

**Zdravotně sociální služby v kontextu  
nového územního uspořádání**

Daniela Bruthansová  
Anna Červenková

VÚPSV Praha  
2004

## Obsah

|   |    |
|---|----|
| 1. Úvod   | 3  |
| 1.1 Cíl zadání  | 3  |
| 1.2 Použitá metodika  | 4  |
| 1.3 Očekávané výstupy   | 4  |
| 2. Rostoucí potřeba ústavní zdravotně sociální péče   | 5  |
| 3. Sociální hospitalizace v současných podmínkách.  | 10 |
| 4. Analýza situace v obcích   | 12 |
| 5. Lůžková kapacita následné a ošetrovatelské péče a úhrada SH z hlediska nákladů zdravotnických zařízení | 24 |
| 6. Poskytování zdravotní péče v domovech důchodců a v ústavech sociální péče                              | 29 |
| 7. Návrh systému úhrady zdravotně sociální péče - vícezdrojové financování                                | 33 |
| Závěry a doporučení   | 38 |
| Seznam tabulek a grafů  | 39 |
| Literatura  | 41 |

# 1. Úvod

## 1.1 Cíl zadání

V sociálním systému České republiky jsou sociální služby začleněny do soustavy sociálního zabezpečení, jehož základní právní normou je zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon je však poněkud zastaralý, takže České republice jsou v současné době poskytovány další druhy služeb sociálního charakteru, které jsou v rámci stávající legislativy podchyceny pouze částečně a neúplně.

Přijetím zákona č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů (dále: kompetenční zákon) došlo k řadě změn v oblasti služeb sociální péče, a to jak v terénních sociálních službách, tak i v ústavní sociální péči. Tímto zákonem byl mimo celou řadu dalších novelizován též zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Změny upravené novelami těchto zákonů bylo nezbytné promítnout i do prováděcího předpisu k oběma uvedeným zákonům, tj. do vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. Zároveň byly navrženy i novely vyhlášek č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče a č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče a č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Zde se ale projevuje značný rozdíl. Zatímco přijetím novel vyhlášek č. 82/1993 Sb., a č. 83/1993 Sb., byly úhrady za pobyt a stravování v zařízeních sociální péče k 1.2.2004 přizpůsobeny reálnému vývoji životních nákladů a jiných ekonomických veličin, vyhláška č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních opět novelizována nebyla. V důsledku toho úhrada za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních (za tzv. sociální hospitalizaci) zůstala na úrovni cenové hladiny z roku 1993 (viz kapitola 3 této práce).

Do konce roku 2002 zřizovaly okresní úřady celou řadu organizací, mj. i většinu zařízení sociální péče (zejména ústavů sociální péče), provozovaných v České republice. Problematika jejich přechodu na obce a kraje je upravena zákonem č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce tak, aby tyto organizace mohly bez přerušení nadále poskytovat sociální služby potřebným občanům.

Obec může do dvou let ode dne, kdy kraj nabyl podle tohoto zákona do svého vlastnictví zařízení sociální péče, požádat o převod věcí, práv a závazků takového zařízení do vlastnictví obce, a to v případě, nachází-li se na jejím území. Kraj je v tomto případě povinen realizovat tento převod na obec bezúplatně ve lhůtě tří měsíců od doručení písemné žádosti obce.

Vzhledem ke značnému rozsahu změn ponechává předložená práce stranou změny v zabezpečení terénních sociálních služeb (které ostatně nemají tolik společného se zdravotní péčí) a zabývá se především souvislostmi ústavní sociální péče s lůžkovou péčí zdravotní. Předmětem zkoumání bude rozsah a náklady na služby celodenní lůžkové péče, které jsou poskytovány jak v rámci resortu zdravotnictví, tak v resortu sociálních věcí.

Jde jednak o problematiku sociální péče poskytované ve zdravotnických zařízeních, jednak o problematiku zdravotní péče poskytované v rezidenčních zařízeních zaměřených na péči sociální (domovy důchodců a ústavy sociální péče pro mládež a dospělé osoby s handicapem), neboť v souvislosti s reformou veřejné správy dochází k přechodu zřizovatelské funkce k zařízením sociální péče zřizovaným do konce roku 2002 okresními úřady. Tento přechod je upraven zákonem č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce

Za sociální péči se považuje též ústavní péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení občanům, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni obejít se bez pomoci další osoby a nemohou být proto propuštěni ze zdravotnického zařízení pokud jim nemůže být

poskytnuta potřebná péče v ústavech sociální péče nebo pečovatelská služba, přestože podmínky pro poskytování těchto služeb splňují (tzv. sociální hospitalizace). I tady přešly kompetence na obce, a to na obce s rozšířenou působností.

Od 1.1.2003 obecní úřad obce s rozšířenou působností rozhoduje o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení v případech uvedených v §73b odst.1 zák. č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v plném znění a hradí zdravotnickému zařízení část nákladů za poskytování sociální péče v tomto zařízení.

## **1.2 Použitá metodika**

Základním metodickým přístupem byla analýza dostupných statistických dat jak z oblasti sociální péče na základě publikací i nepublikovaných dat MPSV, tak z oblasti zdravotnictví, kde podkladem byla data Ministerstva zdravotnictví, respektive ÚZIS.

Zatímco přechod zřizovatelských funkcí ústavů sociální péče na kraje a obce proběhl v zásadě hladce, poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních, které ani v předchozím uspořádání státní správy nebylo bez problémů, prokázalo v souvislosti s přechodem kompetencí na obce značný propad. Vzhledem k tomu, že zákon č. 320/2002 Sb. nabyl účinnosti od 1.1.2003, bylo pro zjištění aktuální situace v 1. pololetí roku 2003 provedeno terénní šetření v obcích s rozšířenou působností i ve vybraném vzorku obcí ostatních.

## **1.3 Očekávané výstupy**

V současné době, kdy MPSV připravuje zásadní reformu sociálních služeb, je třeba si uvědomit, že některá zdravotnická zařízení poskytují i služby sociálního charakteru a naopak zařízení v sociální sféře poskytují služby zdravotní. Předložená práce usiluje o jednotící systémové hledisko, které by umožnilo porovnat jak lůžka následné a ošetrovatelské péče ve zdravotnictví, tak ošetrovatelská lůžka v oblasti sociální péče.

## 2. Rostoucí potřeba ústavní zdravotně sociální péče

Stárnutí populace představuje celosvětový jev, zvláště patrný v ekonomicky vyspělých zemích. Rovněž v České republice podíl seniorů, tj. osob pětadesátiletých a starších, v populaci narůstá a pokračování této tendence se dá čekat i do budoucna. O tom mimo jiné svědčí narůstající **index stáří**, tj. počet obyvatel ve věku nad 65 let dělený počtem dětí ve věku 0-14 let (x 100). Zatímco v roce 1990 index stáří dosáhl necelých 60 % (59,4 %), činil v roce 2000 85,5 %, v roce 2003 91,6 % a při zachování současného trendu porodnosti a úmrtnosti dosáhne v roce 2010 114,1 %, tj. na 1 596 812 seniorů nad 65 let připadne pouze 1 400 028 dětí ve věku 0-14 let.

Normálním stavem je i ve stáří stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související soběstačnost až do vysokého věku. Na druhé straně je třeba připustit, že právě u starších pacientů se nezřídka projevuje zvýšená morbidita (nemocnost) a s tím spojená snížená schopnost sebeobsluhy. Z toho vyplývá zvýšená potřeba péče a to jak péče zdravotní, tak sociální, spočívající především v zajištění nebo nahrazení běžného provozu domácnosti.

PŘEHNAL (1999) odhaduje, že v populaci starší 65 let zůstává cca 80 % spoluobčanů soběstačných s pomocí rodiny a nejbližší komunity, potřebu pomoci v domácnosti pociťuje asi 13 %, potřeba domácí péče bude asi v 7 až 8 procentech a potřeba ústavní péče asi ve 2 až 3 procentech. Při počtu 1 597 000 seniorů v roce 2010 bude domácí péči potřebovat téměř 113 000 občanů a v roce 2020 až 136 000 občanů. Potřebu ústavní péče autor odhaduje pro rok 2010 na 42 300 občanů a v roce 2020 na 51 000 občanů.

Přítom kapacita domovů důchodců v současné době činí pouze 36 230 lůžek a je prakticky plně využita. V celostátním průměru na každé jednotlivé lůžko čeká jeden další uchazeč; v Praze (kde je situace nejhorší) jsou to téměř tři čekatelé na 1 lůžko a více než jeden čekatel je v kraji Libereckém, Jihomoravském, Olomouckém a Moravskoslezském.

**T a b u l k a 1 Kapacita domovů důchodců a počet čekatelů na umístění v roce 2002**

|                      | počet čekatelů | z toho přednostní a naléhaví | aktuální počet obyvatel | kapacita (počet lůžek) | počet čekatelů na 1 lůžko | využití kapacity v % |
|----------------------|----------------|------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|
| hlavní město Praha   | 6 960          | 2 348                        | 2 395                   | 2539                   | 2,7                       | 94%                  |
| Středočeský kraj     | 2 625          | 513                          | 4 325                   | 4526                   | 0,6                       | 96%                  |
| Jihočeský kraj       | 2 437          | 317                          | 2 391                   | 2488                   | 1,0                       | 96%                  |
| Plzeňský kraj        | 672            | 347                          | 1 141                   | 1190                   | 0,6                       | 96%                  |
| Karlovarský kraj     | 247            | 14                           | 602                     | 612                    | 0,4                       | 98%                  |
| Ústecký kraj         | 2 318          | 61                           | 3 748                   | 3924                   | 0,6                       | 96%                  |
| Liberecký kraj       | 1 314          | 253                          | 990                     | 1039                   | 1,3                       | 95%                  |
| Královéhradecký kraj | 1 468          | 584                          | 2 213                   | 2310                   | 0,6                       | 96%                  |
| Pardubický kraj      | 862            | 95                           | 1 750                   | 1795                   | 0,5                       | 97%                  |
| Vysočina             | 947            | 271                          | 2 424                   | 2523                   | 0,4                       | 96%                  |
| Jihomoravský kraj    | 3 787          | 1 077                        | 3 377                   | 3489                   | 1,1                       | 97%                  |
| Olomoucký kraj       | 2 901          | 560                          | 2 511                   | 2567                   | 1,1                       | 98%                  |
| Zlínský kraj         | 1 249          | 638                          | 2 480                   | 2521                   | 0,5                       | 98%                  |
| Moravskoslezský kraj | 5 496          | 693                          | 4 491                   | 4707                   | 1,2                       | 95%                  |
|                      | 33 283         | 7 771                        | 34 838                  | 36230                  | 0,9                       | 96%                  |

*Pramen: SR MPSV*

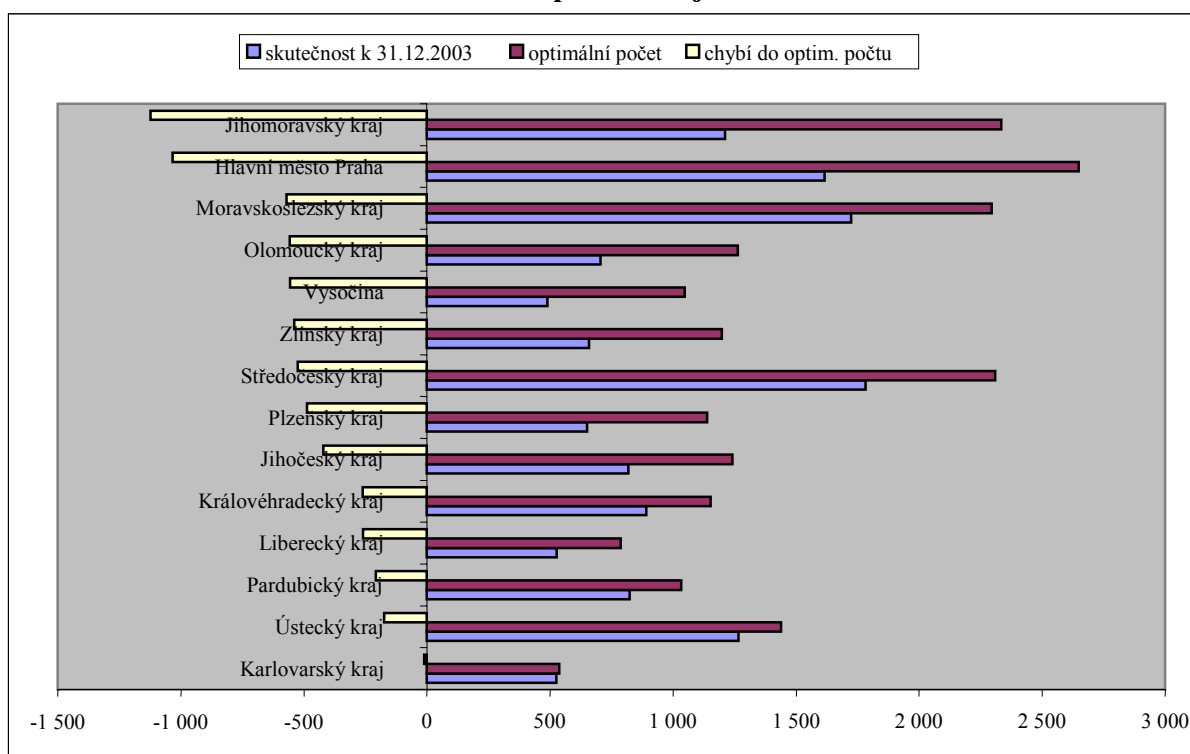
Nedostatek „sociálních“ lůžek v domovech důchodců je ještě prohlubován tím, že chybějí i příslušná lůžka ošetrovatelské a následné péče v resortu zdravotnictví.

**Tabulka 2 Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR**

| území/kraj             | skutečnost k 31.12.2003 | optimální počet | chybí do optim. počtu |
|------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|
| hlavní město Praha     | 1 616                   | 2 649           | -1 033                |
| Středočeský kraj       | 1 783                   | 2 309           | -526                  |
| Jihočeský kraj         | 818                     | 1 240           | -422                  |
| Plzeňský kraj          | 650                     | 1 138           | -488                  |
| Karlovarský kraj       | 526                     | 538             | -12                   |
| Ústecký kraj           | 1 265                   | 1 440           | -175                  |
| Liberecký kraj         | 527                     | 787             | -260                  |
| Královéhradecký kraj   | 891                     | 1 152           | -261                  |
| Pardubický kraj        | 824                     | 1 032           | -208                  |
| Vysočina               | 490                     | 1 047           | -557                  |
| Jihomoravský kraj      | 1 211                   | 2 334           | -1 123                |
| Olomoucký kraj         | 705                     | 1 263           | -558                  |
| Zlínský kraj           | 659                     | 1 199           | -540                  |
| Moravskoslezský kraj   | 1 724                   | 2 295           | -571                  |
| Česká republika celkem | 13 689                  | 20 423          | -6 734                |

*Pramen: Aktuální informace ÚZIS č. 39/2004*

**Graf 1 Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR**



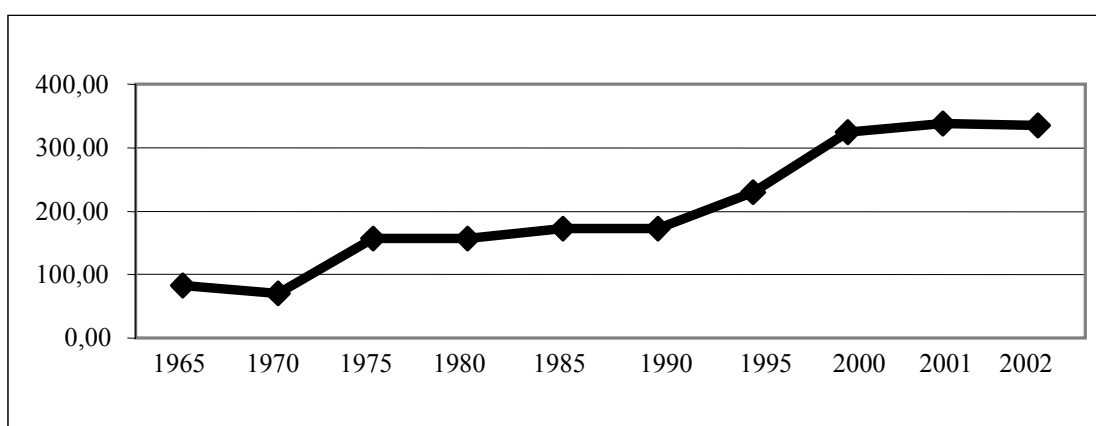
Propočet potřebných lůžek ošetrovatelské a následné péče za ČR celkem a v jednotlivých krajích (tabulka 2 a graf 1) provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Výpočet vychází z návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR o minimální síti zdravotnických zařízení, která počítá se dvěma lůžky ošetrovatelské následné péče na 1000 obyvatel. Pro výpočet optimální relace v jednotlivých krajích bere ÚZIS

v úvahu podíl seniorů (osob nad 65 let) a vychází z optimální republikové relace 14,35 lůžek na 1000 obyvatel příslušné věkové skupiny.

Z tabulky i grafu vidíme, že v jednotlivých krajích se liší jak celková vybavenost zdravotními lůžky ošetrovatelské následné péče, tak zejména se liší stávající deficit. Největší deficit je v Jihomoravském kraji a v hlavním městě Praze; naproti tomu prakticky nulový je v kraji Karlovarském.

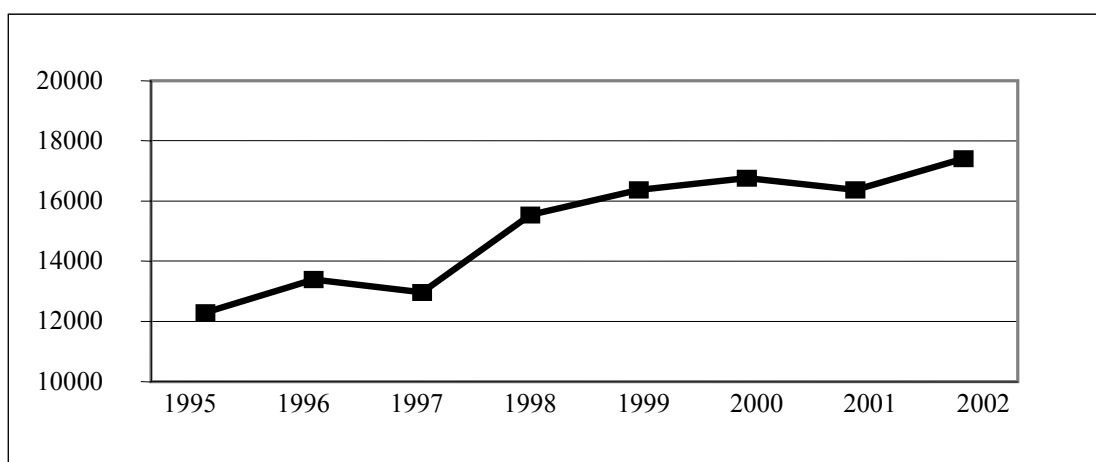
Ke skupině seniorů, kde potřeba ošetrovatelské péče je nejvyšší, je však zapotřebí přidat i rostoucí počet osob s handicapem tělesným i mentálním. Pokrok v lékařské péči vede k poklesu mortality u vrozených vad i úrazů, tj. k tomu, že stále větší množství případů vrozených vad a těžkých úrazů nekončí smrtí, ale pacienti přežívají ať již za cenu doživotního handicapu anebo se po náležitém doléčení úplně uzdraví a vracejí se do pracovního procesu.

**G r a f 2 Počet vrozených vad na 10 000 živě narozených**



*Pramen: ÚZIS, publikace „Vrozené vady“*

**G r a f 3 Počet úrazů na 100 000 obyvatel**

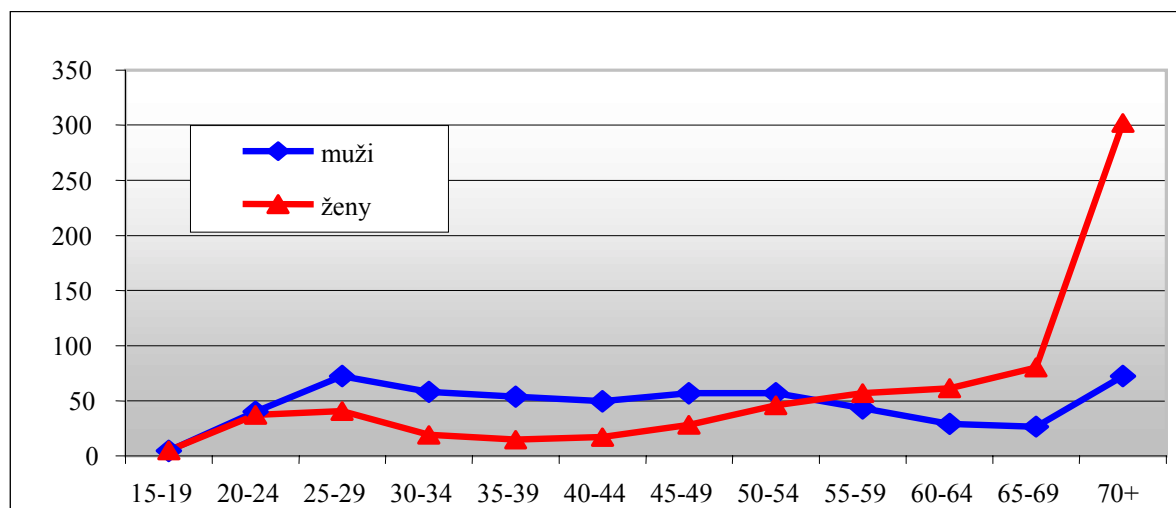


*Pramen: ÚZIS, Aktuální informace č. 4/2004*

I když přesná statistická data o počtu osob s handicapem v současné době neexistují, lze na základě pokroku ve zdravotní péči všeobecně odhadovat, že počet osob s handicapem, ať již v důsledku vrozených vad či následků úrazů a chorob roste. Jako ilustraci uvádíme vývoj počtu vrozených vad na 10 000 živě narozených v letech 1965-2002 a počet úrazů na 100 000 obyvatel v letech 1995-2001 (graf 2 a 3).

Z hlediska potřeby zdravotně sociální péče po prodělaném úrazu představují stále větší problém osaměle žijící osoby, kterých v současné době v ČR přibývá v souvislosti se společensko-ekonomickými změnami (preference soužití mimo manželství apod.). Podle sčítání lidu v roce 1991 bylo v České republice z celkového počtu 4 051 583 cenzových domácností celkem 1 089 647 domácností jednočlenných. V roce 2001 bylo z celkového počtu 5 243 604 cenzových domácností celkem 1 276 176 domácností jednočlenných, tj. přibylo 186 529 jednočlenných domácností.

**G r a f 4 Počet domácností jednotlivců podle sčítání lidu roku 2001 (v tis.)**



*Pramen: BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A: Aktuální problémy sociální hospitalizace v novém územně správním členění. Pražské gerontologické dny 14.-16. 5. 2003, data čerpána z publikací ČSÚ*

Z grafu 4 je vidět, že u obyvatelstva v postproduktivním věku (od 60 let výše) převažují jednočlenné domácnosti žen, z čehož zejména ve věku 70 let a více tvoří většinu jednočlenných domácností (85 %) osamělé vdovy. Naproti tomu ve středním věku od 25 do 55 let převažují jednočlenné domácnosti mužů.

Osaměle žijící muži v produktivním věku tvoří další demografickou skupinu, u níž v případě úrazu nebo těžké nemoci (infarkt myokardu) vyvstává potřeba sociálně zdravotní (nebo zdravotně sociální) péče.

Vyčleňují se tedy tři skupiny obyvatelstva se zvýšenou potřebou sociálně zdravotní péče:

1. senioři
2. občané s handicapem
3. osamělé osoby (především muži) v produktivním věku po úrazu nebo těžké nemoci.

Jde o skupiny osob, u nichž potřeba akutní lůžkové péče již pominula, zdravotní stav je stabilizovaný, ale nebylo ještě dosaženo plné soběstačnosti. Může se jednat především o stavy s takovým 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, není jeho další pobyt ve zdravotnickém zařízení na základě zdravotnické indikace možný.

V souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a měnící se ekonomickou situací rodin, se zaměstnaností či cestováním za prací i vzhledem k nadále neutěšené bytové situaci dále klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nesoběstačného člena postarat. V této situaci se nelze spoléhat na mezigenerační pomoc rodinných příslušníků. VESELÁ (2002) uvádí poznatky z terénních šetření, které naznačují, že „ač rodiny ...



považují mezigenerační pomoc za samozřejmou a péči o nesoběstačné seniory v jejich domácnostech za nejlepší možnou, nejsou na její realizaci jak na straně seniorů, tak i jejich dětí připraveny. Je tedy otázkou, do jaké míry lze s péčí o značně nesoběstačné seniory kalkulovat“.

Chybějící péči rodiny zpravidla supluje zdravotní a sociální péče, ať již formou domácí ošetrovatelské péče či hospitalizace na ošetrovatelských lůžkách LDN nebo umístěním na ošetrovatelských odděleních ústavů sociální péče (domovů důchodců), popřípadě ve zdravotnických zařízeních na vyčleněných lůžkách pro **sociální hospitalizaci**. Ta připadá v úvahu jako jediné možné řešení v případě, že není možno zajistit pečovatelskou službu nebo umístění do domova důchodců. Na příkladu sociální hospitalizace se však jasně odrážejí slabiny a nedostatky současného systému zdravotnictví i poskytování sociálních služeb.

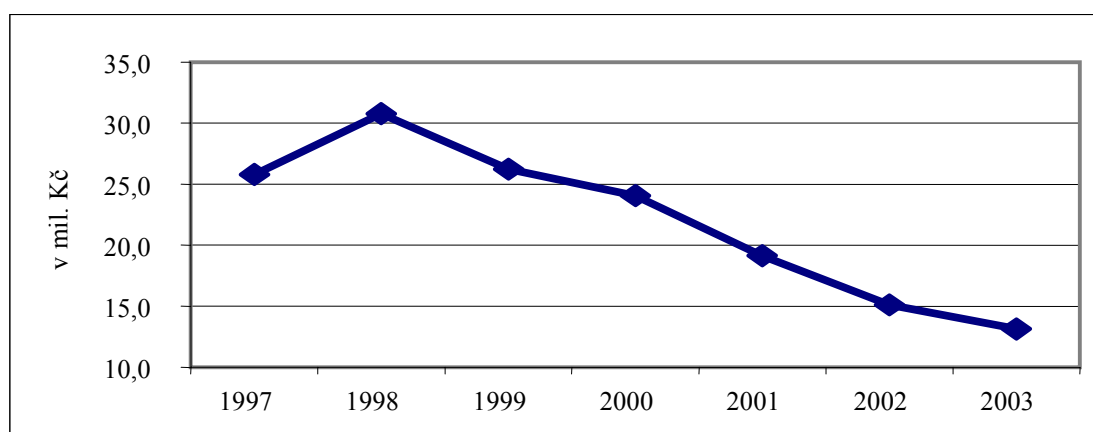
### 3. Sociální hospitalizace v současných podmínkách

Při nedostatečné kapacitě domovů důchodců (ústavů sociální péče) je možným řešením péče o ne zcela soběstačného pacienta poskytnutí sociální péče ve zdravotnickém zařízení, tj. tzv. **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.

Viděli jsme, že institut sociální hospitalizace má své nezastupitelné místo v systému zdravotně-sociálních služeb, neboť přispívá k řešení dočasné péče o občany, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni obejít se bez pomoci další osoby. Nicméně jde o jeden z dlouhodobě neřešených problémů, u něhož navíc v novém územně správním uspořádání došlo k dalšímu zhoršení.

G r a f 5 Vývoj výdajů na sociální hospitalizaci v mil. Kč - ČR celkem



*Pramen: údaje Ministerstva financí*

Zajištění sociální hospitalizace je nyní přesunuto na obce s rozšířenou působností a příspěvek na ni je nyní neadresně stanoven v příloze č. 8 zákona č. 579/2002 Sb., o státním rozpočtu České republiky v rámci příspěvků obcím s rozšířenou působností na výkon státní správy. Neadresností příspěvku vzniká nebezpečí, že sociální hospitalizace přestane být v ČR poskytována, a to ze tří důvodů:

**1. Nezájem poskytovatelů:** Za stávajících podmínek jde o sociální službu finančně hluboce ztrátovou, o niž poskytovatelé (zdravotnická zařízení) nejeví zájem.

**2. Nezájem klientů:** Poskytování sociální hospitalizace je de facto vázáno na podání žádosti o poskytnutí pečovatelské služby, jejíž kapacita je však ve většině obcí nedostatečná, nebo o umístění do domova důchodců. Podle názoru pracovníků obcí podání žádosti o domov důchodců mnohé klienty již předem odrazuje. Nepříznivě se projevuje též nutnost na sociální hospitalizaci přispívat, neboť mnozí občané jsou přesvědčeni, že „za nemocnici se neplatí“.

**3. Nezájem obcí:** Podle zákona č. 320/2002 Sb. (kompetenční zákon) jsou příspěvky na sociální hospitalizaci zařazeny neadresně do rozpočtu obcí s rozšířenou působností, kde si konkurují s jinými formami poskytování sociální péče - zejména s peněžitými a věcnými dávkami a příspěvky podle vyhlášky MPSV č. 182 / 1991 Sb. (ve znění pozdějších předpisů).

Při nezájmu ze strany poskytovatelů i klientů by pak obce prostředky, které by bylo možno použít na sociální hospitalizaci, přesunuly ve prospěch jiných, z hlediska požadavků občanů více vymáhaných dávek a služeb. Při tom však jde o službu, která je v současné době často nenahraditelná. Vzhledem k uvedeným okolnostem výdaje na sociální hospitalizaci za ČR i za jednotlivé kraje od roku 1998 soustavně klesají (viz graf 5).

### **Úhrada nákladů sociální hospitalizace**

V případě, že ústavní péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení je považována za sociální péči, není hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Tato problematika je řešena vyhláškou MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních (v platném znění). Finanční náklady přebírají z větší části státní orgány, zbytek hradí občan. Podle této vyhlášky, přijaté 10 let před reformou veřejné správy, byly jako zástupci státu pro hlavní část úhrady nákladů za poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení určeny okresní úřady. Vyhláška dosud nepozbyla platnosti, takže podle ní hospitalizovaný občan hradí 55 Kč denně a okresní úřad (nyní obec s rozšířenou působností) přispívá denní částkou 245 Kč. **Ačkoli od vydání vyhlášky uplynulo již 10 let, tyto částky nikdy nebyly žádným předpisem valorizovány.**

Ve vyhlášce se dále stanoví, že v případě, kdy sociální hospitalizace je poskytnuta občanu mladšímu 18 let, příslušný okresní úřad (resp. dnes obec) 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.

### **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 za bydlení a za nezbytné služby (úklid, praní a vaření) se řídí vyhláškou MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče (v platném znění), jež byla naposledy novelizována počátkem roku 2004.

V ústavu sociální péče pro dospělé občany hradí klient náklady na stravu, jež jsou stanoveny zvláštním předpisem podle § 8 odst. 1 písm. c) a d) vyhlášky MPSV č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče (v platném znění), novelizovaným rovněž počátkem roku 2004.

Občané, jimž bylo přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, hradí náklady za pomoc, která je jim poskytována z důvodu bezmocnosti. V ústavu s celoročním pobytem poskytují ústavu celou výši přiznaného měsíčního zvýšení důchodu pro bezmocnost, při týdenním pobytu v ústavu 75 procent a při denním pobytu v ústavu 50 procent částky přiznaného měsíčního zvýšení důchodu pro bezmocnost.

#### 4. Analýza situace v obcích

Pro zjištění stavu poskytování zdravotně-sociálních služeb jsme ve druhém čtvrtletí 2003 provedli dotazníkové šetření o informovanosti a názorech obcí na institut sociální hospitalizace. Dotazník jsme rozeslali do všech mimopražských obcí, neboť situace v hl. m. Praze je natolik specifická, že by vyžadovala zvláštní průzkum. Oslovili jsme 205 obcí s rozšířenou působností a vybraný vzorek z obcí ostatních. Ačkoli respondenti nebyli motivováni ničím jiným než dobrou vůlí nám pomoci, návratnost byla velmi dobrá: obdrželi jsme 91 odpovědí z obcí s rozšířenou působností a navíc 66 odpovědí z obcí ostatních.

Procentní návratnost jsme vyčíslili pouze u obcí s rozšířenou působností, které jsou ve sledované oblasti nejdůležitější. Přehled návratnosti celkem a podle krajské příslušnosti obcí je v tabulce .

V dotazníku obce odpovídaly na následující otázky:

1. Setkali jste se - v rámci vaší působnosti - s institutem sociální hospitalizace?
2. Pokud ano, kolika osobám a na jakou dobu jste v uplynulém a letošním roce tuto službu hradili?
3. Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí léčebnám dlouhodobě nemocných cca 600 Kč na lůžko a den. Jakou částku byste považovali za přiměřenou jako příspěvek vaší obce na SH?
4. Současný příspěvek klienta SH činí 55,- Kč/den, kdežto průměr platby od obyvatel v domovech důchodců je cca 170 Kč za osobu a den. Domníváte se, že platba klienta SH by měla být zvýšena na obdobnou částku?

Při hodnocení návratnosti rozeslaných dotazníků se omezujeme pouze na obce s rozšířenou působností (tabulka 3). Vidíme - při celkové návratnosti 44,4 % - výrazně nadprůměrné hodnoty u obcí kraje Pardubického, Jihomoravského a Zlínského a podstatně nižší návratnost v kraji Olomouckém, Středočeském a na Vysočině.

**T a b u l k a 3 Návratnost dotazníků: obce s rozšířenou působností podle krajů**

| kraj            | počet respondentů | počet obcí v kraji | návratnost (v %) |
|-----------------|-------------------|--------------------|------------------|
| Středočeský     | 10                | 26                 | 38,5%            |
| Jihočeský       | 8                 | 17                 | 47,1%            |
| Plzeňský        | 6                 | 15                 | 40,0%            |
| Karlovarský     | 3                 | 7                  | 42,9%            |
| Ústecký         | 8                 | 16                 | 50,0%            |
| Liberecký       | 5                 | 10                 | 50,0%            |
| Královéhradecký | 6                 | 15                 | 40,0%            |
| Pardubický      | 11                | 15                 | 73,3%            |
| Vysočina        | 5                 | 15                 | 33,3 %           |
| Jihomoravský    | 12                | 21                 | 57,1%            |
| Olomoucký       | 2                 | 13                 | 15,4%            |
| Zlínský         | 7                 | 13                 | 53,8%            |
| Moravskoslezský | 8                 | 22                 | 36,4%            |
| <b>celkem</b>   | <b>91</b>         | <b>205</b>         | <b>44,4%</b>     |

## Otázka 1

### Setkali jste se - v rámci vaší působnosti - s institutem sociální hospitalizace?

V odpovědích na první otázku se odrazila určitá nejednoznačnost v jejím chápání: některé obce ji chápaly v obecném smyslu jako „znáte institut sociální hospitalizace“, kdežto jiné konkrétněji jako poskytovanou službu konkrétním klientům. Nicméně i tak se v odpovědích na první otázku odrážejí některé zajímavé údaje.

**T a b u l k a 4 Informovanost podle působnosti**

| Setkali jste se s institutem sociální hospitalizace? | ano | ne | bez odpovědi | celkem |
|--|-----|----|--------------|--------|
| obce s rozšířenou působností                         | 54  | 29 | 8            | 91     |
| obce ostatní   | 18  | 30 | 18           | 66     |
| celkem   | 72  | 59 | 26           | 157    |

Především zaráží, že celá třetina obcí s rozšířenou působností odpovídala na otázku č. 1 záporně, což může být dáno i určitou nejednoznačností formulace otázky (obce, které převzaly v této oblasti kompetence okresních úřadů, mohou být o možnosti SH teoreticky informovány, i když ji ještě v praxi neposkytly). Nicméně z tabulky 3 vidíme zcela jasně, že znalost problematiky i ochota odpovídat je lepší u obcí s rozšířenou působností, což nepřekvapuje, neboť tyto obce do značné míry převzaly úlohu bývalých okresních úřadů, které do roku 2002 sociální hospitalizaci zajišťovaly.

Z celkového počtu 157 odpovědí bylo 72 (46 %) odpovědí kladných, 59 (38 %) záporných a 26 obcí (17 %) na tuto otázku vůbec neodpovědělo nebo odpověděly jinak (např.: „jde o neřešitelný problém“, „SH se naší obce netýká, protože v místě je domov důchodců“, „SH jsme neřešili, protože vždycky se našla zdravotní indikace k ponechání pacienta v nemocnici“, „nezájem občanů, protože za lůžko SH by museli platit“). Lze uzavřít, že možnost sociální hospitalizace je obcím s rozšířenou působností i obcím ostatním dobře známa a známo je i úskalí, na něž naráží její poskytování. Zajímavé je pak i sledování četnosti odpovědí podle krajů (tabulka 5)

**T a b u l k a 5 Informovanost obcí podle krajů a výdaje na SH v tis. Kč**

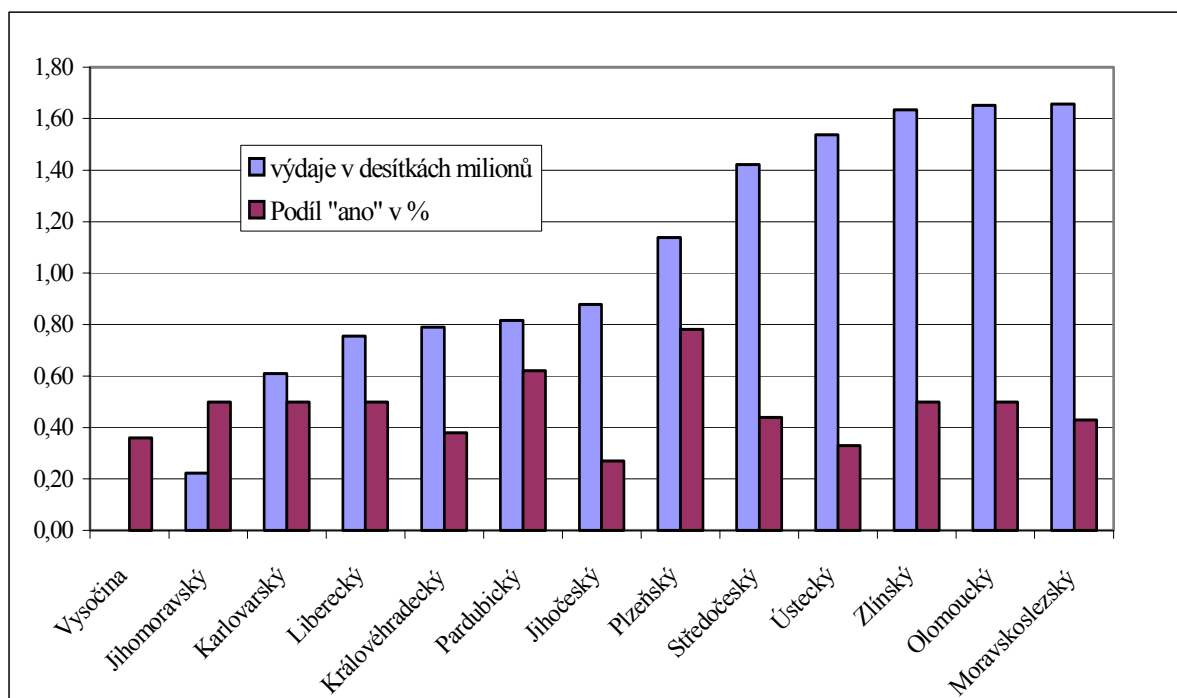
| kraj  | ano, setkaly se | nesetkaly se | neodpověděly | počet obcí - respondentů celkem | podíl odpovědi „ano“ | výdaje za 1997-2003 v tis. Kč |
|---|-----------------|--------------|--------------|---------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Středočeský                                 | 7               | 5            | 4            | 16                              | 44%                  | 14 213,49                     |
| Jihočeský                                   | 3               | 4            | 4            | 11                              | 27%                  | 8 781,06                      |
| Plzeňský                                    | 7               | 1            | 1            | 9                               | 78%                  | 11 394,32                     |
| Karlovarský                                 | 4               | 2            | 2            | 8                               | 50%                  | 6 097,47                      |
| Ústecký                                     | 5               | 6            | 4            | 15                              | 33%                  | 15 357,41                     |
| Liberecký                                   | 4               | 3            | 1            | 8                               | 50%                  | 7 538,85                      |
| Královéhradecký                             | 6               | 7            | 3            | 16                              | 38%                  | 7 896,69                      |
| Pardubický                                  | 8               | 4            | 1            | 13                              | 62%                  | 8 160,73                      |
| Vysočina                                    | 4               | 6            | 1            | 11                              | 36%                  | 6,86                          |
| Jihomoravský                                | 10              | 9            | 1            | 20                              | 50%                  | 2 228,6                       |
| Olomoucký                                   | 2               | 2            | 0            | 4                               | 50%                  | 16 565,46                     |
| Zlínský                                     | 6               | 5            | 1            | 12                              | 50%                  | 16 513,95                     |
| Moravskoslezský                             | 6               | 5            | 3            | 14                              | 43%                  | 23 142,18                     |
| <b>celkem<sup>1</sup> (bez hl.m. Prahy)</b> | <b>72</b>       | <b>59</b>    | <b>26</b>    | <b>157</b>                      | <b>46%</b>           | <b>13 7897,07</b>             |

*Prameny: sloupec 1-5 anketární šetření, sloupec 6 údaje MF*

<sup>1</sup> V působnosti Magistrátu hl. m. Prahy bylo za léta 1997-2003 na sociální hospitalizaci vydáno celkem 16 343,58 tis. Kč, takže suma za celou českou republiku činila 154 240,65 tis. Kč.

Zajímavé je, že podíl odpovědí „ano“ (z celkového počtu respondentů v kraji) nijak nesouvisí se zájmem o tuto sociální službu za posledních pět let, jak je patrný z výdajů v tis. Kč. Ačkoli výdaje v kraji Olomouckém, Zlínském a Severomoravském byly silně nadprůměrné, v zájmu obcí odpovídat na náš dotazník se to neprojevovalo. Naproti tomu v kraji Vysočina, kde výdaje byly prakticky zanedbatelné, je podíl kladných odpovědí pouze o 10 procentních bodů pod průměrem.

**G r a f 6 Výdaje na SH 1997-2003 v desítkách milionů a podíl odpovědí „ano“ v %**



Výše výdajů na SH podle krajů je zpracována podle údajů Ministerstva financí o příjmech a výdajích státního rozpočtu za rok 2003 (paragraf : 4315 - Sociální hospitalizace, položka: 5169 - Nákup ostatních služeb) podle území bývalých okresů. Při zjišťování příčin odlišností ve výši výdajů na sociální hospitalizaci jsme se ve výzkumu setkali 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.

Při ověřování těchto příčin nebyl však zjištěn korelační vztah ani k míře nezaměstnanosti v tom kterém regionu ani k počtu disponibilních lůžek v domovech důchodců. Různá regionální míra využívání sociální hospitalizace bude tedy zřejmě záviset spíše než na statistických ukazatelích na ochotě nemocnic uvedenou péči poskytnout, případně na konkrétním vztahu bývalého okresního úřadu a vedení okresní nemocnice.

**Tabulka 6 Informovanost: obce podle velikosti**

| všechny obce podle velikosti | Setkali jste se s institutem sociální hospitalizace? |           |              |            | podíl odpovědí „ano“ (%) |
|------------------------------|--|-----------|--------------|------------|--------------------------|
|                              | ano  | ne        | bez odpovědi | celkem     |                          |
| do 1 999                     | 1  | 3         | 1            | 5          | 20 %                     |
| 2 000-4 999                  | 14   | 18        | 12           | 44         | 32 %                     |
| 5 000-9 999                  | 20   | 19        | 5            | 44         | 45 %                     |
| 10 000-19 000                | 20   | 11        | 2            | 33         | 61 %                     |
| 20 000-49 999                | 10   | 5         | 2            | 17         | 59 %                     |
| 50 000-99 999                | 5  | 3         | 4            | 12         | 42 %                     |
| nad 100 000                  | 2  | 0         | 0            | 2          | 100 %                    |
| <b>celkem</b>                | <b>72</b>  | <b>59</b> | <b>26</b>    | <b>157</b> | <b>46 %</b>              |

## Otázka 2

### Kolika osobám a na jakou dobu jste v uplynulém a letošním roce tuto službu hradili?

Při hodnocení odpovědí na tuto otázku jsme narazili na obdobný problém jako D. Hacaperková, která v článku „K poskytování dávek sociální péče obecními úřady obcí s rozšířenou působností“ uvádí, že některé obecní úřady „neposkytly na jednotlivé otázky jednoznačnou a srozumitelnou odpověď a v řadě případů nebylo možno ani závěr vyvodit z odpovědi na další otázky, popř. odpověď zcela chyběla“.

Vzhledem k tomu, že náš průzkum byl prováděn v průběhu roku 2003, omezuje se časová hranice získaných odpovědí pouze na prvé pololetí roku 2003. V odpovědi na druhou otázku pouze 17 obcí s rozšířenou působností uvedlo, že v prvním pololetí roku 2003 poskytly sociální hospitalizaci, a to celkem 129 klientům.

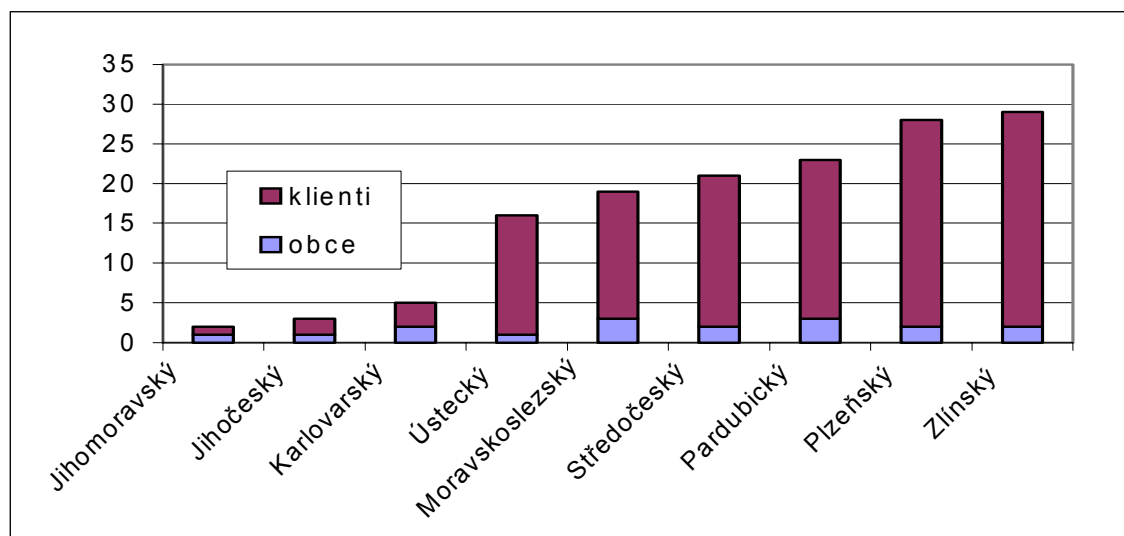
**Tabulka 7 Počet obcí, které do 1.7.2003 poskytly sociální hospitalizaci, a počet klientů, jimž byla poskytnuta**

| kraj            | počet obcí | klienti    |
|-----------------|------------|------------|
| Jihomoravský    | 1          | 1          |
| Jihočeský       | 1          | 2          |
| Karlovarský     | 2          | 3          |
| Ústecký         | 1          | 15         |
| Moravskoslezský | 3          | 16         |
| Středočeský     | 2          | 19         |
| Pardubický      | 3          | 20         |
| Plzeňský        | 2          | 26         |
| Zlínský         | 2          | 27         |
| <b>celkem</b>   | <b>17</b>  | <b>129</b> |

*Pramen: anketární šetření VÚPSV*

Odpovědi na otázku 2 byly velmi útržkovité a k reprezentativnosti měly daleko, nicméně je z nich patrné, že sociální hospitalizace se v roce 2003 velkému zájmu obcí netěšila. To se odráží i v klesajících výdajích na sociální hospitalizaci za ČR celkem i podle jednotlivých krajů. Pramenem jsou údaje Ministerstva financí, takže data jsou mnohem důvěryhodnější než pouhé anketární šetření. Přesné srovnání údajů v tabulce 4 a grafu 4 s následujícími údaji v tabulce 5 pochopitelně není možné, neboť jde o jiný zdroj dat a jiné jednotky, nicméně porovnání ukazuje přetrvávající regionální tendence: vyšší zájem o SH na Zlínsku, malý nebo žádný na Vysočině a jižní Moravě.

**Graf 7 Počet klientů SH a počet obcí, které ji poskytly (stav k 1.7.2003)**



*Pramen: anketární šetření VÚPSV*

Přehled vývoje výdajů za sociální hospitalizaci za ČR celkem a podle krajů je patrný z tabulky 8 a z grafů 5, 8 a 9.

**T a b u l k a 8 Výdaje na sociální hospitalizaci 1997-2003 podle krajů v tis. Kč**

| kraj<br>rok  | Praha            | Středočeský      | Jihočeský       | Plzeňský         | Karlovarský     | Ústecký          | Liberecký       |
|--------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| 1997         | 1 107,4          | 1 931,13         | 691,37          | 2 882,68         | 207,87          | 2 414,99         | 17,75           |
| 1998         | 2 744,38         | 1 484,96         | 215,61          | 2 192,4          | 809,24          | 5 394,62         | 993,61          |
| 1999         | 2 556,79         | 1 460,45         | 904,99          | 1 640,93         | 1 596,18        | 2 890,57         | 2 845,44        |
| 2000         | 2 864,15         | 1 767,69         | 1 900,67        | 1 303,16         | 1 521,95        | 1 362,81         | 2 640,59        |
| 2001         | 2 620,4          | 2 675,15         | 2 389,59        | 1 110,35         | 1 029,25        | 1 155,07         | 985,24          |
| 2002         | 2 238,56         | 2 364,16         | 1 619,87        | 1 458,74         | 439,29          | 1 362,94         | 56,22           |
| 2003         | 2 211,9          | 2 529,95         | 1 058,96        | 806,06           | 493,69          | 776,41           | 0               |
| <b>97-03</b> | <b>16 343,58</b> | <b>14 213,49</b> | <b>8 781,06</b> | <b>11 394,32</b> | <b>6 097,47</b> | <b>15 357,41</b> | <b>7 538,85</b> |

| kraj<br>rok  | Králové-<br>hradecký | Pardubický      | Vysočina    | Jiho-<br>moravský | Olomoucký        | Zlínský          | Moravsko-<br>slezský |
|--------------|----------------------|-----------------|-------------|-------------------|------------------|------------------|----------------------|
| 1997         | 3 067,65             | 1 467,8         | 0           | 769,84            | 4 141,23         | 3 790,61         | 3 295,15             |
| 1998         | 2 724,66             | 1 097,84        | 0           | 472,44            | 3 699,75         | 3 903,78         | 5026,3               |
| 1999         | 2 091,81             | 768,08          | 0           | 682,14            | 2 238,57         | 2 037,76         | 4 509,16             |
| 2000         | 0,9                  | 1 004,51        | 6,86        | 248,68            | 2 692,31         | 2 165,67         | 4 603,71             |
| 2001         | 0                    | 1 394,05        | 0           | 11,52             | 1 418,06         | 1 870,41         | 2 468,39             |
| 2002         | 0                    | 1 638,08        | 0           | 35,65             | 871,71           | 1 805,16         | 1 222,07             |
| 2003         | 11,67                | 790,37          | 0           | 8,33              | 1 503,83         | 940,56           | 2017,4               |
| <b>97-03</b> | <b>7 896,69</b>      | <b>8 160,73</b> | <b>6,86</b> | <b>2 228,6</b>    | <b>16 565,46</b> | <b>16 513,95</b> | <b>23 142,18</b>     |

*Pramen: údaje Ministerstva financí*

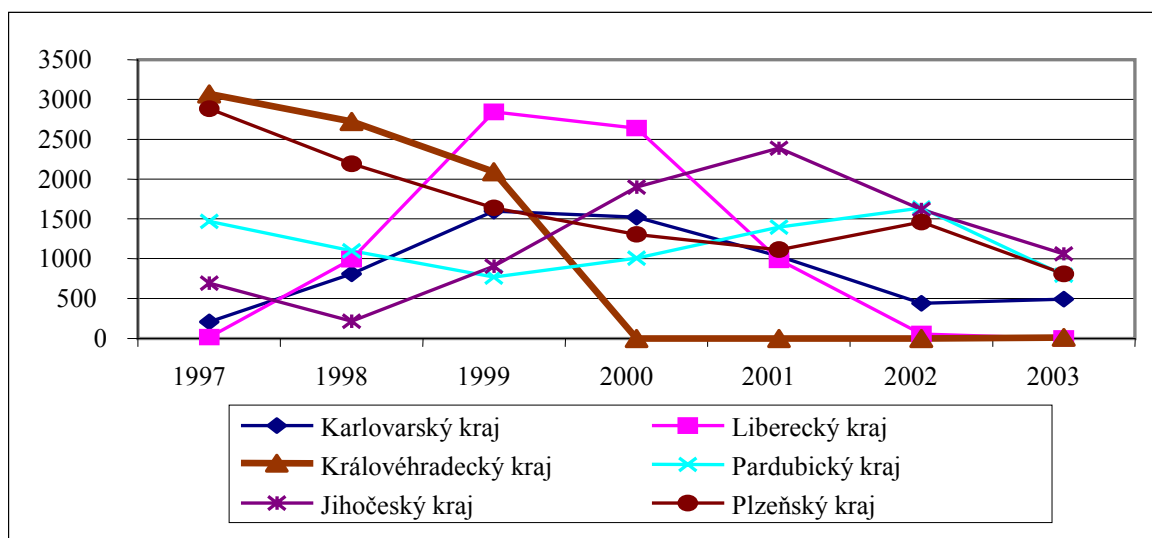
Z grafu 5 je vidět výrazný pokles výdajů na sociální hospitalizaci za ČR celkem: z více než 30 milionů Kč v roce 1998 na méně než 15 v roce 2003. Tento pokles byl všeobecný ve všech krajích. Pro přehlednost jsme pro zařazení do grafů 8 a 9 kraje rozdělili do dvou skupin: v grafu 8 je znázorněn vývoj výdajů v šesti krajích, kde výdaje na SH byly



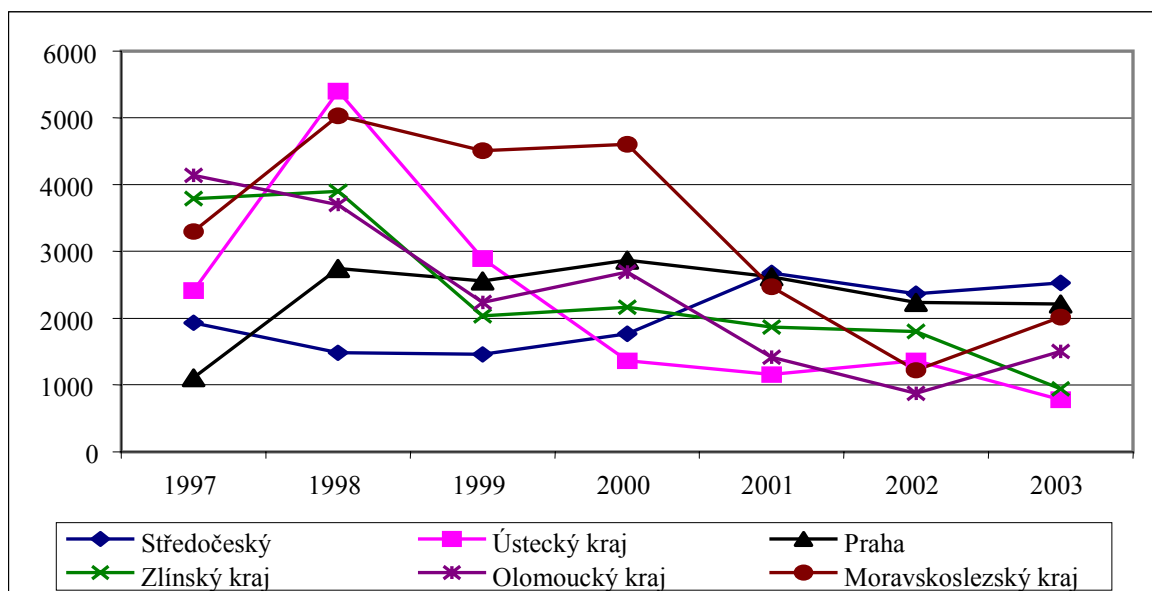
relativně nízké a v grafu 9 vývoj výdajů v šesti krajích s vyššími výdaji. Kraj Jihomoravský a Vysočinu jsme do grafů nezařadili, neboť výdaje zde byly extrémně nízké.

Z grafů je vidět, že k poklesu došlo zejména v krajích, kde výdaje byly už od počátku relativně nízké (graf 8) - např. v Královéhradeckém kraji není od roku 2000 možnost sociální hospitalizace vůbec využívána. Naproti tomu ve skupině krajů s vyššími výdaji (graf 9) vidíme výraznější pokles pouze ve dvou krajích (Ústeckém a Zlínském) a naproti tomu výdaje v Praze a Středočeském kraji jsou poměrně stabilní. V kraji Moravskoslezském a Olomouckém došlo v roce 2003 (proti roku 2002) dokonce k vzestupu. Výdaje na 1 obyvatele podle krajů jsou uvedeny v posledním sloupci tabulky 12.

**G r a f 8 Vývoj výdajů na SH - kraje s nízkými výdaji**



**G r a f 9 Vývoj výdajů na SH - kraje s vyššími výdaji**



### Otázka 3

**Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí léčebnám dlouhodobě nemocných cca 600 Kč na lůžko a den. Jakou částku byste považovali za přiměřenou jako příspěvek vaší obce na SH?**

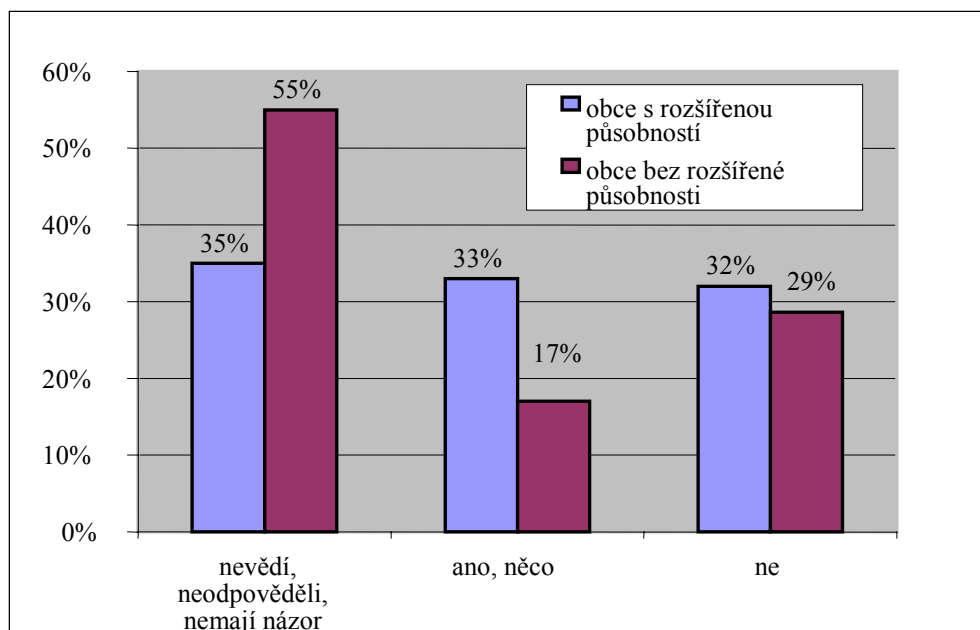
Odpovědi na třetí otázku jsou shrnuty v tabulce 9 - 12 podle působnosti obcí, jejich velikosti a regionálního začlenění. Data tabulky 9 jsou znázorněna v procentním vyjádření na grafu 10.

**T a b u l k a 9 Mají obce přispívat na sociální hospitalizaci?**

|                              | ano | ne | bez odpovědi | celkem |
|------------------------------|-----|----|--------------|--------|
| obce s rozšířenou působností | 30  | 30 | 31           | 91     |
| obce ostatní                 | 11  | 19 | 36           | 66     |
| celkem                       | 41  | 49 | 67           | 157    |

Na otázku, zda mají obce na sociální hospitalizaci přispívat a kolik, nemá názor více než polovina obcí bez rozšířené působnosti - svou odpověď zdůvodnily tím, že SH není v jejich kompetenci a že tedy žádný příspěvek nepřipadá v úvahu. Zarážející však je, že stejný názor zastává více než třetina obcí s rozšířenou působností, které by měly SH řešit. Třetina obcí s rozšířenou působností zastává názor, že obec by na SH vůbec přispívat neměla, neboť podle jejich názoru „SH je věcí kraje jakožto zřizovatele domovů důchodců“ „SH by měl financovat stát spolu s VZP“, „obec s rozšířenou působností nemůže hradit SH obyvatelům spádových obcí“ a vyskytl se dokonce názor, že by bylo opět třeba „zřídit něco jako institut domovské obce, která by o svého obyvatele pečovala od narození do smrti“.

**G r a f 10 Odpovědi na otázku: Mají obce přispívat na sociální hospitalizaci?**



Názory na přiměřenou výši příspěvku se značně rozcházejí. Třetina obcí s rozšířenou působností a necelá pětina obcí ostatních doporučuje „alespoň nějaký“ příspěvek obce na SH, a to v rozmezí od méně než 100 do cca 600 Kč. Pouze 1 obec navrhuje platbu ve výši 1 200 - 1 400 Kč za lůžko a den (jde o bývalé sídlo okresního úřadu, který v roce 2002 hradil pouze 1 případ SH, plně refundovaný se státního rozpočtu). Některé obce se vyjádřily slovně: „jako VZP“ nebo „jako v domově důchodců“ či „ve výši životního minima“, „obec by měla hradit

rozdíl mezi nutnými náklady na lůžko a příjmem žadatele“. Tyto názory jsou v tabulce 10 pod hlavičkou „jinak“.

**T a b u l k a 10 Názory obcí na přiměřenou výši příspěvku obce**

|                              | do 100 Kč | 101-244  | 245 a více | jinak     | celkem    |
|------------------------------|-----------|----------|------------|-----------|-----------|
| obce s rozšířenou působností | 6         | 6        | 12         | 6         | 30        |
| obce ostatní                 | 5         | 1        | 1          | 4         | 11        |
| <b>celkem</b>                | <b>11</b> | <b>7</b> | <b>13</b>  | <b>10</b> | <b>41</b> |

**T a b u l k a 11 Názory obcí na příspěvek obce na SH - obce podle velikosti**

| všechny obce podle velikosti | Mají obce přispívat na sociální hospitalizace? |           |              |            |
|------------------------------|--|-----------|--------------|------------|
|                              | ano  | ne        | bez odpovědi | celkem     |
| do 1 999                     | 1  | 1         | 3            | 5          |
| 2 000-4 999                  | 9  | 12        | 23           | 44         |
| 5 000-9 999                  | 10   | 15        | 19           | 44         |
| 10 000-19 000                | 10   | 11        | 12           | 33         |
| 20 000-49 999                | 6  | 6         | 6            | 17         |
| 50 000-99 999                | 4  | 4         | 4            | 12         |
| nad 100 000                  | 2  | 0         | 0            | 2          |
| <b>celkem</b>                | <b>41</b>                                      | <b>49</b> | <b>67</b>    | <b>157</b> |

**T a b u l k a 12 Názory obcí na příspěvek obce na SH - všechny obce podle krajů**

| kraj  | Mají obce přispívat na sociální hospitalizace? |           |              | počet obcí - respondentů celkem | podíl odpovědi „ano“ | výdaje za 1997-2003 na 1 obyvatele v Kč |
|---|--|-----------|--------------|---------------------------------|----------------------|---|
|   | ano  | ne        | bez odpovědi |                                 |                      |   |
| Středočeský   | 3  | 5         | 8            | 16                              | 19%                  | 12,59                                   |
| Jihočeský   | 3  | 1         | 7            | 11                              | 27%                  | 14,05                                   |
| Plzeňský  | 3  | 4         | 2            | 9                               | 33%                  | 20,75                                   |
| Karlovarský   | 2  | 4         | 2            | 8                               | 25%                  | 20,06                                   |
| Ústecký   | 5  | 4         | 6            | 15                              | 33%                  | 18,73                                   |
| Liberecký   | 2  | 4         | 2            | 8                               | 25%                  | 17,66                                   |
| Královéhradecký                                       | 5  | 3         | 8            | 16                              | 31%                  | 14,41                                   |
| Pardubický  | 3  | 5         | 5            | 13                              | 23%                  | 16,13                                   |
| Vysočina  | 3  | 2         | 6            | 11                              | 27%                  | 0,01                                    |
| Jihomoravský  | 3  | 10        | 7            | 20                              | 15%                  | 1,99                                    |
| Olomoucký   | 0  | 1         | 3            | 4                               | 0%                   | 26,01                                   |
| Zlínský   | 3  | 3         | 6            | 12                              | 25%                  | 27,85                                   |
| Moravskoslezský                                       | 6  | 3         | 5            | 14                              | 43%                  | 18,32                                   |
| <b>celkem<sup>2</sup></b><br><b>(bez hl.m. Prahy)</b> | <b>41</b>                                      | <b>49</b> | <b>67</b>    | <b>157</b>                      | <b>26%</b>           | <b>15,25</b>                            |

Tabulka 11 poskytuje podobný obraz jako tabulka 9 a graf 10. U větších obcí, což jsou většinou obce s rozšířenou působností, je rozložení odpovědí rovnoměrně rozděleno mezi tři nabídnuté možnosti, zatímco menší obce častěji nechávají uvedenou otázku bez odpovědi.

<sup>2</sup> V působnosti Magistrátu hl. m. Prahy bylo za léta 1997-2003 na sociální hospitalizaci vydáno 14,07 Kč na jednoho obyvatele, za celou Českou republiku činila tato částka 15,12 Kč.

Odpovědi obcí na otázku č. 3 se podle krajů (tabulka 12) příliš neliší. S výjimkou kraje Jihomoravského a Olomouckého se podíl kladných odpovědí na otázku 3 pohybuje mezi čtvrtinou až třetinou respondentů. Pouze v kraji Moravskoslezském, kde absolutní objem výdajů na SH je v celé ČR největší (viz graf 6), přesahuje podíl kladných odpovědí dvě pětiny. Stejně jako u otázky 1 (Setkali jste se - v rámci vaší působnosti - s institutem sociální hospitalizace?) zpracované v tabulkách 3 - 5 ani zde nebylo možno vysledovat žádnou souvislost mezi podílem kladných odpovědí a výší výdajů na SH, které jsme zde - na rozdíl od tabulky 3 - přepočítali na 1 obyvatele.

#### Otázka 4

**Současný příspěvek klienta SH činí 55,- Kč den, kdežto průměr platby od obyvatel v domovech důchodců je cca 170 Kč za osobu a den. Domníváte se, že platba klienta SH by měla být zvýšena na obdobnou částku?**

Odpovědi na otázku, zda by občan měl více přispívat, se výrazně liší od odpovědí na předchozí otázku o příspěvku obce: zatímco téměř tři čtvrtiny respondentů se domnívají, že obce by na SH přispívat neměly anebo nechávají otázku bez odpovědi, dvě třetiny respondentů vyjadřují názor, že klienti by nejenže měli na SH přispívat, ale jejich příspěvek by měl být zvýšen. Zajímavé je, že za zvýšení příspěvku se přimlouvají i ty obce, které v dotazníku uvedly, že se sociální hospitalizací se dosud nesetkaly (viz tabulka 16, kde podíl odpovědí „ano“ na otázku 4 je vyšší než podíl odpovědí „ano“ na otázku 1).

Odpovědi na otázku 4 jsou - stejně jako u otázky předchozí - různé u obcí s rozšířenou působností a obcí ostatních (tabulka 13, graf 11), přičemž u obou skupin obcí je podíl kladných odpovědí daleko vyšší než u otázky 3. Respondenti jsou si vědomi, že příspěvek občana nebyl deset let valorizován, zatímco ostatní sociální dávky rostly. Většina (3/4) obcí s rozšířenou působností se domnívá, že příspěvek klienta by měl být zvýšen, a to zhruba na úroveň platby v domově důchodců nebo v ústavu sociální péče. 26 respondentů tuto výši platby uvádí výslovně, avšak dalších 10 respondentů je toho názoru, že platba klienta by sice zvýšena být měla, ale na úroveň o něco nižší (konkrétně na denní částku od 100 do 170 Kč). Nižší platbu než v domově důchodců zdůvodňují tím, že v domovech je - oproti nemocnici - větší pohodlí a zajištěný program.

Někteří z respondentů požadujících zvýšení plateb však projevují obavu, aby zvýšená platba za SH neznemožnila klientovi platit doma nájem („držet si byt“) a aby se měl z nemocnice kam vrátit. Situaci doporučují řešit buď sociální dávkou z titulu sociální potřeby nebo spoluúčastí ostatních členů rodiny.

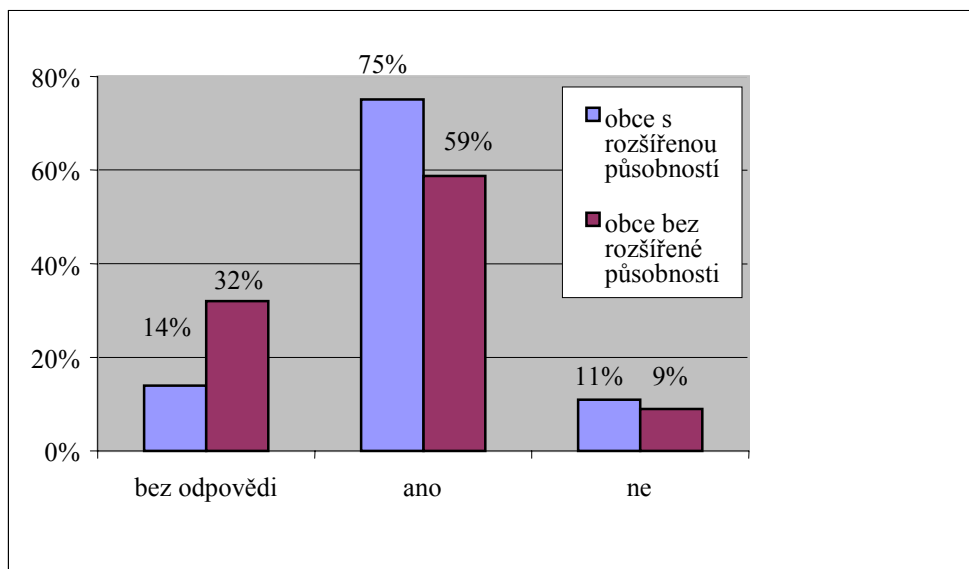
Z respondentů, kteří nevyjádřili jasné stanovisko, většina argumentuje tím, že „poplatek by neměl být stanoven paušálně, ale měl by respektovat příjem a sociální situaci klienta“ a „financování by mělo být vícezdrojové“.

#### **T a b u l k a 13 Měla by být zvýšena platba klienta za SH?**

|                              | ano | ne | bez odpovědi | celkem |
|------------------------------|-----|----|--------------|--------|
| obce s rozšířenou působností | 68  | 10 | 13           | 91     |
| obce ostatní                 | 41  | 4  | 21           | 66     |
| celkem                       | 109 | 14 | 34           | 157    |

Mnohé obce také navrhují „přihlédnout k sociální situaci pacienta“. Pouhá desetina obcí se přimlouvá za to, aby příspěvek byl ponechán v dosavadní výši - svůj názor zdůvodňují tím, že „za zdravotní péči se přece neplatí“ a že „i platba 55,- Kč klienty odrazuje“.

**Graf 11 Odpovědi na otázku: Má být dosavadní příspěvek klienta zvýšen?**



**T a b u l k a 14 Názory obcí na zvýšení plateb klientů SH - všechny obce podle velikosti**

| všechny obce podle velikosti | Měla by být zvýšena platba klienta za SH? |           |              |            |
|------------------------------|---|-----------|--------------|------------|
|                              | ano                                       | ne        | bez odpovědi | celkem     |
| do 1 999                     | 3   | 0         | 2            | 5          |
| 2 000-4 999                  | 24  | 4         | 16           | 44         |
| 5 000-9 999                  | 34  | 4         | 6            | 44         |
| 10 000-19 000                | 25  | 4         | 4            | 33         |
| 20 000-49 999                | 12  | 1         | 4            | 17         |
| 50 000-99 999                | 10  | 0         | 2            | 12         |
| nad 100 000                  | 1   | 1         | 0            | 2          |
| <b>celkem</b>                | <b>100</b>                                | <b>14</b> | <b>34</b>    | <b>157</b> |

Názory na zvýšení plateb klientů podle velikosti obcí dávají podobný obrázek jako názory obcí podle působnosti: větší obce se více přiklánějí k tomu, aby platby byly zvýšeny, menší obce (do 5 000 obyvatel) nemají názor.

V členění podle krajů se za zvýšení plateb klientů nejvíce přimlouvají obce z Liberecka, Ústecka a ze severní Moravy. Nižší podíl kladných odpovědí je v kraji Jihočeském, Plzeňském a Karlovarském.

**T a b u l k a 15 Názory obcí na zvýšení plateb klientů SH - všechny obce podle krajů**

| kraj                            | Měla by být zvýšena platba klienta za SH? |           |              | počet obcí - respondentů celkem | podíl odpovědí „ano“ |
|---------------------------------|---|-----------|--------------|---------------------------------|----------------------|
|                                 | ano                                       | ne        | bez odpovědi |                                 |                      |
| Středočeský                     | 10  | 3         | 3            | 16                              | 63%                  |
| Jihočeský                       | 5   | 2         | 4            | 11                              | 45%                  |
| Plzeňský                        | 6   | 2         | 1            | 9                               | 67%                  |
| Karlovarský                     | 4   | 0         | 4            | 8                               | 50%                  |
| Ústecký                         | 12  | 1         | 2            | 15                              | 80%                  |
| Liberecký                       | 7   | 0         | 1            | 8                               | 88%                  |
| Královéhradecký                 | 12  | 1         | 3            | 16                              | 75%                  |
| Pardubický                      | 9   | 1         | 3            | 13                              | 69%                  |
| Vysočina                        | 8   | 0         | 3            | 11                              | 73%                  |
| Jihomoravský                    | 13  | 3         | 4            | 20                              | 65%                  |
| Olomoucký                       | 3   | 0         | 1            | 4                               | 75%                  |
| Zlínský                         | 9   | 0         | 3            | 12                              | 75%                  |
| Moravskoslezský                 | 11  | 1         | 2            | 14                              | 79%                  |
| <b>celkem (bez hl.m. Prahy)</b> | <b>109</b>                                | <b>14</b> | <b>34</b>    | <b>157</b>                      | <b>69%</b>           |

Celkové shrnutí výsledků anketárního šetření uvádíme v tabulce 16. Nejvíce souhlasných odpovědí je na otázku, zda má být zvýšena platba klienta za sociální hospitalizaci.

**T a b u l k a 16 Odpovědi na otázky anketního šetření v obcích (v %)**

|  | ano | ne  | bez odpovědi |
|--|-----|-----|--------------|
| 1. Setkali jste se s institutem sociální hospitalizace ? | 46% | 38% | 17%          |
| 2. Hradili jste v letech 2002-3 sociální hospitalizaci?  | 11% | 73% | 17%          |
| 3. Mají obce přispívat na SH?                            | 26% | 31% | 43%          |
| 4. Má být zvýšena platba klienta?                        | 64% | 9%  | 22%          |

Zajímavé je, že na otázku „Má být zvýšena platba klienta?“ vyjadřovaly svůj názor i obce, které na otázku, zda se setkaly s institutem sociální hospitalizace, odpovídaly záporně<sup>3</sup>. Přehled odpovědí na otázku 3 a 4 ve vztahu k odpovědím na otázku 1 je uveden v tabulce 16, procentní vyjádření pak v tabulce 17.

Z celkového počtu 109 obcí, které se domnívají, že příspěvek klienta by měl být zvýšen, pouze 57 obcí (tj. o málo více než polovina) uvedlo, že se setkaly se sociální hospitalizací. Názorně jsou podíly jednotlivých odpovědí patrný z tabulky 18 (100 % = počet odpovědí „setkaly se - ano/ne/neodpověděli/celkem“ viz řádek 4 a 8 v tabulce 16)

Z tabulky 18 vidíme, že se zvýšením příspěvku klienta souhlasí 79 % obcí z těch, které uvedly, že se se sociální hospitalizací již setkaly (v absolutním vyjádření 57 obcí ze 72). Souhlasné stanovisko však vyjádřilo i 73 % obcí, které se se SH neselekaly (v absolutním vyjádření 43 obcí z 59). Stanovisko zde zřejmě vyplývá spíše z logické úvahy než z praktické zkušenosti.

<sup>3</sup> To je zřejmě dáno nejednoznačností první otázky - viz výše.

**Tabulka 17 Odpovědi na otázku 3 a 4 ve vztahu k odpovědím na otázku 1**

|                                 | Setkaly se (otázka 1) |     |    |              |        |
|---------------------------------|-----------------------|-----|----|--------------|--------|
|                                 |                       | ano | ne | neodpověděly | celkem |
| úhrada<br>obce                  | ano                   | 25  | 13 | 3            | 41     |
|                                 | ne                    | 28  | 18 | 3            | 49     |
|                                 | neodpověděly          | 19  | 28 | 20           | 67     |
|                                 | celkem                | 72  | 59 | 26           | 157    |
| zvýšení<br>příspěvku<br>klienta | ano                   | 57  | 43 | 9            | 109    |
|                                 | ne                    | 10  | 4  | 0            | 14     |
|                                 | neodpověděly          | 5   | 12 | 17           | 34     |
|                                 | celkem                | 72  | 59 | 26           | 157    |

**Tabulka 18 Tabulka 17 v procentním vyjádření**

|            |              | úhrada | zvýšení | úhrada | zvýšení | 100% =<br>(počet obcí) |
|------------|--------------|--------|---------|--------|---------|------------------------|
|            |              | ano    | ano     | ne     | ne      |                        |
| setkaly se | ano          | 35%    | 79%     | 39%    | 14%     | 72                     |
|            | ne           | 22%    | 73%     | 31%    | 7%      | 59                     |
|            | neodpověděly | 12%    | 35%     | 12%    | 0%      | 26                     |
|            | celkem       | 26%    | 69%     | 31%    | 9%      | 157                    |

## 5. Lůžková kapacita následné a ošetrovatelské péče a úhrada SH z hlediska nákladů zdravotnických zařízení

Podle metodického opatření Ministerstva zdravotnictví č. 12 ze září 1998 akutní lůžková péče je poskytována v nemocnicích (na lůžkách) akutní péče po dobu nutnou k provedení nezbytných ošetření a vyšetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu vyžadující zahájení intenzivní péče, tj. do doby, než lze další zdravotní péči poskytovat ambulantně nebo v lůžkovém zařízení poskytujícím následnou zdravotní péči.

Statistické údaje o lůžkovém fondu nemocnic v ČR ukazují<sup>4</sup>, že lůžková kapacita nemocnic klesá v posledních letech jen velmi pozvolna (proti roku 2002 úbytek jen o 176 lůžek), dlouhodobě však klesá počet akutních lůžek ve prospěch lůžek následné a ošetrovatelské péče (v dalším NO lůžka).

**T a b u l k a 19 Lůžka ošetrovatelské a následné péče v nemocnicích (mimo LDN)**

| rok                              | 2001      |           | 2002      |           | 2003      |           |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| počet lůžek v nemocnicích celkem | 66 818    |           | 66 668    |           | 66 492    |           |
| z toho:                          | absolutně | podíl v % | absolutně | podíl v % | absolutně | podíl v % |
| ošetrovatelská péče              | 2 659     | 4,0%      | 2 804     | 4,2%      | 5 906     | 8,9%      |
| následná péče                    | 1 719     | 2,6%      | 1 771     | 2,7%      |           |           |
| sociální hospitalizace           | 80        | 0,1%      | 80        | 0,1%      |           |           |
| celkem                           | 4 458     | 6,7%      | 4 655     | 7,0%      |           |           |
| geriatrie                        | 589       | 0,9%      | 589       | 0,9%      | 611       | 0,9%      |
| celkem                           | 5 047     | 7,6%      | 5 244     | 7,9%      | 6 517     | 9,8%      |

Průměrná ošetrovací doba na lůžku akutní péče je ale mnohem kratší než na lůžku následné a ošetrovatelské péče a stále se zkracuje. Zatímco pacient na akutním lůžku se léčí asi týden, pobyt na lůžku následné péče je zhruba šestkrát delší.

**T a b u l k a 20 Průměrná ošetrovací doba (počet dnů)**

|                                    | 2001 | 2002 | 2003 |
|------------------------------------|------|------|------|
| akutní lůžka (vč. novorozeneckých) | 7,9  | 7,7  | 7,6  |
| lůžka následné péče                | 42,2 | 42,7 | 44,3 |

*Pramen: Aktuální informace ÚZIS 9/2003 a 9/2004*

Kromě lůžek ošetrovatelské a následné péče v nemocnicích, které jinak poskytují převážně akutní péči, existují specializované léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), jejichž zaměření je výhradně ošetrovatelské.

**T a b u l k a 21 Počet LDN<sup>5</sup> a jejich lůžkový fond**

|                                | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| počet LDN <sup>5</sup>         | 79    | 74    | 74    | 75    | 77    | 80    | 76    |
| počet lůžek v LDN <sup>5</sup> | 6 415 | 5 995 | 6 413 | 6 713 | 7 202 | 7 438 | 7 285 |

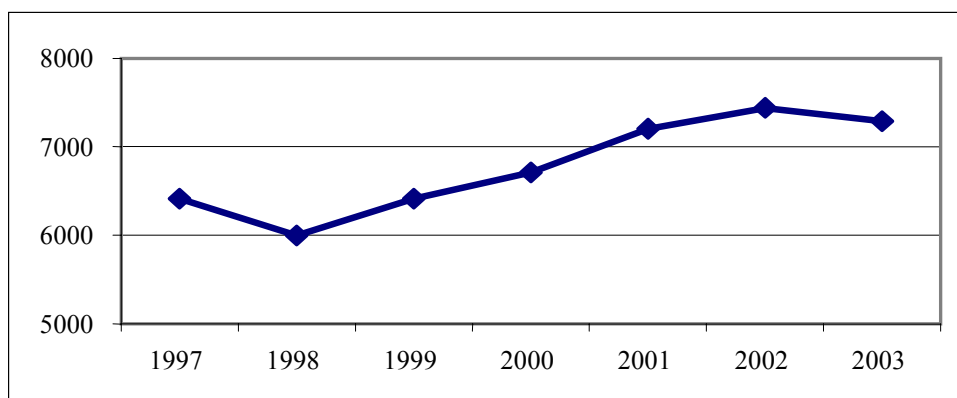
*Pramen: Aktuální informace ÚZIS*

<sup>4</sup> viz Aktuální informace ÚZIS 18/2004

<sup>5</sup> včetně LDN, které figurují pouze jako samostatné organizační, nikoli ale finanční a účetní jednotky



**Graf 12 Počet lůžek v LDN 1997 - 2003**



Zdánlivý úbytek kapacity léčeby pro dlouhodobě nemocné v roce 2003 vysvětluje ÚZIS převodem části samostatných zařízení LDN zpět do nemocnic jako oddělení ošetrovatelské péče (důsledek sjednoceného financování akutní i ošetrovatelské péče přes zdravotní pojišťovny).

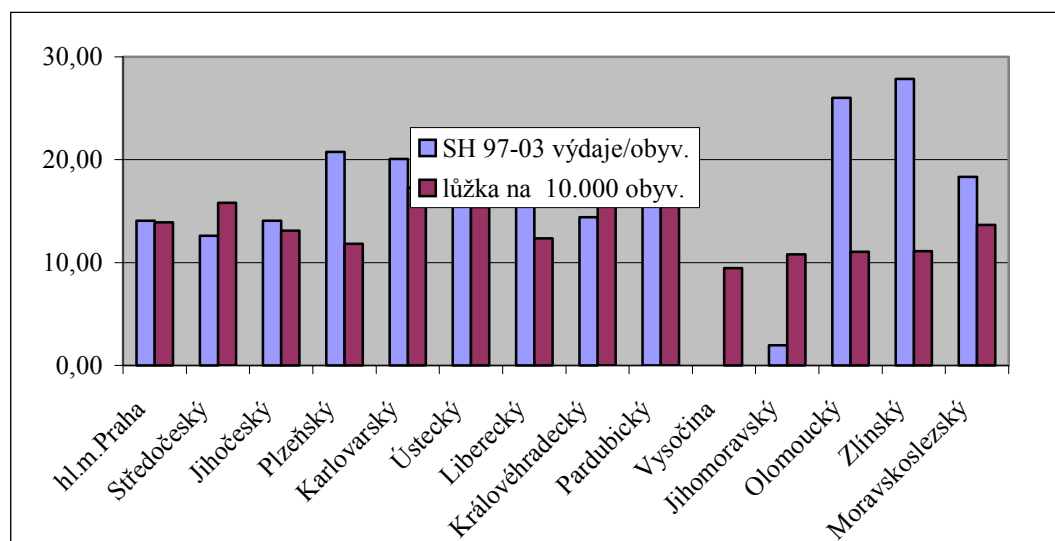
Regionální rozmístění lůžek ošetrovatelské a následné péče podle krajů za rok 2003 je uvedeno v tabulce 22, porovnání podle krajů v přepočtu na 10 000 obyvatel je znázorněno na grafu 13. Z grafu vidíme, že lůžky ošetrovatelské a následné péče je dobře vybaven kraj Karlovarský, Královéhradecký, Pardubický a Středočeský; nižší hodnoty oproti průměru lze naproti tomu zaznamenat na Vysočině a na střední a jižní Moravě.

**T a b u l k a 22 Počet lůžek ústavní následné a ošetrovatelské péče v roce 2003 - kraje ČR**

|                      | nemocnice celkem | léčebny pro dlouhodobě nemocné | hospice a ostatní odborné léčebné ústavy | celkem | počet NO lůžek v přepočtu na 10 000 obyvatel |
|----------------------|------------------|--------------------------------|--|--------|--|
| hl.m.Praha           | 713              | 833                            | 70                                       | 1 616  | 13,9   |
| Středočeský kraj     | 650              | 1 133                          | -  | 1 783  | 15,8   |
| Jihočeský kraj       | 340              | 469                            | 9  | 818    | 13,1   |
| Plzeňský kraj        | 282              | 340                            | 28                                       | 650    | 11,8   |
| Karlovarský kraj     | 203              | 323                            | -  | 526    | 17,3   |
| Ústecký kraj         | 801              | 438                            | 26                                       | 1 265  | 15,4   |
| Liberecký kraj       | 279              | 248                            | -  | 527    | 12,3   |
| Královéhradecký kraj | 375              | 472                            | 44                                       | 891    | 16,3   |
| Pardubický kraj      | 502              | 252                            | 70                                       | 824    | 16,3   |
| Kraj Vysočina        | 139              | 351                            | -  | 490    | 9,5  |
| Jihomoravský kraj    | 738              | 423                            | 50                                       | 1 211  | 10,8   |
| Olomoucký kraj       | 149              | 526                            | 30                                       | 705    | 11,1   |
| Zlínský kraj         | 271              | 388                            | -  | 659    | 11,1   |
| Moravskoslezský kraj | 464              | 1 089                          | 171                                      | 1 724  | 13,7   |
| ČR                   | 5 906            | 7 285                          | 498                                      | 13 689 | 13,4   |

*Pramen: ÚZIS*

**Graf 13 Výdaje na SH za léta 1997-2003 v přepočtu na 1 obyvatele a počet NO lůžek na 10 000 obyvatel podle krajů**



V grafu porovnáváme výdaje na sociální hospitalizaci v přepočtu na jednoho obyvatele seřazené vzestupně podle krajů s počtem lůžek následně a ošetrovatelské péče na 10 000 obyvatel, rovněž podle krajů. Z grafu je názorně vidět, že mezi oběma veličinami není žádná souvislost: např. v kraji Olomouckém a Zlínském jsou poměrně vysoké výdaje na SH provázeny nižší kapacitou lůžek ošetrovatelské a následné péče.

Jak již bylo řečeno výše, z hlediska zdravotnických zařízení představuje sociální hospitalizace službu hluboce ztrátovou i v případě, kdy je poskytována na lůžku následně a ošetrovatelské péče. Příspěvek na sociální hospitalizaci, který obdrží zdravotnické zařízení, je oproti reálným výdajům velice nízký: u nemocnic s vysokým podílem akutních lůžek je to asi desetina a dokonce ani u LDN úhrada za sociální hospitalizaci nedosahuje ani třetiny nákladů. Jde o službu, jejíž poskytování je z hlediska zdravotnického zařízení vyloženě prodělečné.

Zajímavé je srovnání výdajů na 1 lůžko v LDN v časové řadě.

**T a b u l k a 23 Vývoj počtu LDN a souhrnných nákladů<sup>1</sup>**

| ukazatel                                 | 1998    | 1999    | 2000    | 2001    | 2002    | 2003    |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| počet LDN <sup>2</sup>                   | 22      | 23      | 20      | 21      | 21      | 23      |
| souhrnné náklady na ošetrovací den ( Kč) | 598     | 684     | 737     | 771     | 890     | 948     |
| souhrnné roční náklady na 1 lůžko (Kč)   | 192 464 | 222 364 | 242 051 | 266 889 | 308 024 | 330 928 |

*Poznámky:*

1. pojem "souhrnné náklady" obsahuje i poměrně rozpočítané jednotlivé druhy ostatních nákladů nevztahujících se přímo k lůžkové péči

2. Sledovány jsou pouze LDN, které vedou samostatné účetnictví

*Pramen: Sdělení ÚZIS*

Podle sdělení ÚZIS se v roce 2003 náklady na ošetrovací den nejčastěji (9x) vyskytovaly v rozmezí hodnot 900 až 1 000 Kč, přičemž minimum bylo kolem 700 Kč a maximum okolo 1 300 Kč. Roční náklady na lůžko se nejčastěji (11x) pohybovaly od 300 000 do 350 000 Kč, minimální úroveň dosahovala 230 000 Kč a maximální 460 000 Kč.

Značný rozptyl v souhrnných nákladech LDN je dán poměrně složitým způsobem financování těchto zařízení. V LDN se vykazuje ošetrovací den typu OD 00005, nebo OD 00024 - podle smlouvy se zdravotní pojišťovnou, protože samostatná kalkulace OD pro LDN není ve vyhlášce č. 134/97 Sb. (seznam výkonů) k dispozici. V citované vyhlášce jsou stanoveny základní kalkulační údaje:

OD 00005 355 bodů + režie pro léčebnu 132 body = 487 bodů

OD 00024 402 body + režie pro léčebnu 132 body = 534 body

Režijní náklady je však možno nasmlouvat individuálně - podle skutečně prokázaných režijních nákladů konkrétního zdravotnického zařízení až do výše 400 % základní tabulkové hodnoty, tedy maximálně  $132 \times 4 = 528$  bodů. V takovém případě by maximální hodnota za ošetrovací den činila  $355 + 528 = 883$  body, resp.  $402 + 528 = 930$  bodů. V praxi však maximální hodnotu režie nemá nasmlouvanu žádná LDN. V průměru se režijní náklady pohybují na cca 200 - 400 bodů, čímž je dán značný rozptyl nákladů.

#### T a b u l k a 24 Náklady<sup>1</sup> na lůžko a den v nemocnicích, ústavech sociální péče a v domovech důchodců v roce 2002 ve srovnání s úhradou sociální hospitalizace

|                                  | úhrada za SH<br>obec+klieent | náklady lůžko/den <sup>1</sup> | podíl lůžek<br>násl.+ošetř. péče v % |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| nemocnice - přímo řízené MZ      | 300                          | 2 864                          | 1,8%                                 |
| nemocnice - okresní              | 300                          | 1 644                          | 6,9%                                 |
| nemocnice - kraj, město, obec    | 300                          | 1 854                          | 11,6%                                |
| nemocnice – soukromé a církevní  | 300                          | 1 143                          | 24,6%                                |
| léčebny dlouhodobě nemocných     | 300                          | 890                            | 100,0%                               |
| ústavy sociální péče pro dospělé | 300                          | 536                            | x                                    |
| domovy důchodců                  | 300                          | 452                            | x                                    |

Poznámka: 1) včetně podílu jiné zdravotní péče-náklady na jinou zdravotní péči včetně nákladů za dopravu byly rozpočítány poměrem mezi lůžkovou a ambulantní péčí

Prameny: Aktuální informace ÚZIS 9/2003, sdělení ÚZIS, hodnoty za ÚSP a DD vypočteny podle Základních ukazatelů MPSV 2003

Zajímavé je i porovnání časové řady výdajů na jeden ošetrovací den na úseku zdravotnictví a v sociální sféře. Je při tom třeba mít na paměti, že v ÚSP se zhruba 30 % výdajů a v DD více než 40 % výdajů zřizovateli vrací ve formě příspěvku klientů.

#### T a b u l k a 25 Vývoj výdajů na 1 ošetrovací den<sup>1</sup> a denních příspěvků<sup>2</sup> v Kč

|  | 1998    | 1999    | 2000    | 2001    | 2002    | 2003    |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| léčebny dlouhodobě nemocných – výdaje <sup>3</sup> | 598     | 684     | 737     | 771     | 890     | 948     |
| ústavy sociální péče pro dospělé - výdaje          | 407     | 399     | 404     | 461     | 536     | 542     |
| domovy důchodců - výdaje                           | 330     | 361     | 375     | 418     | 452     | 474     |
| DD / ÚSP pro dospělé – příspěvky klientů           | 131/128 | 145/142 | 152/143 | 165/163 | 176/174 | 181/184 |
| sociální hospitalizace – příspěvek obce            | 245     | 245     | 245     | 245     | 245     | 245     |
| sociální hospitalizace – příspěvek klienta         | 55      | 55      | 55      | 55      | 55      | 55      |

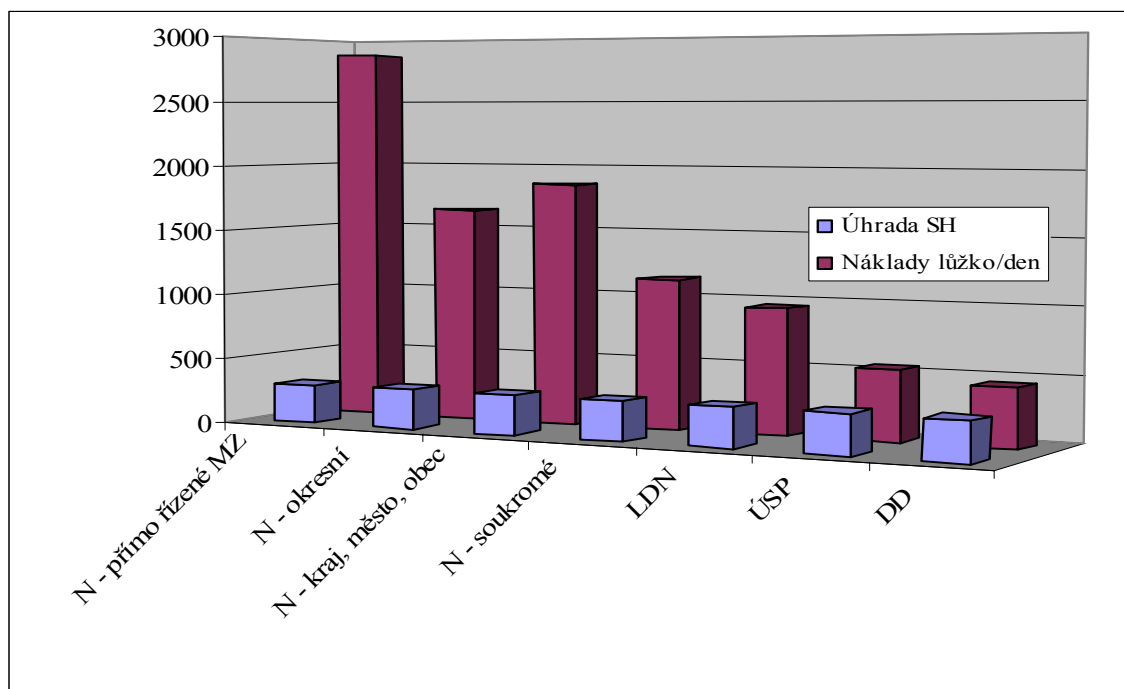
Poznámky: 1) Průměrné neinvestiční výdaje na 1 místo a rok / 365

2) Průměrná úhrada od obyvatele ročně /365

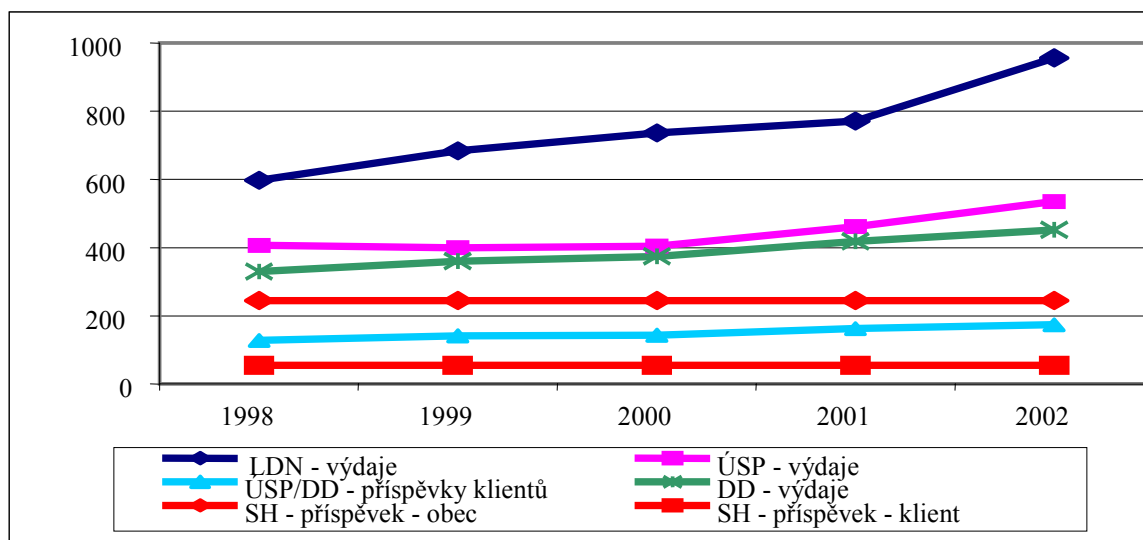
3) Souhrnné náklady na 1 ošetrovací den - viz tabulku 21 a

Prameny: LDN: sdělení ÚZIS; Ostatní: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálních věcí, Praha, MPSV 2003

**Graf 14 Náklady na lůžko a den v nemocnicích, ústavech sociální péče a v domovech důchodců v roce 2002 ve srovnání s úhradou sociální hospitalizace**



**Graf 15 Vývoj výdajů na 1 ošetrovací den a denních příspěvků v Kč**



## 6. Poskytování zdravotní péče v domovech důchodců a v ústavech sociální péče

Ústavy sociální péče představují dnes hlavní 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 ošetřování obyvatel a svěřenců upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči. V domovech důchodců mohou být zřízena samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetřování dementních osob. Podmínky pro přijetí do ústavu upravuje § 75 a následující výše uvedené vyhlášky.

Z hlediska zdravotně sociální péče je důležité, že do domovů důchodců, které jsou hlavní formou péče o nesoběstačné seniory, jsou přijímáni především lidé relativně zdraví. 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).

Zdravotní stav obyvatel domovů důchodců můžeme charakterizovat podílem osob trvale upoutaných na lůžko (TU), podílem osob mobilních za pomoci druhé osoby nebo technických pomůcek a podílem osob, jejichž zdravotní stav vyžaduje nákladnější stravování.

**T a b u l k a 26 Podíl obyvatel DD trpících zdravotními potížemi (v %, rok 2002)**

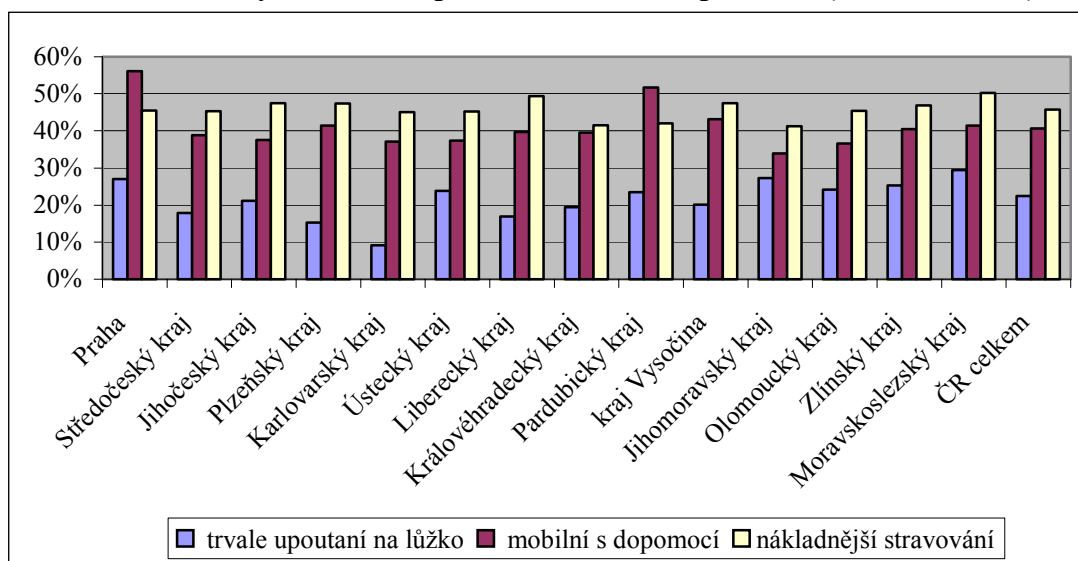
| kraj                 | trvale upoutaní na lůžko (TU) | mobilní s dopomocí | vyžadující nákladnější stravování |
|----------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Praha                | 27%                           | 56%                | 45%                               |
| Středočeský kraj     | 18%                           | 39%                | 45%                               |
| Jihočeský kraj       | 21%                           | 37%                | 47%                               |
| Plzeňský kraj        | 15%                           | 41%                | 47%                               |
| Karlovarský kraj     | 9%                            | 37%                | 45%                               |
| Ústecký kraj         | 24%                           | 37%                | 45%                               |
| Liberecký kraj       | 17%                           | 40%                | 49%                               |
| Královéhradecký kraj | 20%                           | 39%                | 41%                               |
| Pardubický kraj      | 24%                           | 52%                | 42%                               |
| kraj Vysočina        | 20%                           | 43%                | 47%                               |
| Jihomoravský kraj    | 27%                           | 34%                | 41%                               |
| Olomoucký kraj       | 24%                           | 37%                | 45%                               |
| Zlínský kraj         | 25%                           | 40%                | 47%                               |
| Moravskoslezský kraj | 29%                           | 41%                | 50%                               |
| ČR celkem            | 23%                           | 41%                | 46%                               |

*Pramen: sumarizace výkazu MPSV VI-01 (řádek 32 - 34).*

Z tabulky 26 i grafu 16 je patrné, že zdravotní stav poměrně značné části obyvatel domovů důchodců vyžaduje určitou nadstandardní zdravotní péči. Totéž lze říci i o klientech dalších ústavů sociální péče; pro názornost jsme vybrali ústavy pro osoby s mentálním postižením (pro dospělé a pro mládež). Jako indikátory průměrného zdravotního stavu obyvatel toho kterého ústavu jsme zvolili jednak podíl ošetrovatelských lůžek na celkové lůžkové kapacitě domova, jednak podíl obyvatel (klientů, svěřenců) trvale upoutaných na lůžko (TU) z celkového počtu obyvatel (klientů, svěřenců).

Vzhledem k tomu, že průměrné výdaje v ÚSP pro klienty s tělesným postižením jsou v průměru všeobecně vyšší než výdaje v domovech důchodců a v ústavech pro mentálně postižené, předpokládali jsme existenci závislosti výdajů na zdravotním stavu klientů (horší zdravotní stav se zobrazí ve vyšších průměrných výdajích)<sup>6</sup>.

**Graf 16 Podíl obyvatel DD trpících zdravotními potížemi (v %, rok 2002)**



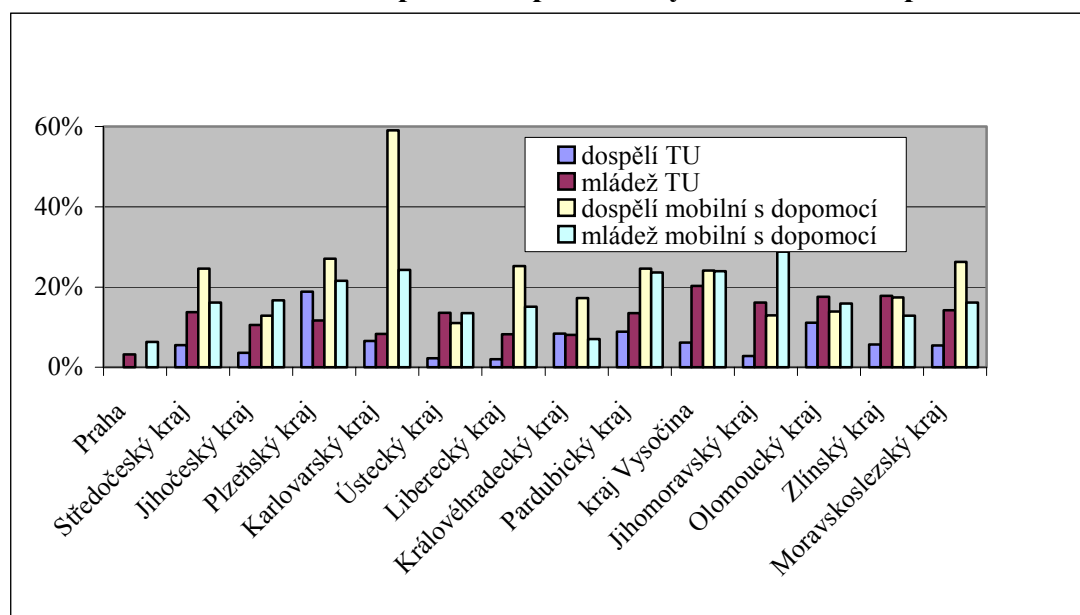
Pomocí korelační analýzy jsme však zjistili, že ani u domovů důchodců ani u ÚSP pro mentálně postižené dospělé podobná závislost neexistuje.

<sup>6</sup> viz práci Bruthanová-Červenková "Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení", VÚPSV 2004, kde lze na grafech XII až XIV sledovat podíly TU a ošetrovatelských lůžek v jednotlivých krajích. Zajímavé je, že podíl ošetrovatelských lůžek je zpravidla vyšší než podíl klientů trvale upoutaných na lůžko.

**T a b u l k a 27 Podíl klientů ÚSP pro MP s přidruženými zdravotními potížemi**

|                      | dospělí TU | mládež TU | dospělí mobilní s dopomocí | mládež mobilní s dopomocí |
|----------------------|------------|-----------|----------------------------|---------------------------|
| Praha                | 0%         | 3%        | 0%                         | 6%                        |
| Středočeský kraj     | 5%         | 14%       | 25%                        | 16%                       |
| Jihočeský kraj       | 4%         | 11%       | 13%                        | 17%                       |
| Plzeňský kraj        | 19%        | 12%       | 27%                        | 22%                       |
| Karlovarský kraj     | 7%         | 8%        | 59%                        | 24%                       |
| Ústecký kraj         | 2%         | 14%       | 11%                        | 14%                       |
| Liberecký kraj       | 2%         | 8%        | 25%                        | 15%                       |
| Královéhradecký kraj | 8%         | 8%        | 17%                        | 7%                        |
| Pardubický kraj      | 9%         | 14%       | 25%                        | 24%                       |
| kraj Vysočina        | 6%         | 20%       | 24%                        | 24%                       |
| Jihomoravský kraj    | 3%         | 16%       | 13%                        | 29%                       |
| Olomoucký kraj       | 11%        | 18%       | 14%                        | 16%                       |
| Zlínský kraj         | 6%         | 18%       | 17%                        | 13%                       |
| Moravskoslezský kraj | 5%         | 14%       | 26%                        | 16%                       |
| ČR celkem            | 7%         | 14%       | 21%                        | 17%                       |

**G r a f 17 Podíl klientů ÚSP pro MP s přidruženými zdravotními potížemi**



V tomto směru se však paradoxní závislost jeví u ústavů sociální péče pro mládež s mentálním postižením. Na rozdíl od DD a ÚSP pro dospělé osoby s MP v ústavech pro mentálně postiženou mládež vychází, že čím je zde větší podíl klientů (svěřenců) trvale upoutaných na lůžko, tím nižší výdaje na jednoho klienta zařízení vykazuje (viz tab. 28). Tento paradox nám vysvětlil (nejmenovaný) pracovník jednoho ÚSP těmito slovy: „Ti „ležáci“ dají podstatně méně práce a starostí. Potřebují hlavně jídlo, teplo, čistotu, klid. Naproti tomu pro chodící svěřence musíme neustále vymýšlet nějakou činnost, vodit je na vycházky, organizovat pro ně hry a přitom je hlídat, aby nic nerozbili, kupovat jim sešity, pastelky, modelínu a jiné potřeby a to všechno stojí čas a peníze.“

**T a b u l k a 28 Výdaje na 1 klienta a úroveň zdravotního stavu - ÚSP pro MP mládež**

|                      | neinvestiční výdaje na osobu a rok (Kč) | % ošetrovatelských lůžek (% OŠ) | % osob, trvale upoutaných na lůžko (% TU) |
|----------------------|---|---------------------------------|---|
| Praha                | 264 621,7                               | 0%                              | 3%  |
| Středočeský kraj     | 244 566,1                               | 12%                             | 14%                                       |
| Jihočeský kraj       | 218 116,5                               | 37%                             | 11%                                       |
| Plzeňský kraj        | 201 938,6                               | 43%                             | 12%                                       |
| Karlovarský kraj     | 220 026,5                               | 4%                              | 8%  |
| Ústecký kraj         | 206 722,4                               | 36%                             | 14%                                       |
| Liberecký kraj       | 226 029,1                               | 22%                             | 8%  |
| Královéhradecký kraj | 204 154,5                               | 21%                             | 8%  |
| Pardubický kraj      | 195 737,7                               | 10%                             | 14%                                       |
| kraj Vysočina        | 230 329,3                               | 34%                             | 20%                                       |
| Jihomoravský kraj    | 212 191,3                               | 48%                             | 16%                                       |
| Olomoucký kraj       | 182 941,9                               | 33%                             | 18%                                       |
| Zlínský kraj         | 172 492,1                               | 15%                             | 18%                                       |
| Moravskoslezský kraj | 199 611,5                               | 17%                             | 14%                                       |

Jak ukazují MISCONIOVÁ-MERHAUTOVÁ-PRŮŠA (2003) „poskytování a zejména financování zdravotní péče v ústavech sociální péče představuje v současné době jeden z nejvýznamnějších problémů při poskytování sociálních služeb.“ Autoři citované práce na základě terénního průzkumu odhadují, že **ÚSP a DD vynakládají cca 25 % z rozpočtu svých zařízení na krytí nákladů spojených s poskytováním ošetrovatelské péče pro své klienty.**

Návrh věcného záměru zákona o sociálních službách č.j. 2004/26010 - 22 ze dne 28. května 2004 opět ignoruje řešení této problematiky. Vzhledem k tomu, že ÚSP a DD ze zákona nepatří do kategorie zdravotnických zařízení, jsou zde ošetrovatelské a rehabilitační služby na ošetrovatelských lůžkách prováděny mimo soustavu lůžkové péče ve zdravotnictví.

„My si stále hrajeme na to, že v domovech důchodců žijí vlastně relativně zdraví občané. Zdravotní péče by se tam kvůli špatné legislativě poskytovat vůbec neměla. Nejde o zdravotnická zařízení, a tak vznikají problémy, kdo zaplatí rehabilitace, pomůcky, hygienický materiál a ošetrovatelské služby,“ uvedla v deníku PRÁCE již v roce 1996 J. Dvořáková, místopředsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče.

Skutečnost je taková, že v nemocnicích chybějí neakutní lůžka, a tak staří a dlouhodobě nemocní lidé končí často právě v domovech důchodců, kde není zdravotnická péče na potřebné úrovni. Ošetrovatelskou péči ústavům pojišťovny nehradí. Platí ji zřizovatelé - tedy krajské úřady nebo obce ze svých provozních prostředků.

V praxi to znamená, že pokud nezcela soběstačný občan je ošetřován doma nebo v LDN, pojišťovna mu hradí veškerou zdravotní péči. Pokud je ovšem obyvatelem domova důchodců či sociálního ústavu, některé, byť potřebné a zdraví prospěšné úkony nejsou zahrnuty do úhrady zdravotního pojištění, i když tento občan zůstává i nadále pojištěncem (pojistné za něj hradí stát).

V závěrech citované práce proto autoři navrhují tři alternativy financování ošetrovatelské péče v domovech důchodců a ústavech sociální péče:

- registrovat DD a ÚSP jako nestátní zdravotnická zařízení tak, aby bylo možno uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami,
- poskytovat ošetrovatelskou péči v DD a ÚSP prostřednictvím agentur domácí péče,
- požadovat úhradu ošetrovatelské péče v DD a ÚSP od zdravotních pojišťoven prostřednictvím ustanovení § 40 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění.



## 7. Návrh systému úhrady zdravotně sociální péče - vícezdrojové financování

Jak již bylo řečeno, úhrada sociální péče poskytované ve zdravotnických zařízeních, se opírá o vyhlášku MPSV č. 310/1993 Sb. (v platném znění), která vychází z cenové úrovně roku 1993. **Ačkoli od vydání vyhlášky uplynulo již 10 let, nebyla nikdy žádným předpisem novelizována**, ačkoli za tu dobu byly valorizovány jak starobní důchody, tak životní minimum. Vývoj obou těchto veličin je porovnán v následujících tabulkách 29 a 30 a na grafu 18.

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 za bydlení a za nezbytné služby (úklid, praní a vaření) se řídí vyhláškou MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče (v platném znění), jež nabyla 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). Občané, jimž bylo přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, hradí náklady za pomoc, která je jim poskytována z důvodu bezmocnosti. V ústavu s celoročním pobytem poskytují ústavu celou výši přiznaného měsíčního zvýšení důchodu pro bezmocnost, při týdenním pobytu v ústavu 75 procent a při denním pobytu v ústavu 50 procent této částky přiznaného měsíčního zvýšení důchodu pro bezmocnost.

**T a b u l k a 29 Vývoj částek životního minima a starobních důchodů (v Kč a v %)**

| částky životního minima za měsíc  |                |         |                                  |         | starobní důchody za měsíc |   |         |
|-----------------------------------|----------------|---------|----------------------------------|---------|---------------------------|---|---------|
| datum valorizace životního minima | osobní potřeby | index % | náklady na domácnost jednotlivce | index % | rok                       | vyplácené starobní důchody <sup>1</sup> | index % |
| 1.3.1993                          | 1 360          | 100%    | 600                              | 100%    | 1993                      | 2 806                                   | 100%    |
| 1.2.1994                          | 1 500          | 110%    | 660                              | 110%    | 1994                      | 3 373                                   | 120%    |
| 1.1.1995                          | 1 680          | 124%    | 760                              | 127%    | 1995                      | 3 782                                   | 135%    |
| 1.1.1996                          | 1 800          | 132%    | 860                              | 143%    | 1996                      | 4 609                                   | 164%    |
| 1.10.1996                         | 1 920          | 141%    | 970                              | 162%    | 1997                      | 5 149                                   | 184%    |
| 1.7.1997                          | 2 020          | 149%    | 1 020                            | 170%    | 1998                      | 5 578                                   | 199%    |
| 1.4.1998                          | 2 130          | 157%    | 1 300                            | 217%    | 1999                      | 5 914                                   | 211%    |
| 1.4.2000                          | 2 190          | 161%    | 1 580                            | 263%    | 2000                      | 6 296                                   | 224%    |
| 1.10.2001                         | 2 320          | 171%    | 1 780                            | 297%    | 2001                      | 6 808                                   | 243%    |
| 1.10.2001                         | 2 320          | 171%    | 1 780                            | 297%    | 2002                      | 6 833                                   | 244%    |
| 1.10.2001                         | 2 320          | 171%    | 1 780                            | 297%    | 2003                      | 7 075                                   | 252%    |

*Poznámky: 1) průměr za krácené i nekrácené důchody k 31.12*

*Prameny: Internetová stránka MPSV ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz))*

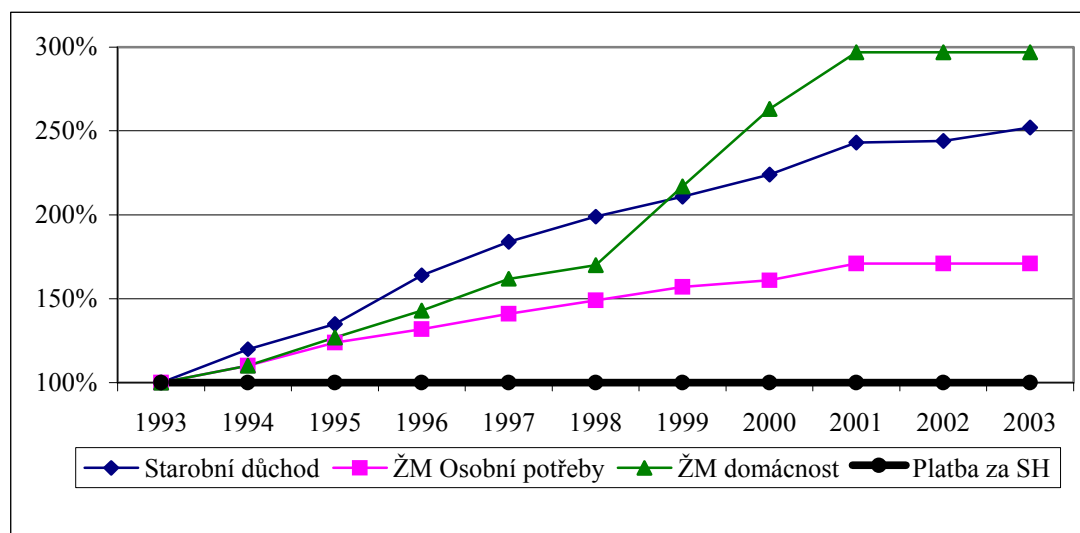
*Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, Praha, MPSV 2002*

Na rozdíl od zmíněné vyhlášky MPSV č. 310/1993 Sb. (v platném znění) je úhrada za pobyt v domovech důchodců pravidelně valorizována (naposledy 1. února 2004 nabyla účinnosti vyhláška č. 5/2004 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů). K novelizaci vyhlášky č. 82/1993 Sb. se již pravidelně přistupuje v návaznosti na valorizaci důchodů, kdy dochází v důsledku růstu provozních nákladů v zařízeních sociální péče k určitému zvýšení částek úhrady placené klienty za pobyt v těchto zařízeních. Novelou

vyhlášky se zvyšují denní částky úhrady za nezbytné služby v ústavech sociální péče pro dospělé občany těžce zdravotně postižené a v domovech důchodců. Důvodem pro poslední zvýšení úhrad je růst spotřebitelských cen, ke kterému dochází v průběhu roku 2004.

Názorně je vývoj uvedených veličin patrný na grafu 18. Z tabulky 29 i z grafu 18 je patrné, že jak životní minimum, tak starobní důchody ve sledovaném období rostly, ale příspěvek klienta na sociální hospitalizaci se neměnil. V důsledku toho docházelo k soustavnému poklesu podílu příspěvku na sociální hospitalizaci na průměrném důchodu (tabulka 30).

**G r a f 18 Vývoj starobních důchodů, životního minima a plateb za SH v % (1993=100)**



**T a b u l k a 30 Příspěvek na SH a průměrný starobní důchod**

| rok  | průměrný starobní důchod | příspěvek klienta na SH - měsíčně | podíl příspěvku na starobním důchodu | příspěvek při zachování podílu z roku 1993 (Kč měsíčně) | příspěvek při zachování podílu Kč denně |
|------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| 1993 | 2 806                    | 1 650                             | 58,80%                               | 1650  | 55                                      |
| 1994 | 3 373                    | 1 650                             | 48,92%                               | 1983  | 66,1                                    |
| 1995 | 3 782                    | 1 650                             | 43,63%                               | 2224  | 74,1                                    |
| 1996 | 4 609                    | 1 650                             | 35,80%                               | 2710  | 90,3                                    |
| 1997 | 5 150                    | 1 650                             | 32,04%                               | 3028  | 100,9                                   |
| 1998 | 5 579                    | 1 650                             | 29,58%                               | 3281  | 109,4                                   |
| 1999 | 5 914                    | 1 650                             | 27,90%                               | 3478  | 115,9                                   |
| 2000 | 6 296                    | 1 650                             | 26,21%                               | 3702  | 123,4                                   |
| 2001 | 6 808                    | 1 650                             | 24,24%                               | 4003  | 133,6                                   |
| 2002 | 6 833                    | 1 650                             | 24,15%                               | 4018  | 133,9                                   |
| 2003 | 7 075                    | 1 650                             | 23,32%                               | 4160  | 138,7                                   |

*Prameny: Výpočet podle tabulky 29*

Při zachování původně nastaveného podílu (58,8 %) by příspěvek klienta na sociální hospitalizaci v roce 2003 měl činit 4 160 Kč měsíčně, resp. 138,70 Kč denně, tj. podstatně více než to, co v tomto roce klienti platili.

Oproti zdravotnickým zařízením jsou průměrné náklady na pobyt v domově důchodců nižší a pacient je navíc povinen na ně přispívat v daleko vyšší míře než na sociální hospitalizaci. U potencionálních klientů sociální hospitalizace nejde však o "průměrné" obyvatele domovů důchodců, ale o pacienty, kteří by potřebovali péči na tzv. ošetrovatelských odděleních DD poskytujících zvýšenou zdravotní péči. Tato péče je z valné většiny hrazena jako péče sociální, i když má i charakter péče zdravotní. Přitom ale zdravotní pojišťovny na ni téměř nepřispívají, ačkoli obyvatelé domovů důchodců nepřestávají být pojištěnci zdravotních pojišťoven a pojišťovny za ně inkasují od státu pojistné.

V současné době dlouhodobě neřešené problémy sociální hospitalizace nelze vyřešit pouhým přesunem kompetencí. Především je nutno přistoupit k plošné valorizaci příspěvků klientů a na zcela nové základy postavit jejich výpočet, neboť současný příspěvek klienta na sociální hospitalizaci (55,- Kč denně) je zcela nedostatečný a měl by být zhruba na úrovni úhrad za pobyt v zařízeních sociální péče.

### Výpočet metodou minimálního zůstatkového příjmu

Podle § 2 odst. 1 vyhlášky č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče (v platném znění) musí občan po úhradě nákladů za pobyt v ústavu zůstat z jeho příjmů jako kapesné alespoň 30 % částky potřebné k zajištění výživy a ostatních osobních potřeb podle § 3 odst. 2 zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu a podle předpisů souvisejících.

U klientů sociální hospitalizace - na rozdíl od obyvatelů domova důchodců - by se však měl předpokládat návrat do domácího prostředí. Podmínka - podání žádosti o přijetí do domova důchodců - totiž mnohé klienty od této formy péče zbytečně odrazuje. Proto kromě výše uvedených 30 % „osobního“ ŽM jako kapesného by klient sociální hospitalizace měl mít k dispozici ještě alespoň částku životního minima na domácnost jednotlivce. Jeho minimální zůstatkový příjem by se tedy měl skládat z 30 % částky životního minima na osobní potřeby a z celé částky životního minima na domácnost jednotlivce. Vývoj příspěvku, vypočteného podle námi navrženého schématu, je patrný z tabulky 31.

**Tabulka 31. Možný příspěvek klienta sociální hospitalizace v letech 1993 - 2003 podle navrhovaného schématu (v Kč měsíčně, v posledním sloupci denně)**

| rok         | ŽM na osobní potřeby | z toho 30 %  | ŽM na domácnost jednotlivce | minimální zůstatkový příjem | průměrný starobní důchod | návrh platby na SH měsíčně | podíl platby na důchodu (%) | denní platba (Kč) |
|-------------|----------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 1993        | 1 360                | 453,3        | 600                         | 1 053                       | 2 806                    | 1 753                      | 62,5%                       | 58,4              |
| 1994        | 1 500                | 500,0        | 660                         | 1 160                       | 3 373                    | 2 213                      | 65,6%                       | 73,8              |
| 1995        | 1 680                | 560,0        | 760                         | 1 320                       | 3 782                    | 2 462                      | 65,1%                       | 82,1              |
| 1996        | 1 800                | 600,0        | 860                         | 1 460                       | 4 609                    | 3 149                      | 68,3%                       | 105,0             |
| 1997        | 1 920                | 640,0        | 970                         | 1 610                       | 5 150                    | 3 540                      | 68,7%                       | 118,0             |
| 1998        | 2 020                | 673,3        | 1020                        | 1 693                       | 5 578                    | 3 886                      | 69,6%                       | 129,5             |
| 1999        | 2 130                | 710,0        | 1300                        | 2 010                       | 5 914                    | 3 904                      | 66,0%                       | 130,1             |
| 2000        | 2 190                | 730,0        | 1580                        | 2 310                       | 6 296                    | 3 986                      | 63,3%                       | 132,9             |
| 2001        | 2 320                | 773,3        | 1780                        | 2 553                       | 6 808                    | 4 255                      | 62,5%                       | 141,8             |
| 2002        | 2 320                | 773,3        | 1780                        | 2 553                       | 6 833                    | 4 280                      | 62,6%                       | 142,7             |
| <b>2003</b> | <b>2 320</b>         | <b>773,3</b> | <b>1780</b>                 | <b>2 553</b>                | <b>7 075</b>             | <b>4 522</b>               | <b>63,9%</b>                | <b>150,7</b>      |

Vycházíme-li z námi navrženého principu minimálního zůstatkového příjmu, byla v roce 1993 podle něho vypočtená platba za sociální hospitalizaci pouze o 100 Kč měsíčně (3 Kč denně) vyšší než denní platba 55,- Kč stanovená příslušnou vyhláškou. V pozdějších letech se však obě veličiny rozcházejí. Je třeba zdůraznit, že při výpočtu metodou stanovení minimálního zůstatkového příjmu podíl platby za SH činí cca třetinu starobního důchodu a zůstává vcelku konstantní: pohybuje se v rozsahu 62,5 - 69,6 %.

I když tedy vyhláškou MPSV č. 310/1993 Sb. (v platném znění) stanovený příspěvek klienta (55 Kč denně) jakž-takž řádově odpovídá poměrům v době vzniku vyhlášky (před 10 lety), dnes vyžaduje odpovídající valorizaci. K této valorizované denní částce by u částečně, převážně a úplně bezmocných klientů poskytovatelům sociální hospitalizace měl připadnout ještě alikvotní denní podíl částky, o niž se důchod klienta zvyšuje pro bezmocnost (stejně jako je tomu v domovech důchodců).

### **Příklad: Navržená výše příspěvku klienta v cenové hladině roku 2004**

Podle vyhlášky č. 5/2004 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 82/1993 Sb. o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 6/2004 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů v platném znění by bylo možno denní výši úhrady za sociální hospitalizaci stanovit takto:

|  |                     |
|--|---------------------|
| - ubytování v tří- a vícelůžkové místnosti               | 51 Kč               |
| - služby (úklid, praní, vaření)                          | 63 Kč               |
| - strava střední kvality (vyhláška zná rozpětí 40-62 Kč) | <u>56 Kč</u>        |
|  | celkem 170 Kč denně |

tj. 30 x 170 = úhrnnou částkou 5 100 Kč měsíčně.

Při porovnání se statistickými údaji za domovy důchodců vidíme, že náš odhad nepředstavuje nikterak závratnou částku: podle údajů MPSV průměrná úhrada od obyvatele domova důchodců za rok 2003 činila 66 209 Kč ročně, tj. 5 517,40 Kč měsíčně.

Vyvstává otázka, zda námi vypočtená částka 5 100, Kč měsíčně by pro klienta sociální hospitalizace byla únosná. V současné době činí uvedená částka životního minima na výživu a osobní potřeby 2 320 Kč měsíčně, tj. 30 %, které by klient měl mít k dispozici, je 773,30 Kč. K tomu připočteme částku životního minima na domácnost jednotlivce, tj. 1 780 Kč měsíčně. Klientovi by tedy mělo zůstat celkem 2 553 Kč (773 + 1 780).

Průměrná výše starobního důchodu sólo k 31.12.2003 činila (podle údajů ČSSZ) 7.075 Kč měsíčně. Po odečtení námi původně navržené úhrady (5 100 Kč) by klientovi měsíčně zbývalo pouze 1 975 Kč, ačkoli podle výše navržených pravidel by měsíčně potřeboval 2 553 Kč, tj. o 578 Kč více.

Sociální hospitalizace by neměla být ani z právního ani z ekonomického hlediska institutem trvalým a klient by měl mít možnost vrátit se domů. Proto se domníváme, že přiměřený příspěvek klienta na úhradu nákladů sociální hospitalizace by v cenové hladině roku 2003 neměl přesáhnout 4 500 Kč měsíčně, tj. 150 Kč denně při průměrném počtu 30 dnů v kalendářním měsíci. Může se ovšem stát, že klient sociální hospitalizace by pobíral důchod podprůměrný. V tom případě by ze svého důchodu zaplatil takovou částku, aby mu zbylo 2 553 Kč měsíčně a zbytek by za něho doplatila obec.

Výpočet plateb za zdravotně sociální péči ve zdravotnických lůžkových zařízeních (resp. za sociální hospitalizaci) metodou stanovení minimálního zůstatkového příjmu (viz tabulku 31) se opírá o stávající systém životního minima platný v roce 2004. Podle tiskové zprávy MPSV ze dne 6.9.2004 jsou v připravované novele zákona o životním minimu

uvažovány zásadní změny spočívající zejména v tom, že napříště bude životní minimum jednosložkové a nebude zahrnovat položku „náklady na domácnost“.

Výpočet v tabulce 31 není však touto připravovanou novelou nikterak zpochybněn. I nadále dokazuje, že **platba za sociální hospitalizaci stanovená na úrovni platby za pobyt v domově důchodců, je sociálně únosná**. Na základě uvedených skutečností jsme dospěli k názoru, že příspěvek pacienta na lůžku následné a ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení by v cenové hladině roku 2003 měl činit 150 Kč denně a měl by být každoročně valorizován. Po změně konstrukce životního minima by jako základ pro výpočet příspěvku pacienta mohly sloužit praxí prověřené vyhlášky MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče (v platném znění) a č.83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče (v platném znění), které se v průběhu své platnosti vcelku osvědčily.

Se stanovením platby za pobyt na lůžku následné a ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení však souvisí námitka opírající se o rozšířený názor, že pobyt v nemocnici by měl být 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 je třeba mít na paměti, že obyvatelé domovů důchodců (DD) a klienti ústavů sociální péče (ÚSP) nepřestávají být pojištěnci zdravotních pojišťoven a mělo by se jim i na ošetrovatelských lůžkách v zařízeních sociální péče dostávat adekvátní zdravotní péče, na niž by jejich pojišťovny přispívaly. Tato péče je doposud hrazena zřizovateli DD (ÚSP) jako péče sociální, ačkoli v nezanedbatelné míře má charakter péče zdravotní.

Jak ukazují MISCONIOVÁ-MERHAUTOVÁ-PRŮŠA (2003) na příkladech z terénu, není zdravotnická péče na ošetrovatelských lůžkách v DD a ÚSP na potřebné úrovni. Jako jedno z řešení navrhuje proto „registrovat DD a ÚSP jako nestátní zdravotnická zařízení tak, aby bylo možno uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami“. Domníváme se, že by bylo třeba jít dále a sjednotit ošetrovatelskou a následnou péči v resortu zdravotnictví a sociálních věcí tak, že by byly vytvořeny „Ústavy zdravotně sociální péče“ (ÚZSP), které by potřebným občanům poskytovaly nezbytnou **dočasnou** sociální péči, se zajištěním péče zdravotní na dostatečné úrovni.

Financování ÚZSP by mělo mít charakter vícezdrojový, tj. kromě klienta a obce by poskytovateli (zdravotnickému či sociálnímu zařízení) měly přispívat i zdravotní pojišťovny. Pacientům (klientům) na lůžku následné a ošetrovatelské péče se kromě běžného zaopatření, srovnatelného s péčí v domově důchodců dostane navíc i péče zdravotní, přinejmenším ve formě nezbytných léků a stálé pohotovosti lékařů a sester. Tito klienti nejenže konzumují určitý objem zdravotní péče, ale též nepřestávají být pojištěnci zdravotních pojišťoven, které za ně inkasují od státu pojistné.

## Závěry a doporučení

1. Současná demografická situace vyžaduje vytvoření zdravotně sociální služby rezidenčního typu, jejímiž garanty v novém územně správním uspořádání by byly kraje a obce s rozšířenou působností.
2. Tato služba by neměla být ani z právního ani z ekonomického hlediska institutem trvalým. Její poskytování by nemělo být fakticky podmíněno ani podáním žádosti o umístění v domově důchodců ani o jiný typ sociální služby a nemožností této žádosti vyhovět.
3. Příspěvek klientů by v cenové hladině roku 2003 měl činit 150 Kč denně a měl by být každoročně valorizován v závislosti na růstu životního minima a starobních důchodů.
4. Poskytovatelům uvedené zdravotně sociální služby by měla navíc připadnout celá částka, o níž je důchod klienta zvýšen pro bezmocnost.
5. Zbytek nákladů by měl být hrazen jak z prostředků krajů a obcí s rozšířenou působností, tak i platbami zdravotních pojišťoven. Z prostředků obcí by byla hrazena částka ve výši nákladů na 1 lůžko v domovech důchodců (resp. v ústavech sociální péče pro dospělé) snížených o příspěvek klienta. Zbytek nákladů (včetně nasmlouvané hodnoty lékového paušálu, prostředků zdravotnické techniky, rehabilitační péče apod.) by hradily zdravotní pojišťovny klientů.
6. Uvedený systém úhrad rozšířit jak na všechna lůžka následné a ošetrovatelské péče ve zdravotnictví, tak na ošetrovatelská oddělení DD a ÚSP v oblasti sociální péče. Byly by tak vytvořeny „Ústavy zdravotně sociální péče“ (ÚZSP), které by potřebným občanům poskytovaly nezbytnou **dočasnou** sociální péči se zajištěním péče zdravotní na dostatečné úrovni.

## Seznam tabulek a grafů

### Tabulky

- 1 Kapacita domovů důchodců a počet čekatelů na umístění v roce 2002
- 2 Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR
- 3 Návratnost dotazníků: obce s rozšířenou působností podle krajů
- 4 Informovanost podle působnosti
- 5 Informovanost obcí podle krajů a výdaje na SH v tis. Kč
- 6 Informovanost: obce podle velikosti
- 7 Počet obcí, které do 1.7. 2003 poskytly sociální hospitalizaci a počet klientů, jimž byla poskytnuta
- 8 Výdaje na sociální hospitalizaci 1997-2003 podle krajů v tis. Kč
- 9 Mají obce přispívat na sociální hospitalizaci?
- 10 Názory obcí na přiměřenou výši příspěvku obce
- 11 Názory obcí na příspěvek obce na SH - obce podle velikosti
- 12 Názory obcí na příspěvek obce na SH - obce podle krajů
- 13 Měla by být zvýšena platba klienta za SH?
- 14 Názory obcí na zvýšení plateb klientů SH - všechny obce podle velikosti
- 15 Názory obcí na zvýšení plateb klientů SH - všechny obce podle krajů
- 16 Odpovědi na otázky anketního šetření v obcích (v %)
- 17 Odpovědi na otázku 3 a 4 ve vztahu k odpovědím na otázku 1
- 18 Tabulka 17 v procentním vyjádření
- 19 Lůžka ošetrovatelské a následné péče v nemocnicích (mimo LDN)
- 20 Průměrná ošetrovací doba (počet dnů)
- 21 Počet LDN a jejich lůžkový fond
- 22 Počet lůžek ústavní následné a ošetrovatelské péče v roce 2003 - kraje ČR
- 23 Vývoj počtu LDN a souhrnných nákladů
- 24 Náklady na lůžko a den v nemocnicích, ústavech sociální péče a v domovech důchodců v roce 2002 ve srovnání s úhradou sociální hospitalizace
- 25 Vývoj výdajů na 1 ošetrovací den a denních příspěvků v Kč
- 26 Podíl obyvatel DD, trpících zdravotními potížemi (v %, rok 2002)
- 27 Podíl klientů ÚSP pro MP s přidruženými zdravotními potížemi
- 28 Výdaje na 1 klienta a úroveň zdravotního stavu - ÚSP pro MP mládež
- 29 Vývoj částek životního minima a starobních důchodů (v Kč a v %)
- 30 Příspěvek na SH a průměrný starobní důchod
- 31 Možný příspěvek klienta sociální hospitalizace v letech 1993 - 2003 podle navrhovaného schématu (v Kč měsíčně, v posledním sloupci denně)

## Grafy

- 1 Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR
- 2 Počet vrozených vad na 10 000 živě narozených
- 3 Počet úrazů na 100 000 obyvatel
- 4 Počet domácností jednotlivců podle sčítání lidu roku 2001 (v tis.)
- 5 Vývoj výdajů na sociální hospitalizaci v mil. Kč - ČR celkem
- 6 Výdaje na SH 1997-2003 v desítkách milionů a podíl odpovědí „ano“ v %
- 7 Počet klientů SH a počet obcí, které ji poskytly (stav k 1.7.2003)
- 8 Vývoj výdajů na SH - kraje s nízkými výdaji
- 9 Vývoj výdajů na SH - kraje s vyššími výdaji
- 10 Odpovědi na otázku: Mají obce přispívat na sociální hospitalizace?
- 11 Odpovědi na otázku: Má být dosavadní příspěvek klienta zvýšen?
- 12 Počet lůžek v LDN 1997-2003
- 13 Výdaje na SH za léta 1997-2003 v přepočtu na 1 obyvatele a počet NO lůžek na 10 000 obyvatel podle krajů
- 14 Náklady na lůžko a den v nemocnicích, ústavech sociální péče a v domovech důchodců v roce 2002 ve srovnání s úhradou sociální hospitalizace
- 15 Vývoj výdajů na 1 ošetrovací den a denních příspěvků v Kč
- 16 Podíl obyvatel DD, trpících zdravotními potížemi (v %, rok 2002)
- 17 Podíl klientů ÚSP pro MP s přidruženými zdravotními potížemi
- 18 Vývoj starobních důchodů, životního minima a plateb za SH v % (1993=100)



## Literatura

AKTUÁLNÍ informace ÚZIS, 1998 - 2004, Ústav zdravotnických informací a statistiky Ministerstva zdravotnictví Praha

BRUTHANS, J. - BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: K aktuálním otázkám sociální hospitalizace (1). - In: Sociální politika, roč. 27, č. 7-8 (2001) s. 21-22

BRUTHANS, J. - BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: K aktuálním otázkám sociální hospitalizace (2). - In: Sociální politika, roč. 27, č. 9 (2001) s. 11-12

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. - HOLMEROVÁ, I.: [Sociální hospitalizace](#). Praha, VÚPSV 2000

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem. In: Sociální politika. Roč. 25, č. 7-8 (1999) s. 11-14 (pokrač.) a č. 9 (1999) s. 9-11 (dokonč.)

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: Aktuální problémy sociální hospitalizace v novém územně správním členění. In: Veřejná správa. Roč. 14, č. 29 (2003), příl. s. I – VIII, obr., tab.

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: Sociální hospitalizace je třeba podstatně lépe zaplatit. In: Zdravotnické noviny, roč. 52 (2003) č. 39 příloha str. XVI.

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: K problematice sociálních hospitalizací. In: Sociální politika. Roč. 29, č. 12 (2003) s. 8 - 10.

HACAPERKOVÁ, D.: K poskytování dávek sociální péče obecními úřady obcí s rozšířenou působností, In: Sociální politika, roč. 29 (2003) č. 9, s. 6 - 7

MISCONIOVÁ, B. - MERHAUTOVÁ, I. - PRŮŠA, L.: [Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče](#). Praha, VÚPSV 2003

MIZSEIOVÁ, J: Zdravotní péče v domovech důchodců je poskytována nadále neoprávněně In: Práce.-Roč.52,č. 302 (1996, XII.28.), s. 3.

Ošetrovatelská následná lůžková péče v ČR v roce 2003 (Mgr. Jana Tvrdá) Aktuální informace ÚZIS 2004, č. 39

PŘEHNAL, J: Péče o geriatrické a chronicky nemocné pacienty. In: Zdravotnické noviny.- Roč.48,č. 8(1999),příl. s. 1-2.:obr.

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, Praha, MPSV 2002 (zkratka: SR MPSV)

Uspořádání veřejné správy v sociální oblasti od 1.1.2003 In: Sociální politika, ročník 28, zvláštní číslo

VESELÁ, J.: [Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům](#). Praha VÚPSV 2002

VĚSTNÍK Ministerstva zdravotnictví České republiky ročník 1998, částka 9

Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, Praha, MPSV 2003