné multidisciplinární posouzení zdravotního stavu pacienta ve spolupráci s revizním lékařem a rozhodnutí, zda mu po uplynutí této doby bude poskytován nadále tento typ péče či nikoli. Dle názoru odborné geriatrické veřejnosti by tyto výjimky u geriatrických pacientů nebyly příliš časté. Mohly by přicházet v úvahu spíše u mladších pacientů, kdy například stavy po polytraumatech a podobně vyžadují dlouhodobou rehabilitaci, opakovaná chirurgická řešení a podobně.

Dlouhodobá až trvalá zdravotně-sociální péče (s těžištěm v odborném ošetřovatelství)

Je zřejmé, že pokud se nejednalo o výše uvedený či jiný výjimečný stav vyžadující intenzivní rehabilitaci po dobu delší než 3 měsíce a pokud trvá nadále chronická zdravotní problematika, jsou potřeby pacienta nikoli výhradně zdravotní, ale jeho situaci je třeba řešit komplexněji. Potřeba zdravotní péče nepominula, je ale pravděpodobně méně intenzivní a přesunuje své těžiště spíše do odborného ošetřovatelství, ergoterapie a podobně. **Stav pacienta a jeho dlouhodobá neuspokojivost vyžadují také řešení sociální.**

Zatímco první dva výše uvedené typy pobytu ve zdravotnickém zařízení mají jednoznačné zdůvodnění a indikaci zdravotní, většina pobytů v instituci, které překročily dobu 3 měsíců, řeší nejen problém zdravotní, ale také problém sociální. Nelze však naprosto říci, že tito lidé setrvávají ve zdravotnickém zařízení převážně ze sociálních důvodů. Skupina těchto pacientů není samozřejmě homogenní, někteří z nich vyžadují více a jiní méně zdravotní péče převážně ovšem ošetřovatelského typu.

Potřeby pacienta, které determinují (či determinovat by měly) pobyt na ošetřovatelském lůžku, lze také zjednodušeně formulovat následujícím způsobem: Jedná se o ty pacienty, u nichž poskytování domácí péče a dalších služeb v domácnosti je méně efektivní než ústavní řešení (dlouhodobě 3-4 hodiny či 3-4 návštěvy denně).

Potřeba ošetrovatelské péče v ústavech sociální péče (nejčastěji v domovech důchodců)

Je třeba zdůraznit, že do obdobné situace potřeby zdravotní i sociální péče se dostávají také někteří obyvatelé domovů důchodců a ústavů sociální péče v důsledku trvalého chronického zhoršování zdravotního stavu. Vzniká tak do značné míry zrcadlový obraz a jedná se o skupinu velmi podobných pacientů, ke kterým se naše společnost chová dosud velmi diskriminujícím způsobem.

Ve zdravotnických zařízeních jsou tito pacienti nechtěni, protože jsou příliš neperspektivní, chroničtí, sociální... Je tendence je stále překládat ze zařízení do zařízení. Těmto pacientům se sice dostává nutného ošetření, často však v odosobněném a nelaskavém prostředí, péče o ně je příliš medicinalizována, nerespektuje se právo na kvalitní život. Veškerá péče či „nepéče“ je však poskytována zdarma, a to i dlouhodobě. To v sobě má nezřídka i významný demoralizující prvek - např. prémiové spoření „odkládajících“ rodin, které si docházejí pravidelně do léčeben pro dlouhodobě nemocné či psychiatrických léčeben pro důchody pacientů často navýšené i o tzv. bezmocnost.

Pro domovy důchodců a ústavy sociální péče (typ B) jsou tito pacienti často příliš nemocní, ošetrovatelsky nároční, nehybní či naopak neklidní. Systém sociálních služeb s nimi nepočítá. Zdravotní péče v těchto zařízeních je stále považována za zvláštní formu ambulantní péče. **Ošetrovatelství v zařízeních sociální péče není dosud v podstatě legalizováno.**

Sociální hospitalizace

Tento typ pobytu tak, jak je dosud dán legislativní úpravou s veškerými omezeními a ekonomickými aspekty, které de facto jeho použitelnost ruší, lze vysvětlit následujícím způsobem: Jedná se o další pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení, kdy již pominula zdravotní indikace. Jedná o zcela odlišný okruh potřeb starších pacientů (v tomto případě klientů) než ten, kterému odpovídají předchozí typy péče.

Za typického klienta sociální hospitalizace lze považovat člověka, který byl zaléčen, rehabilitován a je schopen - za určitých podmínek - se vrátit do domácího prostředí. Jeho stav je tak uspokojivý, že je schopen být doma za předpokladu určitého servisu - ať již fungujícího rodinného zázemí či zajištění potřebných služeb například typu nouzového volání v případě akutního zhoršení stavu, určité úpravy

bytu a vybavení kompenzačními pomůckami a poskytování některých převážně sociálních služeb a občasných návštěv domácí péče (zdravotnické). Jak je všeobecně známo, právě zajištění těchto služeb je u nás naprosto deficitní, a proto tyto osoby zůstávají ve zdravotnických zařízeních. Jejich pobyt je podmíněn podáním žádosti o přijetí do domova důchodců. Možnost návratu do samostatného života je pro ně tímto prakticky vyloučena.

6.3 Zahraniční model geriatrických služeb z pohledu funkčnosti systému a jeho návaznosti

V předchozí části je uveden pohled na jednotlivé typy péče z pohledu potřeb pacientů. Pokud jde o stav funkčnosti (respektive) nefunkčnosti systému v jednotlivých spojitostech a návaznostech, je vhodné poukázat na práce prof. Petera Millarda, který ve své přednášce na konferenci České gerontologické a geriatrické společnosti v roce 1996 dokládal potřebu návaznosti jednotlivých typů geriatrické péče ekonomickými argumenty a formuloval v podstatě dva modely funkčnosti geriatrických služeb.

ENABLING MODEL

Jedná se o model funkčního systému, kdy každý typ péče plní svůj úkol a jednotlivé typy péče na sebe bezchybně navazují.

1. Akutní hospitalizace

Cílem je včas diagnostikovat, šetrně a intenzivně léčit a vrátit do původního prostředí ve stavu kompenzace a soběstačnosti. Doba hospitalizace by zpravidla neměla přesáhnout 3 týdny.

2. Doléčení a rehabilitace

Tato péče by měla být poskytována pouze těm pacientům, kteří nejsou schopni odejít po akutní fázi do původního prostředí. Jejím cílem je přiměřeně šetrné ale dostatečně intenzivní doléčení a rehabilitace a navrácení pacienta do původního prostředí.

Tento péče by měl být poskytován asi po dobu 3 měsíců.

3. Ošetřovatelský typ péče

Tuto péči konzumuje pouze malé procento (do 10%) pacientů, u kterých byly vyčerpány možnosti léčení a rehabilitace. Jejich stav je sice stabilizovaný, ale předchozí dva typy péče nepřinesly především z důsledku povahy onemocnění

(např. progresivní neurologické stavy, demence, hemiplegie...) požadovaný efekt. Pacienti tak vyžadují více kvalifikované ošetrovatelské péče, než je možné jim efektivně poskytovat v domácím prostředí. Ošetrovatelská péče je poskytována několik měsíců, ale i roků.

DISABLING MODEL

Tento model je analogický k výše uvedenému s jediným rozdílem: jedná se o špatnou praxi v jednotlivých případech a nevyhovující systém z pohledu organizace.

1. Akutní hospitalizace

Již tady se snaží jednotliví lékaři či systém jako takový na starších pacientech „šetřit“, a to tím způsobem, že neidentifikují potřeby akutní péče u jednotlivých pacientů a systém jako takový těmto potřebám nevychází vstříc (existencí geriatrických oddělení nemocničního typu alespoň na úrovni regionální a geriatrickými ordinariáty v nemocnicích nižšího typu).

2. Doléčení a rehabilitace

Tento navazující typ péče je rovněž zásadním způsobem podceněn, a to jak v jednotlivých případech ze strany zdravotníků, tak i ze strany systému prostou neexistencí zařízení zabývajících se rehabilitací a doléčením pacientů vyššího věku, popřípadě nízkou kvalitou těchto zařízení v jednotlivých oblastech.

3. Ošetrovatelské pobyty

Je vcelku logické, že pokud opomineme dva předchozí důležité typy péče a potřeb pacientů kteří je potřebují, mnoho pacientů vyššího věku (kromě těch, jejichž stav se upravuje v podstatě spontánně) se „propadá“ tímto nevyhovujícím systémem, který z nich v podstatě vytváří pacienty „ležící“, „neperspektivní“, „casus sociales“ atd.

Z porovnání obou modelů z pohledu čistě ekonomického je naprosto zřejmé, že pokud ve zdravotně-sociální péči se stát rozhodne „šetřit“ způsobem uvedeným na příkladu disabling modelu, *“ ušetří skutečně at' to stojí, co to stojí”*.

Pobyty v jednotlivých typech zdravotnických zařízení pro seniory jsou v podstatě téměř stejně nákladné a liší se pouze částky vyjadřující náročnost zajištění kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Pokud se však významným způsobem zvýší (znásobí) minimální počet lidí vyžadujících dlouhodobou ošetrovatelskou péči, přinese to z čistě ekonomického pohledu několikanásobné zvýšení nákladů.

Argumenty pro vytváření tzv. levných lůžek jsou tedy již tímto velmi jednoduchým modelem zásadně vyvratitelné. K těmto ekonomickým argumentům je však třeba přičíst i argumenty medicínské a etické, protože tzv. levná lůžka jsou v mnoha případech synonymem nekvality a mnozí pacienti se na ně dostávají zejména proto, že zdravotnický systém v jejich případě závažným způsobem selhal.

Většina evropských zemí prošla již obdobím obdobného uvažování v padesátých a šedesátých letech.

Ministerstvo zdravotnictví ČR však k výše uvedeným negativním zkušenostem vyspělých evropských zemí v této oblasti nepřihlédlo a přes doporučení odborné společnosti a lékařské odborné veřejnosti přijalo „disabling“ model a tzv. následnou péči postavilo mimo lékařské obory .

6.4 Shrnutí

Stávající formy zdravotní a sociální péče o nesoběstačné občany (většinou se jedná o seniory) v České republice nejsou vzájemně dostatečně propojeny. Vyplývá to i ze skutečnosti, že poskytování této péče je v působnosti dvou resortů, a to ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí.

Je vcelku logické, že zdravotnický náročnější pacienti by spíše setrvali v ošetrovatelských odděleních, která by byla součástí větších zdravotnických celků a méně ošetrovatelsky nároční pacienti by spíše zůstávali v ošetrovatelských odděleních, která jsou součástí zařízení sociální péče, zde by nebylo sice tak dobře dostupné zdravotnické zázemí, ale to vše by mohlo být vyváženo příjemností a civilností prostředí, které by se více mohlo a mělo podobat prostředí domácímu.

Z výše uvedených důvodů by bylo optimální, aby :

1. pro dočasné pobyty - zejména u pacientů s infaustní prognózou nebo kdy pobyt pacienta má vzhledem k předpokládanému výraznému zlepšení zdravotního stavu evidentně dočasný charakter a tedy není třeba se zabývat otázkou změny trvalého bydliště atd. bylo možné použít (v transformované podobě) institut tzv. sociální hospitalizace, který by řešil ovšem pouze tzv. hotelovou, resp. sociální část pobytu pacienta s tím, že k této úhradě by nedílně patřila (pokud by se nejednalo o pouhou sociální hospitalizaci) v případě ošetrovatelského pobytu úhrada paušálu na ošetrovatelskou péči.

2. trvalé pobyty - byly řešeny v režimu obvyklém pro pobyty v ústavech sociální péče a domovech důchodců, ovšem opět s tím předpokladem, že k tomuto

financování by v případě ošetřovatelského pobytu nedílně náležela úhrada paušálu ze zdravotního pojištění dle ošetřovatelské náročnosti.

Je třeba zdůraznit, že nezbytným předpokladem řešení dané problematiky je přijetí nezbytných legislativních změn jak v oblasti zdravotnictví, tak ministerstva práce a sociálních věcí, popř. i ministerstva financí.

Závěrem lze konstatovat, že zajištění vyhovujícího systému zdravotně-sociálních služeb pro nesoběstačné osoby, zejména o seniory není pouze úkolem pro zdravotnictví a sociální péči (i když je to úkol zejména pro ně). Jedná se o záležitost celospolečenskou, o vytvoření dostatečného tlaku občanské společnosti na garantování těchto služeb, jichž bude v nastávajícím století, na jehož prahu stojíme nyní, velmi zapotřebí.

7. Shrnutí a doporučení

Stát má nepochybně povinnost poskytovat zdravotně-sociální služby občanům, kteří je potřebují a jejichž zdravotní stav vyžaduje především náročnou ošetrovatelskou péči, která jim nemůže být zabezpečena rodinnými příslušníky, pečovatelskou službou ani standardní ústavní péčí domova důchodců. Narůstá počet žádostí občanů o umístění v domovech důchodců, především z důvodu náročné ošetrovatelské péče (mezi nimi je i převážná většina těch občanů, kteří nemohli být ze sociálních důvodů propuštěni ze zdravotnických zařízení, ať už je jim poskytována sociální hospitalizace či nikoliv).

Lze předpokládat, že především k nepříznivému demografickému vývoji obyvatelstva zřejmě nebude v nepřilíh vzdáleném časovém horizontu možné do standardních ústavů sociální péče umisťovat - vedle seniorů relativně zdravých - i seniory, vyžadující náročnou ošetrovatelskou péči.

Vzhledem k tomu, že se příjemcem zdravotně-sociální péče jsou zpravidla osoby vyššího věku, je třeba v resortu ministerstva zdravotnictví věnovat pozornost geriatrické péči, a to jak akutní, tak i rehabilitační, doléčovací a dlouhodobé péči ošetrovatelského typu. V resortu ministerstva práce a sociálních věcí by bylo potřebné změnit způsob poskytování zdravotní péče v domovech důchodců. Zdravotní péče v těchto zařízeních je stále považována za zvláštní formu ambulantní péče. **Ošetrovatelství v zařízeních sociální péče není dosud v podstatě legalizováno.**

Aby systém zdravotně-sociální péče v této oblasti byl funkční a účelný, bylo by vhodné vytvořit systém diferencované geriatrické péče nejen v oblasti lůžkové, ale i semimurální a ambulantní. Jde o vytvoření systému služeb zakotvených v geriatrických lůžkových zařízeních, a to :

- v geriatrickém oddělení nemocničního typu a doléčovacím a rehabilitačním oddělení s návazností na ošetrovatelská oddělení na úrovni regionální
- v geriatrickém oddělení doléčovacího a rehabilitačního typu a v ošetrovatelském oddělení na úrovni nemocnic nižšího typu
- v geriatrických centrech komunitních s lůžky rehabilitačními a doléčovacími, ale zejména ošetrovatelskými.

Všechna tato oddělení by měla působit ve vzájemné koordinaci a spolupráci a být základem pro činnost geriatrických týmů pracujících v terénu.

Pokud se jedná o možný způsob financování jednotlivých druhů péče, bylo by vhodné postupovat následujícím způsobem:

Geriatrické akutní lůžko v nemocnici i lůžko rehabilitační a doléčovací jsou bezpochyby lůžky s činností zdravotnickou. Proto je bezpochyby třeba tuto péči financovat jako ostatní lůžkovou péči ze zdravotního pojištění. Za účelné lze považovat její limitování 3 měsíci (event. 3 měsíci v kalendářním roce) s nutným předpokladem, že v indikovaných případech lze na základě geriatrické konference a se souhlasem revizního lékaře tuto dobu prodloužit.

Lůžko převážně ošetrovatelského typu řeší jednak zdravotnickou problematiku (potřebu náročné péče založené v odborném ošetrovatelství, která přesahuje kapacitu reálně nárokovatelné domácí péče - 3-4 hodiny denně či 3-4 návštěvy denně dlouhodobě). Tato péče by měla nastoupit v podstatě automaticky po uplynutí 3 měsíců hospitalizace (pokud revizní lékař na základě podkladů geriatrické konference nerozhodne jinak).

Zpravidla se bude vždy jednat o dvě možnosti i u této relativně dlouhodobé péče (s ohledem na to, že pod pojmem „dlouhodobost“ rozumíme zcela jiné parametry ve zdravotnictví i sociální péči). Pro tyto účely lze vycházet z velmi konsenzuálního předpokladu, že tyto pobyty by měly být řešeny financováním z více zdrojů, a to tak, že tzv. hotelové služby by byly řešeny z prostředků sociálního rozpočtu či pojištění s obvyklou spoluúčastí pacienta a služby zdravotnické by dle ošetrovatelské náročnosti pacienta byly financovány nejlépe paušálem (odstupňovaným na základě zařazení do 4 kategorií dle ošetrovatelské náročnosti a zdravotních potřeb pacienta).

Na základě provedených šetření a našich poznatků lze považovat sociální hospitalizaci za vhodnou a přiměřenou formu péče jak o starého a chronicky nemocného občana, tak o občana v produktivním věku, který vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje kontinuální poskytování ošetrovatelské péče ať už na přechodnou dobu nebo trvale. Otázkou ovšem je, jakým způsobem sociální hospitalizaci realizovat, především po stránce finančního krytí a co do subjektu poskytovatele.

V úvahu připadá několik variant řešení :

I. Za současného stavu je možné situaci vyřešit zřízením ošetřovatelských oddělení při domovech důchodců, se změnou jejich financování.

Toto řešení je právně zakotveno v § 61 odst. 3 vyhl. MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení (v platném znění). Podle tohoto právního ustanovení v ústavech sociální péče (s výjimkou domovů - penzionů pro důchodce) mohou být zřízena samostatná ošetřovatelská oddělení pro ošetřování obyvatel a svěřenců upoutaných na lůžko nebo vyžadujících náročnou ošetřovatelskou péči. V domovech důchodců mohou být zřízena i samostatná ošetřovatelská oddělení pro ošetřování dementních osob. Část nákladů hradí občané na tomto ošetřovatelském oddělení stejně jako v jiných ústavech sociální péče (podle vyhl. MPSV ČR č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče v platném znění), dále stát přispívá dotací na lůžko. V současné době je výše dotace rozlišena pouze druhem pobytu - na ÚSP s celoročním pobytem je dotace vyšší než pro ÚSP s pobytem týdenním nebo denním. Jsme toho názoru, že na ošetřovatelská lůžka by měla být poskytována vyšší dotace než pro běžná lůžka. Pokud jde o zdravotní výkony včetně léků, zdravotních pomůcek a náklady na odborný zdravotnický personál, ty by měla oproti současnému stavu hradit příslušná zdravotní pojišťovna z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

II. Další možností by bylo zachování sociální hospitalizace ve zdravotnických zařízeních, ovšem též se změnou jejího financování

V současné době je sociální hospitalizace pro zdravotnická zařízení finančně nevýhodná. Platby se od roku 1993 nezvýšily a nekryjí náklady sociálních hospitalizací. Zdravotnické zařízení je oproti ústavům sociálních služeb v horším postavení například i v tom, že pokud je občanu přiznán příplatek pro bezmocnost, zůstává tato dávka jemu a nikoli zdravotnickému zařízení - faktickému poskytovateli péče. Pokud však péči poskytuje ústav sociálního zabezpečení, náleží příplatek pro bezmocnost tomuto zařízení.

Kromě finanční nevýhodnosti brzdí rozvoj sociálních hospitalizací také skutečnost, že občané jsou zvyklí považovat péči ve zdravotnických zařízeních za něco, co je poskytováno bezplatně. Zpravidla nejsou ochotni na sociální hospitalizaci přispívat denní částkou 55 Kč a požadují zdravotní indikaci hospitalizace.

Zdravotnická zařízení, přestože mají možnost podle z. č. 20/1966Sb. (v platném znění) finanční úhradu od takového pacienta požadovat, nejdou s ním do sporu a indikaci překvalifikují na zdravotnickou.

Nevýhodou pro sociální hospitalizaci je rovněž skutečnost, že pro splnění jejích kritérií je nutné podání žádosti do ústavu sociální péče (především domova důchodců). Přitom při respektování vůle klienta a dodržování Charty základních lidských práv a svobod, by měla být vytvořena v našem právním řádu možnost, aby pacient při dobré toleranci sociálního lůžka v nemocnici a potřebě ošetrovatelské péče měl možnost konzumovat tuto péči ve zdravotnickém zařízení za své finanční spoluúčasti.

Sociální hospitalizace by měla být řešením i pro klienty (rovněž s jejich spoluúčastí), kterých zdravotní stav by jinak nevyžadoval sociální hospitalizaci, u nichž z různých důvodů došlo ke ztrátě sociálního zázemí, a to až do vyřešení jejich sociální situace.

Proto v každém případě by měla být zachována sociální hospitalizace ve zdravotnických zařízeních pro krátkodobou hospitalizaci nepřesahující cca 6 měsíců, aniž by osoby umístěné na takovýchto sociálních lůžkách byly nuceny mít podanou žádost do některého ústavu sociální péče. Smyslem takto pojaté sociální hospitalizace by bylo, aby osoby umístěné na těchto lůžkách měly možnost si s dostatečnou časovou rezervou uspořádat svůj další život bez traumatizujícího výhledu, že skončí v některém ústavu sociální péče, nebo v případě stabilizace či zlepšení zdravotního stavu se mohly navrátit do plnohodnotného života.

Pokud jde o hospitalizaci občanů ve zdravotnických zařízeních na ošetrovatelských lůžkách, nezřídka se podle výsledků našeho výzkumu jedná o zastřenou sociální hospitalizaci, ovšem financovanou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dosavadní financování ošetrovatelských lůžek odčerpává - vzhledem ke spektru poskytovaných služeb do značné míry neoprávněně - prostředky zdravotního pojištění. S očekávaným nárůstem potřeby lůžkové ošetrovatelské péče, a to nejen v důsledku zdravotních, ale i sociálních indikací, se budou požadavky na služby zdravotnických zařízení dále zvyšovat. Podle našeho názoru by lůžková ošetrovatelská péče měla být hrazena vícezdrojově. Část by měla být pokryta z prostředků veřejného zdravotního pojištění, část z rozpočtových prostředků okresních úřadů, část na základě finanční spoluúčasti příjemce péče.

O malé pozornosti věnované sociálním hospitalizacím svědčí i to, že v resortu ministerstva práce a sociálních věcí i v resortu ministerstva zdravotnictví dosud neexistuje statistické sledování počtu sociálních lůžek, a to ani lůžek pro sociální hospitalizaci stabilně vyčleněných, ani používaných ad hoc. Stejně tak nejsou sledovány počty lůžek a náklady na ně na tzv. ošetrovatelských odděleních domovů důchodců. K dispozici jsou pouze počty imobilních obyvatel a obyvatel mobilních s dopomocí.

Na základě shora uvedených skutečností doporučujeme následující :

- zachovat institut sociální hospitalizace
- nově definovat sociální hospitalizaci a ve spolupráci MPSV a MZ vymezit její místo v systému zdravotní a sociální péče
- zavést vícezdrojové financování sociální hospitalizace
- zakotvit SH v připravovaném zákoně o sociální pomoci
- odstranit pro realizaci SH podmínku podání žádosti do ÚSP
- umožnit občanovi možnost volby instituce poskytující SH (ať už zdravotnické zařízení či některý z ústavů sociální péče); v případě přesunu SH do ÚSP ponechat možnost poskytování krátkodobé SH - do 6 měsíců - zdravotnickým zařízením
- zvýšit částku placenou zdravotnickým zařízením alespoň na stejnou výši, která je jim hrazena na srovnatelnou péči z prostředků zdravotního pojištění
- příplatek k důchodu pro bezmocnost vyplácet faktickému poskytovateli péče
- zavést vícezdrojové financování SH (místní rozpočty, zdravotní pojišťovny, občan)
- zavést statistické sledování:
 - a) počtu lůžek používaných k sociální hospitalizaci v resortu zdravotnictví
 - b) počtu ošetrovatelských lůžek v resortu MPSV .

Statistická příloha

Tabulka 1 Denní částka, která by byla pro ZZ atraktivní - podle rozdělení na respondenty ze sféry sociální a zdravotnické

názor	sociální referáty (případně včetně zdravotních)	samostatné referáty zdravotní	zdravotnické zařízení (nemocnice, LDN apod.)	celkem
nemohu posoudit, nevyplněno	13	2	2	17
sociální hospitalizace do ZZ nepatří	2	0	1	3
stejně či více jako úhrada zdrav. pojišťoven za LDN ¹	13	1	0	14
jako náklady příslušného zdrav. zařízení	1	1	2	4
jako v domovech důchodců ²	6	1 ³	0	7
jako dosud – 55 Kč/den	1	0	0	1
130-150	1	0	0	1
400-500	3	0	0	3
500-600	10	2	4	16
600-700	7	1	1	9
700-800	3 ⁴	0	1	4
800 a více	6	0	0	6
celkem	66	8	11	85

Poznámky:1) nebo za lůžko následné péče, LDN dostávají od VZP 540-560 Kč za den

2) včetně zvýšení důchodu pro bezmocnost

3) i když „hotelová“ cena hospitalizace (400-450 Kč) je značně vyšší

4) podle názoru samotných respondentů je tato výše z hlediska OkÚ neadekvátní

T a b u l k a 2 Výše poplatku, který je ještě únosný pro příjemce SH, podle rozdělení na respondenty ze sféry sociální a zdravotnické

názor	sociální referáty (případně včetně zdravotních)	samostatné referáty zdravotní	zdravotnická zařízení (nemocnice, LDN pod.)	celkem
slovní hodnocení				
nemohu posoudit, nevyplněno	10	7	5 ¹	22
žádný poplatek ¹	0	0	2	2
méně než v DD – nájem doma	1	0	0	1
jako v domovech důchodců ²	31	1	1	33
více než v DD (ÚSP)	1	0	0	1
minimálně pokrytí stravovací jednotky, další služby tak, aby občanu zbylo na nájem doma	3	0	0	3
celý pacientův důchod	0	0	1	1
číselné hodnocení				
jako dosud (55, příp. 60 Kč)	6	0	0	6
2/3 platby v DD	1	0	1	2
70-100	2	0	1	3
100-150	5	0	0	5
150-200	5	0	0	5
200-250	1	0	0	1
	66	8	11	85

Poznámky:

1) podle názoru respondentů jakýkoli poplatek pacienta od této služby odradí, pokud budou služby na lůžku LDN nebo následné péče poskytovány „bezplatně“, nebude SH pacienty využívána

2) včetně bezmocnosti, odhad 110-130 Kč/den, vyhláška MPSV č. 82/1992 Sb. (přechodný pobyt), jako na ošetrovatelském odd. DD, o nájem by se měla postarat rodina, náklady v DD odhaduje respondent na 385 Kč/den, úhrada obyvatele 140 Kč/den

T a b u l k a 3 Náklady na lůžkovou zdravotní péči v roce 1999

nemocnice	náklady na lůžkovou zdravotní péči v užším pojetí		úplné náklady na lůžkovou zdravotní péči	
	na 1 ošetrovací den	na 1 hospitalizaci	na 1 ošetrovací den	na 1 hospitalizaci
přímo řízené MZ	2 800	26 493	3 423	32 309
okresní	1 623	14 147	2 067	18 035
obecní a městské	1 436	14 059	1 703	16 671
soukromé a církevní	1 340	13 244	1 659	15 485
resortu zdravotnictví	1 950	17 762	2 422	22 060
ostatních resortů	2 262	20 891	2 942	27 162
zdravotnictví celkem	1 952	17 832	2 434	22 174

Pramen: Náklady a výnosy nemocnic za lůžkovou zdravotní péči a za lůžkovou péči celkem v roce 1999, Aktuální informace ÚZIS č. 31, Praha, 2.6.2000

T a b u l k a 4 Průměrné neinvestiční výdaje na jedno místo v zařízeních sociální péče (1997)

typ zařízení	počet ústavů	kapacita - počet míst	průměrné výdaje na 1 místo (Kč ročně)	nejvyšší výdaje na 1 místo (Kč ročně)	nejnižší výdaje na 1 místo (Kč ročně)	průměrné denní výdaje na 1 místo (Kč)
domovy důchodců	309	34 255	111 700	239 450	19 204	306
penzióny pro důchodce	140	11 482	40 821	307 443	1 048	112
dospělí s TP	7	495	186 344	563 914	120 009	510
dospělí TP + MP	3	426	103 072	104 188	83 272	282
dospělí s MP	57	4 809	113 407	341 624	10 826	310
mládež s TP	4	975	161 003	455 473	117 134	441
mládež s TP + MP	16	754	140 358	268 462	62 336	384
mládež - více vad	7	155	135 999	346 084	78 534	373
mládež s MP	149	10 304	140 193	924 027	40 374	384

Vysvětlivky: TP=tělesné postižení, MP=mentální postižení

Pramen: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, VÚPSV 1998 (původní pramen: sumarizace výkazů V 1 – 01)

T a b u l k a 5 Průměrné neinvestiční výdaje na jedno místo v domovech důchodců (1999)

domovy důchodců	počet ústavů	kapacita - počet míst	neinvestiční výdaje v mil. (Kč)	výdaje na jedno místo ročně (Kč)	průměrné denní výdaje na 1 místo
státní	224	26 263	3 496	133 115	365
obecní	81	7 748	979	126 355	346
ostatní (nestátní)	24	1 171	159	135 781	372
celkem	329	35 182	4 634	131 715	361

Pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 1999. Praha ; Ministerstvo práce a sociálních věcí 2000.

T a b u l k a 6 Průměrné neinvestiční výdaje na jedno místo v ústavech sociální péče pro dospělé (1999)

ústavy sociální péče pro dospělé	počet ústavů	kapacita - počet míst	neinvestiční výdaje v mil. (Kč)	výdaje na jedno místo ročně (Kč)	průměrné denní výdaje na 1 místo
státní	65	6264	915	146072	400
obecní	9	785	90	114650	314
ostatní (nestátní)	8	150	20	133333	365
celkem	82	7199	1025	142380	390

Pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 1999. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí

Tabulka 7 Podíl plateb za pobyt na celkových příjmech domovů důchodců a ústavů sociální péče v roce 1999 (v mil. Kč a v %)

druh zařízení	počet zařízení	příjmy celkem	z toho: za pobyt	podíl
domovy důchodců - státní	224	2 915	1 343	46%
domovy důchodců - obecní	81	949	395	29%
domovy důchodců - ostatní	24	168	54	32%
domovy důchodců - celkem	329	4 032	1 792	44%
ÚSP pro dospělé - státní	65	737	319	43%
ÚSP pro dospělé - obecní	9	98	32	33%
ÚSP pro dospělé - ostatní	8	20	4	20%
ÚSP pro dospělé - celkem	82	855	355	42%
ÚSP pro mládež - státní	132	1 151	414	36%
ÚSP pro mládež - obecní	26	123	26	21%
ÚSP pro mládež - ostatní	27	100	11	11%
ÚSP pro mládež - celkem	185	1 374	451	33%

Pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 1999. Praha; Ministerstvo práce a sociálních věcí

Seznam tabulek v textu

Tabulka 1 Denní částka, která by byla pro ZZ atraktivní - všichni respondenti

Tabulka 2 Podíl výdajů na sociální hospitalizaci na výdajích místních rozpočtů určených na zdravotnictví (v promile)

Tabulka 3 Výdaje na sociální hospitalizaci v České republice celkem a podle bývalých krajů (v Kč)

Tabulka 4 Rozložení počtu okresů podle výše výdajů na sociální hospitalizaci za léta 1997 – 1999 (v Kč)

Tabulka 5 Absolutní i relativní počet geriatrických lůžek (stav k 31.12.)

Tabulka 6 Struktura LDN podle nákladů na 1 ošetrovací den v roce 1999

Seznam tabulek v příloze

Tabulka 1 Denní částka, která by byla pro ZZ atraktivní - podle rozdělení na respondenty ze sféry sociální a zdravotnické

Tabulka 2 Výše poplatku, který je ještě únosný pro příjemce SH, podle rozdělení na respondenty ze sféry sociální a zdravotnické

Tabulka 3 Náklady na lůžkovou zdravotní péči v roce 1999

Tabulka 4 Průměrné neinvestiční výdaje na jedno místo v zařízeních sociální péče (1997)

Tabulka 5 Průměrné neinvestiční výdaje na jedno místo v domovech důchodců (1999)

Tabulka 6 Průměrné neinvestiční výdaje na jedno místo v ústavech sociální péče pro dospělé (1999)

Tabulka 7 Podíl plateb za pobyt na celkových příjmech domovů důchodců a ústavů sociální péče v roce 1999 (v mil. Kč a v %)

Literatura

Břeská, N. Sociální hospitalizace. Personální a sociálněprávní kartotéka, 1999, roč. 2, č. 10, s. 67-68

Evropská charta pacientů seniorů

Holmerová, I. Komunitní péče o staré občany. Zprav. Diakonie, 1998, č. 5-6 s. 14-16

Koncepce geriatry - www.gerontocentrum.cz

Kučera, M. Důchodci z pohledu demografa, in: SITUACE seniorů České republiky na přelomu tisíciletí. Sborník referátů a diskusních příspěvků ze semináře konaného dne 13.4. 1999. Praha: Svaz důchodců ČR, 1999

Millard, P. přednáška na konferenci České gerontologické a geriatrické společnosti, Praha, 1996

Náklady a výnosy nemocnic za lůžkovou zdravotní péči a za lůžkovou péči celkem v roce 1999. Aktuální informace ÚZIS č. 31, Praha, 2.6.2000

Přehnal, J. Péče o geriatrické a chronicky nemocné pacienty. Zdravotnické noviny 1999, roč. 48, č. 8, příl. s. 1-2

Statistická ročenka České republiky '98, 2000 Praha: Scientia 1998, 2000

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 1997, 1999. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí 1998, 1999, 2000

Stojanová, J. K problematice dodržování lidských a občanských práv seniorů. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR

Zprav. Českého helsinského výboru 1998, roč 23, č. 3, s. 15 -16

www.gerontocentrum.cz - standardy