

**Sociálně zdravotní služby poskytované klientům  
na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců  
a v léčebnách dlouhodobě nemocných  
se zřetelem k jejich sociální situaci  
a zdravotnímu stavu**

Anna Červenková  
Daniela Bruthansová  
Marie Pechanová

VÚPSV Praha  
2006

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí  
Praha 2, Palackého náměstí 4  
Vyšlo v roce 2006, 1. vydání, náklad 26 výtisků, počet stran 87  
Tisk: VÚPSV

Recenze: Jana Janků (vedoucí soc.odboru – Úřad městské části Praha 8)  
MUDr. Eva Pýchová (2. lék. fakulta UK Praha)

ISBN 80-87007-35-2

## Obsah

<b>I. Úvod</b> .....	6
<b>II. Metodika a organizace výzkumu</b> .....	8
<b>III. Výklad základních pojmů</b> .....	9
Maslowova hierarchie potřeb, cíle ošetřovatelství podle Hendersonové.....	10
Lůžka ošetřovatelské následné péče ve zdravotnictví, ošetřovatelská lůžka (oddělení) v domovech důchodců.....	11
<b>IV. Současná kapacita ústavní péče o seniory</b> .....	13
<b>V. Domovy důchodců 2005</b> .....	19
a) Členění podle zřizovatelů.....	19
b) Potřeba lůžek v DD (ČR celkem a podle krajů).....	21
c) Zdravotní stav obyvatel DD (ČR celkem a podle krajů).....	26
d) Ošetřovatelská lůžka v DD.....	30
Objem ošetřovatelské péče v DD ve srovnání s LDN.....	34
Nové úpravy v souvislosti se zákonem o sociálních službách.....	36
<b>VI. Výběrové šetření v domovech důchodců a v LDN</b> .....	37
Odpovědi z domovů důchodců.....	37
Odpovědi z léčeben dlouhodobě nemocných.....	45
<b>VII. Vícezdrojové financování</b> .....	52
Z historie problému .....	53
Ošetřovatelská oddělení (lůžka) v domovech důchodců.....	54
Možný příspěvek pacienta-důchodce na lůžku následné ošetřovatelské péče .....	54
Minimální zůstatkový příjem .....	54
<b>VIII. Odměňování odborných pracovníků v DD a v LDN</b> .....	58
<b>IX. Závěry a doporučení</b> .....	63
Z dostupných podkladů byly zjištěny tyto základní poznatky:.....	63
Vzhledem k výše uvedenému doporučujeme následující: .....	63
<b>Literatura</b> .....	64
<b>Přílohy</b> .....	65
I. Plné a zkrácené názvy kapitol MKN-10 .....	65
II. Hodnocení nezávislosti v každodenních aktivitách .....	66
III. Pacienti určení k likvidaci .....	72
IV. Rozeslané dotazníky.....	82
Dotazník pro domovy důchodců .....	82
Dotazník pro léčebny dlouhodobě nemocných .....	83
V. Příspěvek pacienta na lůžku ošetřovatelské následné péče v letech 1993 - 2006 podle navrhovaného schématu (v Kč měsíčně, resp. denně) .....	84
VI. Roční výkaz o zařízeních sociální péče a poskytování sociálních služeb.....	85

## Seznam tabulek a grafů

- č. Název tabulky
1. Vývoj indexu stáří v ČR v letech 1990 - 2010
2. Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR (2003)
3. Zdravotnická lůžka ošetrovatelské a následné péče a lůžka v domovech důchodců na 10 000 obyvatel nad 65 let v ČR celkem a podle krajů
4. Domovy důchodců v roce 2005 podle zřizovatelů
5. Hrubé ukazatele zdravotního stavu obyvatel DD za rok 2005 podle zřizovatelů
6. Domovy důchodců v ČR: počet neuspokojených žadatelů, kapacita (počet míst) a počet zařízení 1995 - 2005
7. Počet čekatelů na 1 lůžko v DD podle krajů v roce 2005
8. Počet DD a jejich kapacita ve vztahu k věkové struktuře obyvatel kraje
9. Hrubé ukazatele zdravotního stavu obyvatel domovů důchodců a výdaje na osobu a den (podle krajů v roce 2005)
10. Výdaje a počet zaměstnanců na 1 obyvatele DD v roce 2005
11. Neinvestiční náklady a počet zaměstnanců na jednoho obyvatele DD, průměrný věk a podíl ošetrovatelských lůžek - OL - z celkové kapacity (rok 2005 podle zřizovatelů)
12. Počet domovů důchodců podle vybavenosti ošetrovatelskými lůžky - OL (rok 2005 podle zřizovatelů)
13. Náklady a zaměstnanci v DD roku 2005 podle vybavenosti ošetrovatelskými lůžky (OL)
14. Podíl ošetrovatelských lůžek (OL) a osob trvale upoutaných na lůžko (TU) 2005 podle krajů
15. Rozsah ošetrovatelské péče v minutách za den
16. Kategorie pacienta podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
17. Počet oslovených LDN a k nim přiřazených domovů důchodců v jednotlivých krajích
18. Srovnání DD-respondentů se souborem DD celkem
19. Počet klientů (pacientů) na 1 zdravotní sestru na ošetrovatelském a běžném oddělení
20. Zabezpečení primární lékařské péče v domovech důchodců
21. Struktura diagnóz pacientů přijatých na ošetrovatelská lůžka DD, resp. na lůžka ošetrovatelské následné péče v LDN (podíl z celkového počtu diagnóz přijatých pacientů)
22. Nemoci oběhové soustavy v DD a LDN podle jednotlivých diagnóz
23. Bezmocnost (podíl z průměrného počtu obyvatel DD)
24. Výběrové šetření LDN - odpovědi na otázku 1 - 5
25. „Hotelové“ a „medicínské“ náklady v LDN a jiných zdravotnických zařízeních následné péče v KČ na lůžko a den
26. Kritéria soběstačnosti používaná našimi respondenty
27. Počet zdravotnických pracovníků v pobytových sociálních zařízeních v letech 2000 - 2005
28. Průměrné platy v LDN - odměňování podle zákona č. 143/1992 Sb.
29. Průměrné platy v ústavech sociální péče
30. Průměrné platy některých profesí v ústavech sociální péče v roce 2005

## Grafy

1. Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR
2. Zdravotnická lůžka ošetrovatelské a následné péče na 10 000 obyvatel 65+ v roce 2005
3. Ošetrovatelská lůžka v DD na 10 000 obyvatel 65 + v roce 2005
4. Počet ošetrovatelských lůžek ve zdravotnictví a v DD na 10 000 obyvatel nad 65 let podle krajů (rok 2005)
5. Vývoj počtu neuspokojených žadatelů a kapacita DD 1995 - 2005
6. Počet čekatelů na 1 lůžko a relativní kapacita - rok 2005
7. Počet čekatelů na 1 lůžko v DD v závislosti na relativní kapacitě DD v příslušném kraji - rok 2005
8. Podíl obyvatelstva 65+ v krajích ČR roku 2005
9. Kapacita DD na 100 obyvatel 65+
10. Hrubé ukazatele zdravotního stavu v DD - 2005
11. Závislost výše denních neinvestičních nákladů na průměrném věku obyvatel DD
12. Závislost výše denních neinvestičních nákladů na TU osob
13. Závislost výše denních neinvestičních nákladů na počtu zaměstnanců na 1 obyvatele
14. Podíl ošetrovatelských lůžek (OL) a podíl obyvatel trvale upoutaných na lůžko (TU) - 2005
15. Rozložení pacientů /klientů podle kategorií soběstačnosti (v %)
16. Závislost potřeby ošetrovatelské péče na kategorii nesoběstačnosti

17. Průměrný věk a převážná bezmocnost
18. Podíl osob s bezmocností celkem a podíl OL z celkové kapacity
19. Možný příspěvek pacienta - důchodce na lůžku následné ošetrovatelské péče v letech 1993 - 2006 (Kč/měs.)
20. Počet středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků v pobytových sociálních zařízeních

## **Přílohy**

### Příloha I

1. Plné a zkrácené názvy kapitol MKN-10

### Příloha II Hodnocení nezávislosti v každodenních aktivitách

1. Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života (Katz ADL)
2. Barthel - test aktivit denního života (ADL)
3. Lawtonova škála hodnocení IADL - Philadelphia Geriatric Center IADL Scale (Lawton aj., 1969); v každé kategorii zakroužkujte jedinou položku, která nejvíce odpovídá pacientově současné výkonnosti (fungování - functioning)

### Příloha III Pacienti určení k likvidaci

1. Průměrné náklady a úhrada v segmentu tzv. „následné péče“ v Kč v r. 2005 a 2006
2. Možnosti úhrad v „následné péči“ dle sazebníku v Kč
3. Co pokryjí a nepokryjí úhrady od pojišťoven v „následné péči“ v r. 2005 v Kč
4. Srovnávací analýza nákladů na 1 lůžkoden v tzv. „následné péči“ a ve fakultních nemocnicích v r. 2005 v Kč
5. Nákladová analýza denní dávky léků v „následném“ segmentu v r. 2005 v Kč

## I. Úvod

Ve vyspělých zemích narůstá počet osob, které z důvodu vysokého věku či zdravotního stavu, popřípadě kombinací obou příčin, nejsou schopny se o sebe postarat vlastními silami. Jde o osoby, jejichž zdravotní stav je natolik stabilizován, že nevyžaduje akutní lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň neumožňuje plnou soběstačnost.

Stárnutí populace představuje celosvětový jev. Nárůst podílu starých osob v populaci je zvláště patrný v ekonomicky vyspělých evropských zemích. Příčinu lze spatřovat především v prodlužování střední délky života a ve snižování porodnosti. Podle demografické prognózy OSN z roku 1993 by do roku 2020 mělo dojít ke zvýšení podílu seniorů v populaci téměř o jednu polovinu.

Nejinak je tomu i v České republice. Demografický vývoj ukazuje na stárnutí populace. Zvyšuje se počet seniorů, z nichž především díky pokrokům v medicíně a změně životního stylu narůstá počet velmi starých osob (85 let a více). Názorně tento proces znázorňuje tzv. index stáří (počet obyvatel ve věku nad 65 let k počtu dětí 0-14 let), který představuje tabulka 1, která předpokládá, že již v roce 2010 počet seniorů ve věku nad 65 let převyší počet školáků (dětí 0-14 let).

**T a b u l k a 1 Vývoj indexu stáří v ČR v letech 1990 - 2010**

ukazatel	1990	2000	2010
počet obyvatel ve věku 65+	1 302 451	1 423 003	1 596 512
počet dětí 0-14 let	2 193 682	1 664 434	1 400 028
index stáří	59,4	85,5	114,1

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

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

**Věcným záměrem** projektu je posoudit možnosti a perspektivy sociálně zdravotních služeb, jejich místo v systému sociálního zabezpečení, jakož i vztah poskytovatelů těchto služeb a zřizovatelů jednotlivých zařízení v řídicí působnosti MPSV, MZd, krajů obcí a jiných subjektů. Rovněž i srovnání zdravotního stavu osob v léčebnách dlouhodobě nemocných a lůžkových odděleních domovů důchodců by mohlo ukázat, do jaké míry se skladba klientů/pacientů ve výše uvedených zařízeních překrývá a jaký to má finanční dopad. Jde o objektivní zjištění možnosti pro sjednocení kritérií pro vícezdrojové financování.

Nezanedbatelným aspektem je i zmapování finanční náročnosti těchto typů služeb u jednotlivých typů poskytovatelů se zvláštním zřetelem na situaci domovů důchodců (z hlediska tam poskytované zdravotní péče na ošetrovatelských lůžkách či odděleních) a na situaci v LDN z hlediska jimi poskytovaných sociálních služeb.

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

**Cílem výstupu** je na základě uvedeného:

- zhodnotit stávající možnosti sociálně zdravotních služeb,

- porovnat zdravotní stav příjemců zdravotních i sociálních služeb v domovech důchodců a v LDN,
- porovnat výši neinvestičních nákladů v obou zmíněných typech zařízení,
- posoudit otázku vícezdrojového financování a jeho metodiky, obdobné v obou zmíněných typech zařízení.

## II. Metodika a organizace výzkumu

Při řešení problematiky zdravotních i sociálních služeb jsme vycházeli z platných právních předpisů, a to jak z oblasti sociální, tak zdravotnické. Ekonomický rozbor se opírá jednak o údaje MPSV, jednak MZd.

Statistická data týkající se domovů důchodců jsou čerpána ze statistiky MPSV, a to jednak z účelových publikací (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2002 - 2004 a Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2004), jednak ze sestav vytvořených na základě Ročního výkazu o zařízeních sociální péče a poskytování sociálních služeb za rok 2005 (Soc MPSV V1-01 - dále výkaz V1-01). Formulář výkazu V1-01 je přiložen jako příloha VI. Data z účelových publikací MPSV se většinou týkají roku 2004, data čerpaná z výkazu V1-01 jsou za rok 2005.

Dalším pramenem jsou Aktuální informace ÚZIS (viz seznam použitých pramenů a literatury), doplněné o údaje, které nám ÚZIS poskytl speciálně pro tento účel.

Pro získání dalších podrobnějších údajů jsme provedli sondu pomocí dotazníkového šetření ve vybraných domovech důchodců a LDN s právní subjektivitou. Počet oslovených respondentů z řad LDN byl limitován počtem LDN s právní subjektivitou, kterých je podle sdělení ÚZIS 24. K nim jsme přiřadili domovy důchodců tak, aby počet obou typů zařízení (zdravotnického a sociálního) podle krajů byl pokud možno stejný.



### III. Výklad základních pojmů

#### Stárnutí

je u každého jedince individuální proces, během něhož dochází k ochabování jednotlivých funkčních soustav a klesá fyzická a psychická výkonnost člověka.

#### Stáří

Lze obecně definovat jako pozdní fázi průběhu lidského života. Lze jej členit na **kalendářní stáří, sociální stáří a biologické stáří**.

#### Kalendářní stáří

Kalendářní stáří, tedy vymezení stáří podle věku jedince, lze určit podle nejrůznějších kritérií. Většinou je používáno vymezení stáří WHO. Toto vymezení vychází z přirozených 15letých cyklů lidského života. Stáří lze dělit na několik fází, a to na:

- a) 60 - 74 let věku - stárnutí, časné stáří, senescence,
- b) 75 - 89 let věku - vlastní stáří, kmetství, senium,
- c) 90 a více let - dlouhověkost, patriarchium.

Vzhledem k demografickému vývoji stárnutí populace a ke zlepšování funkčního stavu ve stáří je možno kalendářní stáří členit i dalším způsobem, kdy věk vlastního stáří je oproti definici WHO poněkud posunut. Toto členění je používáno např. v oboru geriatric (viz Kalvach str. 47)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 65 - 74 let mladí senioři -         | jejich hlavními problémy je adaptace na nový způsob života vyplývající z penzionování a s tím spojená seberealizace                      |
| 75 - 84 let staří senioři -         | zde nastupuje problematika adaptace, tolerance zátěže, zhoršování zdravotního stavu (specifické stonání) a v neposlední řadě i osamělost |
| 85 a více let velmi staří senioři - | prohlubuje se jejich osamělost, zdravotní problémy progradují a většinou přistupuje problém nesoběstačnosti                              |

#### Sociální stáří

Za jeho počátek je zpravidla považováno penzionování jedince (hovoří se také o post produktivním věku). Tato životní událost s sebou nese řadu sociálních proměn jako např. změnu ekonomického zajištění, životního stylu a potřeb či proměnu sociálních rolí či osamělost.

#### Biologické stáří

Zde se jedná o biologické změny postihující daného jedince. Ty jsou u každé osoby individuální. Biologické stáří lze stanovit jednak pomocí molekulárních či buněčných markerů nebo lze použít hodnocení funkčního stavu jedince k určité aktivitě nebo zdravotnickému výkonu.

Kalendářní, sociální a biologické stáří často nejsou totožné. Nicméně průvodcem vyššího kalendářního věku bývá často snížení sociálních aktivit (nejen ztráta aktivity ekonomické, ale i snížení soběstačnosti, ztráta kontaktů se širší rodinou, přáteli, známými, neschopnost vyřizovat různé úřední záležitosti apod.), nemluvě o různých nemocech a o všeobecném zhoršení biologického stavu organismu (polymorbidita).

#### Ošetrovatelská péče ve zdravotnictví a v sociální sféře

Světová zdravotnická organizace definuje ošetrovatelství jako systém činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí a jenž jim pomáhá pečovat o svoje

zdraví a pohodu. Hlavním cílem je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním.

Cílem ošetřovatelství v tomto pojetí je pomoc jednotlivcům i skupinám, aby byli schopni své potřeby sami uspokojovat. Vede nemocného k péči o sebe, vychovává jeho okolí v poskytování laické péče. Teprve tomu nemocnému, který o sebe nemůže nebo nechce či neumí pečovat, zajistí profesionální ošetřovatelskou péči.

Ošetřovatelská praxe zahrnuje čtyři oblasti:

1. podpora zdraví,
2. uchování zdraví,
3. navrácení zdraví,
4. péče o umírající.

V praxi se setkáváme s těmito kategoriemi ošetřovatelského personálu:<sup>1</sup>

- a) sestra bakalářka nebo magistra s vysokoškolským diplomem,
- b) sestra specialistka nebo diplomovaná sestra s pomaturitním specializačním studiem nebo vyšším odborným vzděláním,
- c) sestra, absolventka střední školy,
- d) ošetřovatelka, absolventka nižší dvouleté zdravotnické školy, odborného učiliště nebo dlouhodobého nemocničního kurzu,
- e) sanitářka, absolventka krátkodobého nemocničního kurzu.

Pracovníci v prvních dvou kvalifikačních stupních pracují samostatně, pracovníci tří zbývajících pouze pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

### **Maslowova hierarchie potřeb, cíle ošetřovatelství podle Hendersonové**

Konečným cílem součinnosti celého kolektivu ošetřovatelského personálu je pak **uspokojení potřeb pacienta**. Významný americký psycholog Abraham Herold Maslow (1908-1970), který bývá označován za zakladatele humanistické psychologie, tvrdil, že člověk má šest základních instinktů, které se projevují jako potřeby. Tyto potřeby je nutné naplňovat v postupném pořadí. Nejzákladnější neboli primitivní potřeby jsou přítomny při narození a potřeby na vyšším stupni posloupnosti se rozvíjejí v průběhu dozrávání jedince. Maslow to nazývá "hierarchií potřeb", přičemž první čtyři označuje jako potřeby z nedostatku a dvě nejvyšší potřeby jako potřeby bytí. Potřeby z nedostatku jsou požadavky, které lze plně uspokojit, alespoň na čas. Tyto čtyři nejnižší úrovně jsou potřeby **fyziologických nutností** (potravy, tepla a podobně), **bezpečnosti, přináležitosti a lásky a úcty ze strany okolních lidí**. Potřeby bytí nesou toto označení, protože jsou-li naplněny, ještě se zvyšují, což obohacuje naše bytí. Těmito dvěma nejvyššími úrovněmi jsou **potřeba seberealizace** (uplatnění vlastního potenciálu) a **estetické potřeby** (touha jedince po hlubším pochopení vlastního světa a cíle života).

Podle Maslowova názoru psychoanalytici jako Freud a Adler přehnaně zdůrazňovali potřeby z nedostatku a považovali motivaci za popud k eliminaci požadavků na nižší úrovni. Tento posun přisuzoval faktu, že psychoanalytici jsou většinou psychiatry nebo lidmi s jiným lékařským zaměřením, kteří běžně léčí nemocné. Jenže v průmyslových zemích, kde většina obyvatel nemá velké potíže s naplňováním potřeb na nižší úrovni, tráví lidé alespoň část svého času snahou o naplnění potřeby seberealizace a estetických potřeb.

---

<sup>1</sup> viz zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (v platném znění)

Proces seberealizace je úzce propojen s kreativitou. Podle Maslowa jsou seberealizovaní lidé nezávislí, autonomní a schopní řídit své kroky. Protože je nerozptylují potřeby na nižší úrovni, mají dostatek prostoru k tomu, aby usilovali o optimální zdraví a blahobyt. Mají naději prožít občasný vrcholný prožitek, který je okamžitým zábleskem poznání, jež přináší velkou radost ze života a vděčnost za něj. Vrcholný prožitek je nezištný, je okamžikem nesobeckého vytržení.

Mezi základní **fyzilogické** potřeby podle Maslowa patří voda, vzduch, potrava, přístřeší, odpočinek, spánek, činnost a udržování teploty.

Dosáhne-li jedinec splnění fyziologických potřeb, vynořuje se potřeba **bezpečí**.

Třetí úroveň hierarchie potřeb je potřeba **lásky, náklonnosti a příslušnosti** do určité sociální skupiny

Potřeba **úcty - ocenění** je čtvrtou úrovní potřeb. Člověk potřebuje sebeúctu (pocit nezávislosti, zodpovědnosti, sebekoncepcie) a stejně tak i ocenění druhými (uznání, respekt, ohodnocení).

Vrchol v hierarchii potřeb představuje pak potřeba **seberealizace**.

I když v procesu ošetrovatelské péče je uspokojení fyziologických potřeb tím základním, je nutno mít na zřeteli, že pacient není pouhým souhrnem fyziologických funkcí a je nezbytné přihlížet i dalším, nefyziologickým potřebám. Z Maslowovy koncepce vychází i definice cílů ošetrovatelství podle Hendersonové.

Viktoria Hendersonová definovala 14 principů základní ošetrovatelské péče, na které je třeba se při poskytování péče zaměřit:

1. pomoc pacientovi s **dýcháním**,
2. pomoc při **příjmu potravy**,
3. pomoc při **vyměšování**,
4. pomoc při **udržení žádoucí polohy**,
5. pomoc při **odpočinku a spánku**,
6. pomoc používat **vhodný oděv**, pomoc při **oblékání, svlékání**,
7. pomoc při udržování **tělesné teploty v normálním rozmezí**,
8. pomoc při **udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže**,
9. ochrana nemocného před **nebezpečím** z okolí,
10. pomoc při **komunikaci nemocného**, při vyjádření jeho **pocitů a potřeb**,
11. pomoc při vyznávání víry, **akceptování jeho pojetí dobra a zla**,
12. pomoc při **produktivní (pracovní) činnosti nemocného**,
13. pomoc v **odpočinkových (zájmových) činnostech**,
14. pomoc nemocnému **při učení**.

Specifická podoba potřeb u pacientů je závislá především na **charakteru nemoci**, zároveň však na **pacientovi samotném** a na **sociálních poměrech**, ve kterých žije.

Uvedené principy jsou základním vodítkem při ošetrovatelské práci jak ve zdravotnictví, tak i v sociální sféře.

### **Lůžka ošetrovatelské následné péče ve zdravotnictví, ošetrovatelská lůžka (oddělení) v domovech důchodců**

Následná ošetrovatelská lůžková péče (ošetrovatelská lůžka, LDN) je poskytována u pacientů se stanovenou diagnózou, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění, u nichž nelze očekávat zvrát stability zdravotního stavu, který by vyžadoval akutní lůžkovou péči a do té doby nebo v těch případech, pokud tuto péči nelze nebo není účelné poskytovat ambulantně či v zařízení ústavní sociální péče.

Zřizování ošetrovatelských lůžek, resp. oddělení v domovech důchodců a jiných ústavech sociální péče upravuje § 61 odst. 3 prováděcí vyhlášky ministerstva práce a

sociálních věcí č. 182/1991 Sb., (v platném znění). Podle § 74 citované vyhlášky jsou samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetrování obyvatel a svěřenců upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči. Náročnou ošetrovatelskou péčí se rozumí pravidelná pomoc při hlavních nebo všech životních úkonech. Jiná kritéria stanovená nejsou, stanovení počtu lůžek je v kompetenci vedení ústavu. **Poskytování odborné zdravotní péče na ošetrovatelských odděleních (resp. lůžkách) citovaná vyhláška neřeší.**

## IV. Současná kapacita ústavní péče o seniory

Přestože řada seniorů zůstává soběstačná i do poměrně vysokého věku a není tudíž odkázána na ústavní péči, společnost se neobejde bez dostatečné lůžkové kapacity pro zdravotně sociální péči. Odhaduje se,<sup>2</sup> že v populaci starší 65 let zůstává cca 80 % spoluobčanů soběstačných s pomocí rodiny a nejbližší komunity, potřebu pomoci v domácnosti pocítuje 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 (k 31.12.2205, včetně charitních domovů pro řeholnice) činí pouze 39 tisíc 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, téměř dva čekatelé jsou v kraji Plzeňském, více než jeden v kraji Středočeském, Královéhradeckém, na Vysočině, v kraji Olomouckém a Moravskoslezském.

Nedostatek „sociálních“ lůžek v domovech důchodců je ještě prohlubován tím, že chybějí i příslušná lůžka ošetrovatelské a následné péče v resortu zdravotnictví. Propočtení 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) v roce 2003. 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 zdravotně znevýhodněných osob v produktivním věku. Pokrok v lékařské péči vede mimo jiné i k poklesu mortality u vrozených vad i úrazů, tj. k tomu, že stále větší množství případů nekončí smrtí, ale pacienti přežívají často za cenu doživotního handicapu. I když přesná statistická data o počtu zdravotně znevýhodněných osob v současné době neexistují, lze na základě nepřímých důkazů odhadovat, že počet zdravotně znevýhodněných osob v produktivním věku roste.<sup>3</sup>

---

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

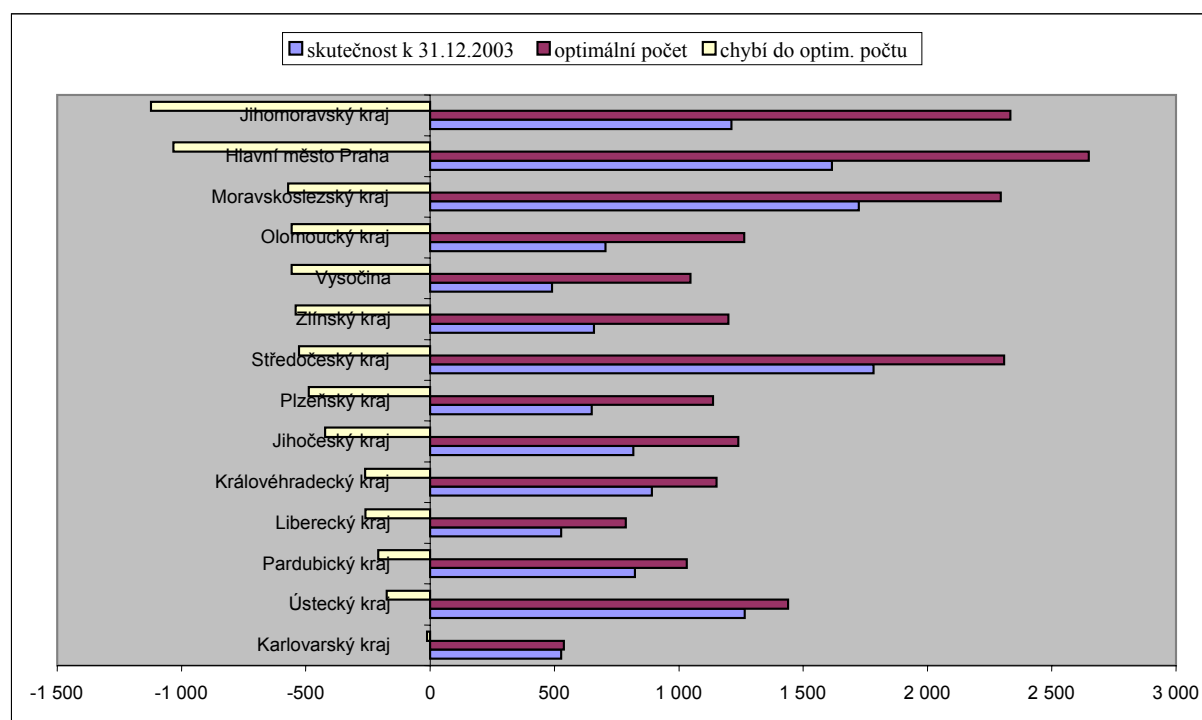
<sup>3</sup> BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, Praha, VÚPSV 2004

**T a b u l k a 2 Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR (2003)<sup>4</sup>**

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

**G r a f 1 Lůžka ošetrovatelské následné péče v krajích ČR**



<sup>4</sup> Propočet potřebných lůžek ošetrovatelské a následné péče za ČR celkem a v jednotlivých krajích provedl 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 této věkové skupiny.

Nedostatek lůžek ošetrovatelské a následné péče, patrný ve všech krajích ČR kromě kraje Karlovarského, by do určité míry mohl být kompenzován ošetrovatelskými lůžky v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech důchodců (resp. podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách v domovech pro seniory).

Pro srovnání jsme provedli propočítání počtu ošetrovatelských lůžek v domovech důchodců na 10 000 obyvatel nad 65 let (tabulka 3). Z tabulky 3 je patrné, že lůžky ošetrovatelské a následné péče ve zdravotnictví je nejlépe vybaven Karlovarský kraj a nejhůře kraj Jihomoravský, nicméně nelze říci, že se oba typy lůžek vzájemně kompenzují. Názorně je regionální rozložení patrné na kartogramech: graf 2 (modrý) charakterizuje rozložení ošetrovatelských lůžek „zdravotnických“, graf 3 (červený) ošetrovatelských lůžek „sociálních“, tj. v domovech důchodců.

**T a b u l k a 3 Zdravotnická lůžka ošetrovatelské a následné péče a lůžka v domovech důchodců na 10 000 obyvatel nad 65 let v ČR celkem a podle krajů**

rok 2005	lůžka ošetrovatelské a následné péče <sup>1</sup> ve zdravotnictví	ošetrovatelská lůžka v domovech důchodců („sociální“)	součet ošetrovatelských lůžek zdravot. a „sociálních“
Zlínský kraj	85	187	272
Pardubický kraj	122	147	269
Ústecký kraj	132	135	267
Moravskoslezský kraj	101	161	262
Jihočeský kraj	96	135	231
Karlovarský kraj	154	63	217
Královéhradecký kraj	102	101	203
Olomoucký kraj	89	105	194
Jihomoravský kraj	76	111	187
Středočeský kraj	111	75	186
Liberecký kraj	86	83	169
Vysočina	103	53	156
Hlavní město Praha	103	39	142
Plzeňský kraj	86	24	110
ČR celkem	101	102	203

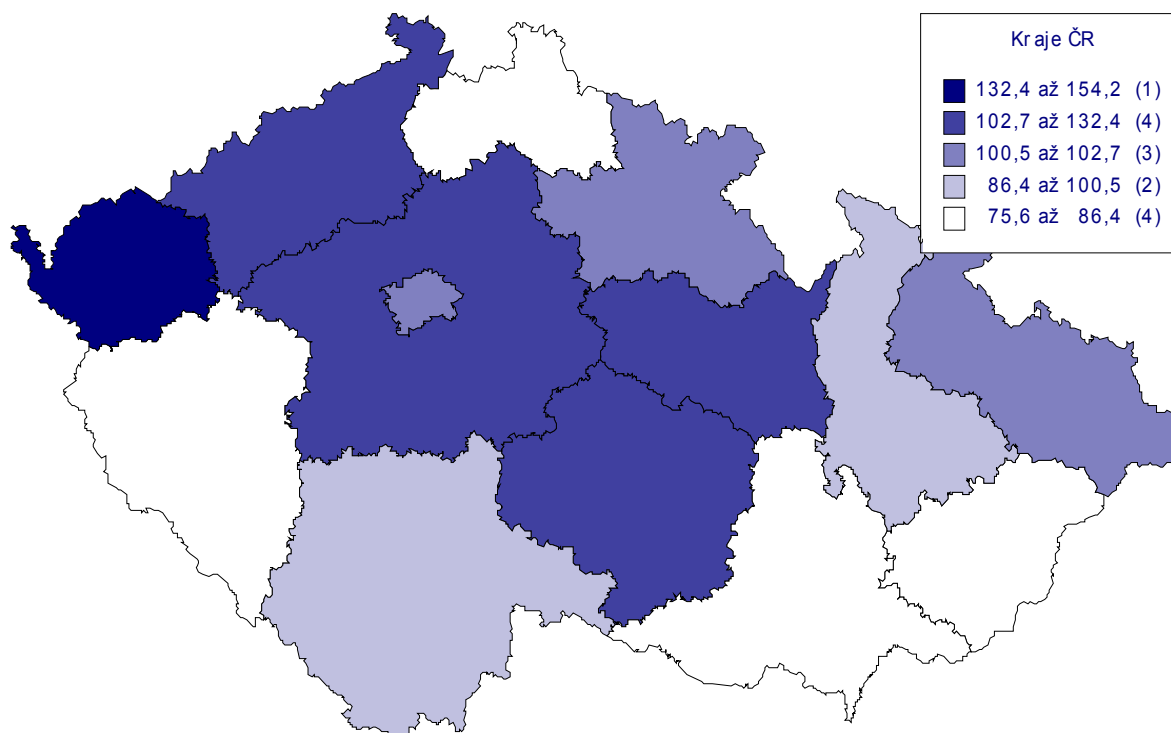
*Poznámky: 1) Jde o ošetrovatelská lůžka v nemocnicích, LDN a v hospicích; malý počet ošetrovatelských lůžek vykazují i ostatní odborné léčebné ústavy (OLÚ).*

*Prameny: ÚZIS, výpočet VÚPSV podle sumáře výkazů MPSV V1-01*

Z tabulky 3 a grafu 4 je zřejmé, že oba typy ošetrovatelských lůžek se vzájemně nekompenzují. Např. Plzeňský kraj má nízký počet jak „zdravotnických“, tak „sociálních“ ošetrovatelských lůžek. Podobně je na tom hlavní město Praha a kraj Vysočina. Naproti tomu oběma typy lůžek jsou dobře vybaveny kraj Ústecký a Pardubický, v kraji Moravskoslezském a hlavně pak Zlínském převažují ošetrovatelská lůžka v domovech důchodců nad ošetrovatelskými lůžky ve zdravotnictví.

V průměru za ČR připadá na 10 000 seniorů nad 65 let cca 100 ošetrovatelských lůžek „zdravotnických“ a 100 ošetrovatelských lůžek „sociálních“. To znamená, že některé ošetrovatelské lůžko čeká na pouhá dvě procenta seniorů příslušné věkové skupiny, což je katastrofálně málo.

**Graf 2 Zdravotnická lůžka ošetrovatelské a následné péče na 10 000 obyvatel 65+ v roce 2005**



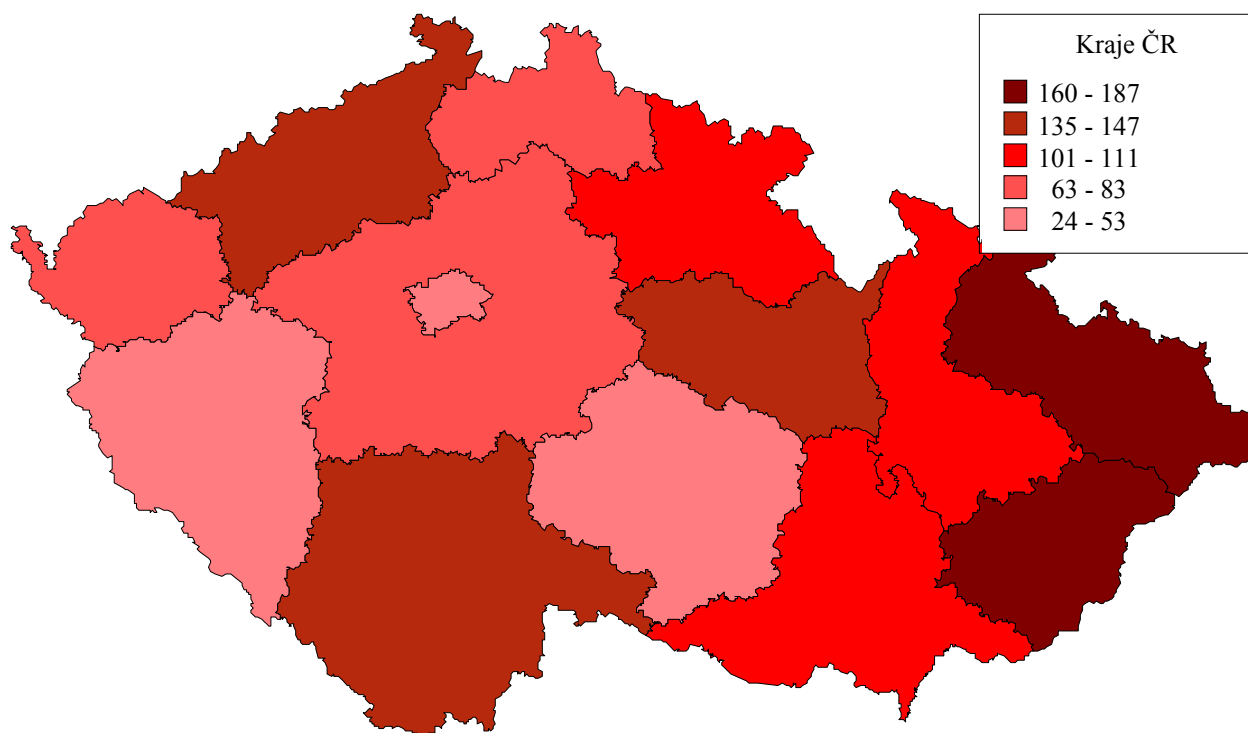
*Pramen: ÚZIS*

**Zdravotnická lůžka ošetrovatelské a následné péče na 10 000 obyvatel 65+ v roce 2005**  
(tabulka ke grafu 2)

	lůžka ošetř. násl. péče	na 10000 obyv.	obyv. 2005 věk 65+
Hlavní město Praha	1 893	102,6	184 426
Středočeský kraj	1 819	111,2	163 574
Jihočeský kraj	848	96,0	88 322
Plzeňský kraj	700	86,1	81 330
Karlovarský kraj	605	154,2	39 238
Ústecký kraj	1 371	132,4	103 559
Liberecký kraj	487	86,4	56 368
Královéhradecký kraj	836	102,4	81 635
Pardubický kraj	894	121,6	73 503
Vysočina	756	102,7	73 593
Jihomoravský kraj	1 263	75,6	167 036
Olomoucký kraj	813	89,4	90 934
Zlínský kraj	732	85,0	86 072
Moravskoslezský kraj	1 677	100,5	166 783
Česká republika	14 694	100,9	1 456 391



**Graf 3 Ošetřovatelská lůžka v DD na 10 000 obyvatel 65 + v roce 2005**

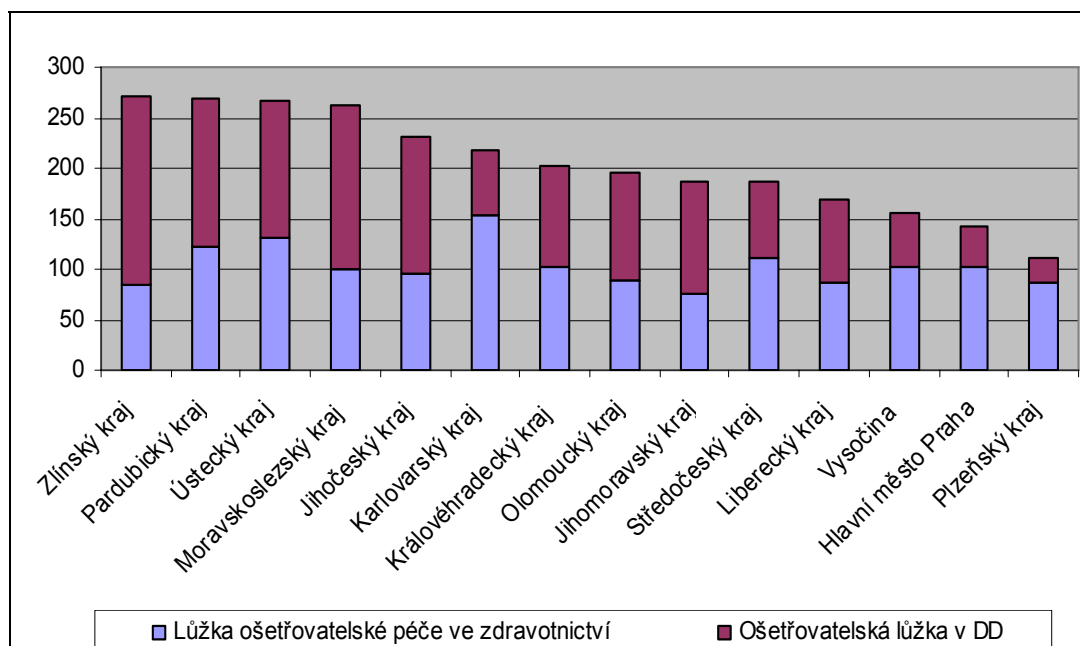


*Pramen: výpočet VÚPSV podle sumáře výkazů MPSV VI-01*

**Ošetřovatelská lůžka v DD na 10 000 obyvatel 65 + v roce 2005 (tabulka ke grafu 3)**

	kapacita na OO	na 10 000 65+	obyvatel 65+	poř. číslo kraje
Plzeňský kraj	196	24,1	81 330	4
Hlavní město Praha	721	39,1	184 426	1
Vysočina	391	53,1	73 593	10
Karlovarský kraj	248	63,2	39 238	5
Středočeský kraj	1 232	75,3	163 574	2
Liberecký kraj	467	82,8	56 368	7
Královéhradecký kraj	822	100,7	81 653	8
Olomoucký kraj	959	105,5	90 934	12
Jihomoravský kraj	1 851	111,0	166 783	14
Jihočeský kraj	1 189	134,6	88 322	3
Ústecký kraj	1 401	135,3	103 559	6
Pardubický kraj	1 081	147,1	73 503	9
Moravskoslezský kraj	2 677	160,3	167 036	11
Zlínský kraj	1 607	186,7	86 072	13
Česká republika	14 842	101,9	1 456 391	

**Graf 4 Počet ošetrovatelských lůžek ve zdravotnictví a v DD na 10 000 obyvatel nad 65 let podle krajů (rok 2005)**



## V. Domovy důchodců 2005

Domovy důchodců jsou zřizovány jako ústavy sociální péče na základě § 61 vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení (v platném znění). V § 72 citované vyhlášky se praví: „Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.“

Pro účely zpracovávaného tématu jsme z dat shromážděných z výkazů V1-01 vybrali údaje za domovy důchodců (kód A1a) a za charitní domovy pro řeholnice, které pro stáří již nepracují (kód C4). Vzhledem k tomu, že tyto charitní domovy plní funkci domovů důchodců, budeme v dalším celý takto vytvořený soubor nazývat „domovy důchodců“ (DD). Do souboru nejsou (až na výjimky uvedené v poznámce) zahrnuty domovy-penziony pro důchodce ani jakákoli další rezidenční zařízení sociální péče.

Sledovány jsou tyto ukazatele:

- počty zařízení a jejich kapacita,
- jako ukazatele zdravotního stavu je sledován počet klientů imobilních, počet klientů, mobilních s dopomocí, počet klientů vyžadujících zvláštní stravování,
- neinvestiční náklady celkem a na jednoho obyvatele,
- počet DD s ošetrovatelskými lůžky, počet ošetrovatelských lůžek,
- počet zaměstnanců (přepočtený) celkem a na jednoho obyvatele.

Pro srovnání tyto ukazatele sledujeme:

- podle zřizovatele (zařízení krajská, obecní, církevní, ostatní),
- v republikovém průměru celkem a za jednotlivé kraje.

### a) Členění podle zřizovatelů

Přijetím zákona č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů (tzv. kompetenční zákon) došlo k řadě změn 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.

Do konce roku 2002 zřizovaly okresní úřady celou řadu organizací, mj. i většinu zařízení sociální péče (zejména ústavů sociální péče, kam patří i domovy důchodců) 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 k tomu, že zákon č. 320/2002 Sb. nabyl účinnosti od 1.1.2003, bylo v roce 2005 „odstátnění“ domovů důchodců a jejich převod na regionální instituce prakticky dokončeno. Z tabulky vidíme, že v roce 2005 téměř polovinu (45 %) domovů důchodců zřizovaly kraje a více než třetinu (37 %) obce, u 15 % jsou zřizovateli církve. Podíl jiných nestátních subjektů je zanedbatelný (3 %). Oproti zahraničí stojí za zaznamenání nulový podíl

soukromého sektoru - podnikání v oblasti sociálních služeb je u nás ztrátové a pro investory nepřitažlivé.

**T a b u l k a 4 Domovy důchodců v roce 2005 podle zřizovatelů**

typ zařízení <sup>1</sup>	zřizovatel	počet DD	podíl na počtu DD	průměrný počet obyvatel DD	podíl na počtu obyvatel DD	neinvest. výdaje na obyvatele a den (Kč)	počet zaměstnanců na 1 obyv.	podíl ošetřovat. lůžek z kapacity
1	stát	0	0%	0	0%	0	0	0%
2	kraj	178	45%	20 410	54%	548	0,50	39%
3	obec	149	37%	14 402	38%	562	0,51	35%
4	církev	59	15%	2 386	6%	546	0,58	43%
5	občanské sdružení	11	3%	424	1%	740	0,85	73%
6	fyzická osoba	0	0%	0	0%	0	0	0%
7	ostatní NNO	1	0%	32	0%	615	0,59	100%
	celkem	398	100%	37 654	100%	555	0,51	38%

Poznámky: 1) Číslování podle výkazu V1-01.

Výraznější než podíl na počtu DD se jeví podíl krajem zřizovaných DD na celkovém počtu obyvatel DD. To svědčí o tom, že „krajské“ DD jsou co do kapacit v průměru větší než DD obecní a církevní. Průměrná kapacita krajských DD činí 118 obyvatel, obecních 100, církevních 44 a u DD zřizovaných občanskými sdruženími je průměrná kapacita 43 obyvatel. Oba poslední zřizovatelé tak poskytují domovy spíše rodinného typu.

Úroveň neinvestičních nákladů na obyvatele a den se u tří hlavních zřizovatelů (krajů, obcí a církví) nijak výrazně neliší. Podstatně vyšší je však u DD zřizovaných občanskými sdruženími, což je v tomto případě dáno vyšším věkem a horším zdravotním stavem, zejména horší mobilitou (vyšší podíl osob trvale upoutaných na lůžko) obyvatel těchto DD, což vyžaduje i podstatně vyšší počet zaměstnanců v přepočtu na 1 obyvatele DD. Je zde rovněž vyšší podíl ošetřovatelských lůžek z celkové kapacity, ale nikoli větší podíl osob trvale upoutaných na lůžko.

**T a b u l k a 5 Hrubé ukazatele zdravotního stavu obyvatel DD za rok 2005 podle zřizovatelů**

zřizovatel	průměrný věk (k 31. 1. 2005)	počet obyvatel se zdravotními obtížemi			podíl z celkového počtu obyvatel DD		
		trvale upoutaných na lůžko	mobilních s dopomocí	vyžadujících nákladnější stravování	trvale upoutaných na lůžko	mobilních s dopomocí	vyžadujících nákladnější stravování
kraj	78	4 647	8 435	8 578	23%	41%	42%
obec	79	3 269	5 956	6 576	23%	41%	46%
církev	79	388	878	1 048	17%	37%	45%
občanské sdružení	77	115	127	114	24%	27%	24%
ostatní NNO	85	27	5	8	84%	16%	25%
celkem	79	8 446	15 401	16 324	22%	41%	43%

Jako hrubé ukazatele zdravotního stavu nám výkaz MPSV-V1-01 poskytuje pouze dva údaje o mobilitě (počet obyvatel trvale upoutaných a lůžko a počet obyvatel mobilních s pomocí druhé osoby nebo technických pomůcek) a o potřebě nákladnějšího stravování (ve většině případů jde o diabetickou dietu). Vynecháme-li DD zřizované občanskými sdruženími a ostatními NNO, jejichž počet je zanedbatelný, vidíme z tabulky 5, že zdravotní stav obyvatel DD u tří hlavních zřizovatelů (krajů, obcí a církví) je vcelku obdobný. Celkový

stupeň mobility (podíl trvale upoutaných na lůžko a mobilních s dopomocí) je dokonce u krajských a obecních DD totožný.

Jak vidíme z tabulky 4, neliší se jednotliví hlavní zřizovatelé (kraje, obce a církve) nijak zásadně ani co do průměrných nákladů a počtu zaměstnanců na 1 obyvatele (mezi těmito dvěma údaji je ostatně velmi těsná závislost) ani co do průměrného věku a podílu ošetrovatelských lůžek z celkové kapacity. Pokud nějaké rozdíly existují, nejsou podstatné.

#### **b) Potřeba lůžek v DD (ČR celkem a podle krajů)**

Normálním stavem i ve stáří by měl být 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 a s tím spojená snížená schopnost sebeobsluhy. PŘEHNAL<sup>5</sup> odhaduje pro rok 2010 potřebu ústavní péče o seniory na 42 300 míst a v roce 2020 na 51 000 míst.

**T a b u l k a 6 Domovy důchodců v ČR: počet neuspokojených žadatelů, kapacita (počet míst) a počet zařízení 1995-2005**

rok	počet neuspokojených žadatelů <sup>6</sup>	počet míst (kapacita)	počet zařízení (v grafu stup. vpravo)	počet žadatelů na 100 míst
1995	18 549	32 305	290	57
1996	21 609	33 779	303	64
1997	23 454	34 436	314	68
1998	25 431	35 218	316	72
1999	27 243	35 656	329	76
2000	28 784	36 662	338	79
2001	34 763	36 612	346	95
2002	33 222	37 686	354	88
2003	37 052 <sup>7</sup>	39 331	369	94
2004	38 220	38 875	373	98
2005	43 187	38 023	380	114

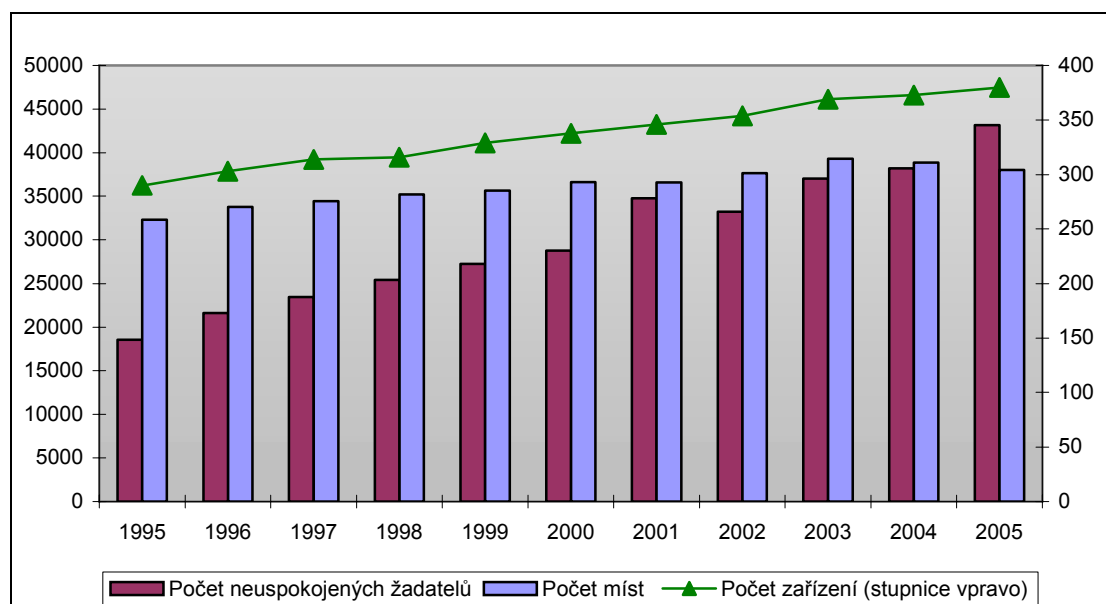
*Prameny: „Základní ukazatele ... MPSV“ a výkaz V1-01 a V-10*

<sup>5</sup> PŘEHNAL, J: Péče o geriatrické a chronicky nemocné pacienty. In: Zdravotnické noviny - Roč. 48, č. 8 (1999), příl. s. 1-2.: obr.

<sup>6</sup> bez charitních domovů pro řeholnice, počet zařízení bez společných zařízení DD a DPD (domovů-pensionů)

<sup>7</sup> V původní tabulce podle pramene „Základní ukazatele ... MPSV“ byl údaj o počtu neuspokojených žadatelů za rok 2003 nepřiměřeně vysoký (50 192), neboť v tomto roce po zrušení okresů statistiku poprvé vyplňovaly obce III. typu a pracovníci se teprve seznamovali s metodikou. Proto po dohodě s odborem statistiky MPSV byl vypočten nový údaj pro rok 2003 (37 052) pomocí regrese v SPSS. Údaj vypočtený pomocí lineární interpolace mezi léty 2002 a 2004 by pro rok 2003 činil 35 721. Podle odhadu odboru statistiky MPSV by se počet neuspokojených žadatelů v roce 2003 měl pohybovat mezi 36 000 až 37 000.

**Graf 5 Vývoj počtu neuspokojených žadatelů a kapacita DD 1995 - 2005**



Nutno poznamenat, že kapacita DD je prakticky plně využita a obyvatelé DD zde mají své stálé bydliště, takže k propuštění zde prakticky nedochází a jediný způsob uvolnění lůžka je úmrtí.<sup>8</sup> V celostátním průměru na každé jednotlivé lůžko čeká jeden další uchazeč; nejhorší je situace v hl. městě Praze.

**T a b u l k a 7 Počet čekatelů na 1 lůžko v DD podle krajů v roce 2005**

rok 2005	čekatelé (neuspokojení žadatelé)	z toho: čekatelé přednostní a naléhaví	kapacita (počet lůžek) k 31.12. 2005	počet čekatelů na 1 lůžko	relativní kapacita (počet lůžek na 100 obyvatel kraje 65+)
Hlavní město Praha	7 460	1 967	2 911	2,6	1,6
Středočeský kraj	5 373	340	4 332	1,2	2,6
Jihočeský kraj	2 235	291	2 999	0,7	3,4
Plzeňský kraj	2 159	396	1 155	1,9	1,4
Karlovarský kraj	771	53	802	1,0	2,0
Ústecký kraj	2 388	133	4 142	0,6	4,0
Liberecký kraj	305	38	1 148	0,3	2,0
Královéhradecký kraj	3 051	592	2 416	1,3	3,0
Pardubický kraj	2 058	206	2 108	1,0	2,9
Vysočina	1 722	368	1 342	1,3	1,8
Jihomoravský kraj	3 169	690	3 995	0,8	2,4
Olomoucký kraj	3 574	1 512	2 582	1,4	2,8
Zlínský kraj	712	152	3 665	0,2	4,3
Moravskoslezský kraj	8 210	958	5 410	1,5	3,2
ČR celkem	43 187	7 696	39 007	1,1	2,7

*Pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí MPSV 2005, výkazy V1-01*

I když počet míst v domovech důchodců roste, daleko rychleji přibývá počet neuspokojených žadatelů. Jak vidíme z tabulky 6, připadalo v letech 1995 - 97 na 100 míst 60 až 70 neuspokojených žadatelů a tento počet soustavně rostl, až v roce 2004 byl počet

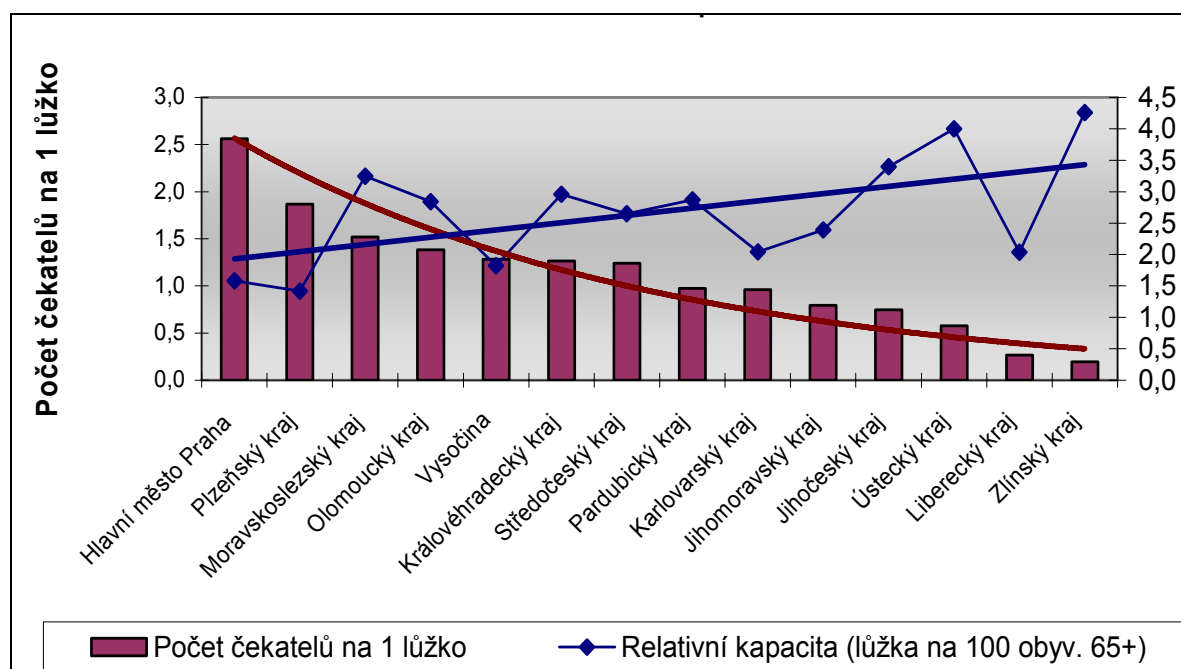
<sup>8</sup> Podobnou morbidní situaci umělecky ztvárnil Jiří Wolker ve své „Baladě z nemocnice“

neuspokojených žadatelů prakticky roven kapacitě DD, což znamená, že v průměru za celou ČR čekal na jedno lůžko v DD jeden uchazeč.

Nedostatek míst řeší MPSV ve vyhlášce 182/1991 Sb., (v platném znění) v § 76 odst. 3 písm. b) vytvořením kategorie žadatelů přednostních a naléhavých takto: „Při stanovení naléhavosti pořadí na umístění do ústavů pro dospělé občany mají přednost osamělí žadatelé a žadatelé-příjemci pečovatelské služby, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku potřebují komplexní péči.“

Ani v roce 2005 se situace nelepší - počet neuspokojených žadatelů o více než 5 tisíc osob překročil kapacitu DD (tab. 6 a graf 6). Přitom však počet domovů důchodců a jejich lůžková kapacita jsou v jednotlivých krajích rozloženy velmi nerovnoměrně - zejména vezmeme-li v úvahu počet obyvatel nad 65 let. V důsledku toho je situace v jednotlivých krajích značně odlišná. Zatímco v Praze čekají na 1 volné lůžko více než 2 další uchazeči a v osmi dalších krajích nejméně po jednom, nesrovnatelně příznivější se jeví situace v kraji Královéhradeckém, Zlínském a na Vysočině.

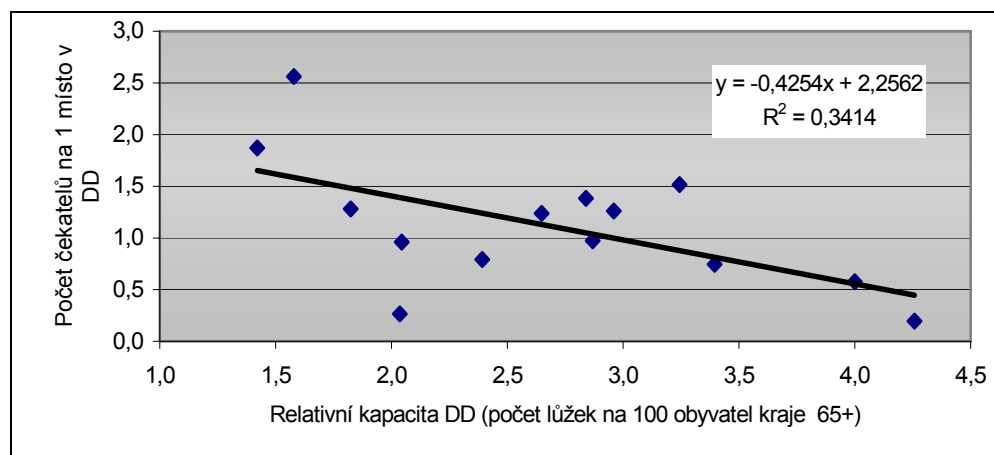
**Graf 6 Počet čekatelů na 1 lůžko a relativní kapacita - rok 2005**



Srovnáme-li jednotlivé kraje sestupně podle počtu čekatelů na 1 lůžko (viz červené sloupce na grafu 6) a připojíme údaje o relativní lůžkové kapacitě, což je počet lůžek v DD na 100 obyvatel starších 65 let v příslušném kraji (modrý spojniciový graf), vidíme závislost, která se už na první pohled jeví samozřejmou.

V krajích, kde je relativní kapacita DD (v přepočtu na 100 obyvatel nad 65 let) vysoká, existuje menší počet čekatelů na 1 lůžko než v krajích, kde je relativní kapacita DD poměrně nízká nebo nedostatečná. Ještě názorněji vynikne tato závislost na bodovém grafu 7: Čím větší je relativní kapacita DD v příslušném kraji, tím nižší je počet čekatelů.

**G r a f 7 Počet čekatelů na 1 lůžko v DD v závislosti na relativní kapacitě DD v příslušném kraji - rok 2005**



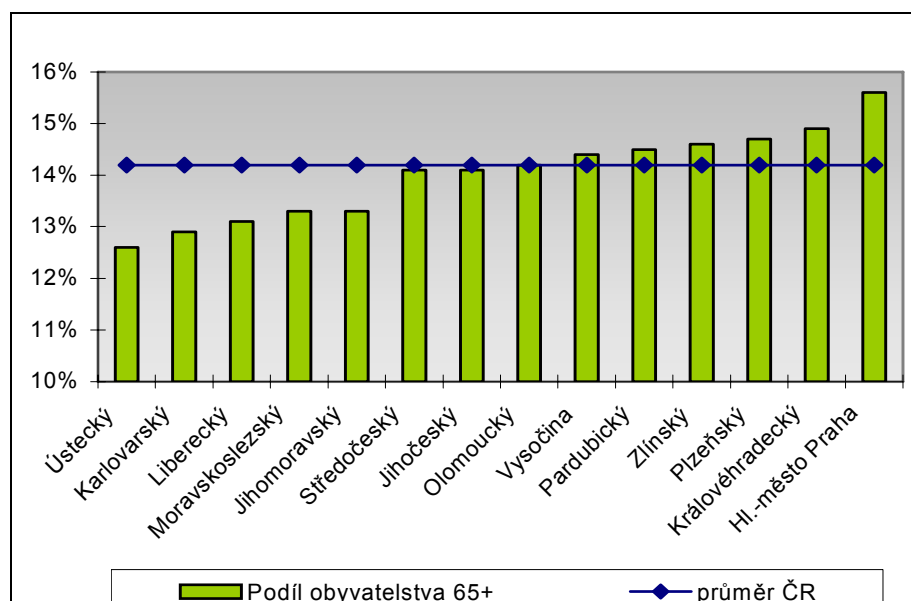
**T a b u l k a 8 Počet DD a jejich kapacita ve vztahu k věkové struktuře obyvatel kraje**

	počet zařízení	kapacita DD počet lůžek (k 31.12.2005)	podíl obyvatelstva kraje ve věku nad 65 let (65+)	relativní kapacita DD (počet lůžek na 100 obyvatel kraje 65+)	podíl lůžek na ošetřovat. oddělení z celkové kapacity DD
Hl. město Praha	22	2 911	15,6	1,58	25%
Středočeský	50	4 332	14,1	2,65	28%
Jihočeský	35	2 999	14,1	3,40	40%
Plzeňský	15	1 155	14,7	1,42	17%
Karlovarský	9	802	12,9	2,04	31%
Ústecký	36	4 142	12,6	4,00	34%
Liberecký	12	1 148	13,1	2,04	41%
Královéhradecký	32	2 416	14,9	2,96	34%
Pardubický	17	2 108	14,5	2,87	51%
Vysočina	14	1 342	14,4	1,82	29%
Jihomoravský	34	3 995	13,3	2,39	46%
Olomoucký	26	2 582	14,2	2,84	37%
Zlínský	41	3 665	14,6	4,26	44%
Moravskoslezský	55	5 410	13,3	3,24	49%
ČR	398	39 007	14,2	2,68	38%

Z tabulky 8 vidíme, že stávající kapacita domovů důchodců je všeobecně nízká a navíc je nerovnoměrně rozložena vzhledem ke stávající věkové struktuře obyvatelstva. Z tabulky 8 a zejména z grafu 8 je patrné, že nejmenší podíl obyvatelstva nad 65 let mají, a tudíž k „nejmladším“ oblastem ČR patří severozápad a sever Čech (kraj Ústecký, Karlovarský a Liberecký) a na Moravě kraj Jihomoravský a Severomoravský. Naproti tomu velmi „starou“ oblastí je hlavní město Praha následovaná krajem Královéhradeckým, Plzeňským, Zlínským a Pardubickým.

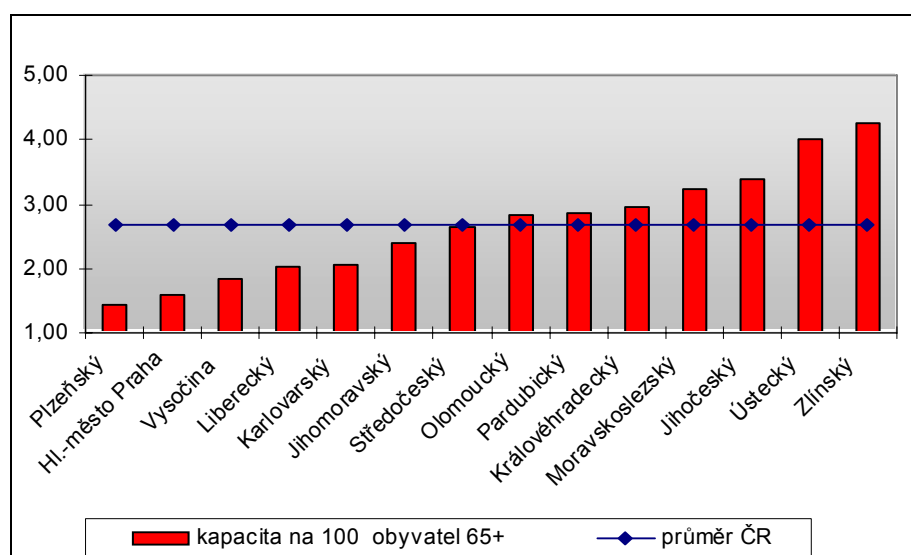


**Graf 8 Podíl obyvatelstva 65+ v krajích ČR roku 2005**



Relativní kapacita DD (počet lůžek na 100 seniorů nad 65 let) viz graf 9 je regionálně velmi různorodá. V ČR jsou to v průměru pouze necelá tři lůžka (přesněji: 2,68), přičemž v Plzeňském kraji a v Praze to nejsou ani celá dvě lůžka. Naproti tomu např. v kraji Ústeckém a Zlínském připadají na 100 seniorů čtyři lůžka. Porovnáním grafu 8 a 9 však zjistíme zajímavý fakt, že totiž pořadí krajů stanovené podle výše lůžkové kapacity DD na 100 seniorů nad 65 let (graf 9) neodráží zcela přesně věkovou strukturu obyvatelstva v jednotlivých krajích (graf 8). Podle očekávání vykazuje nedostatečnou kapacitu DD spolu s hlavním městem Prahou i relativně „starý“ kraj Plzeňský, avšak pod průměrem za Česko zůstává i „mladý“ kraj Liberecký a Karlovarský.

**Graf 9 Kapacita DD na 100 obyvatel 65+**



### c) Zdravotní stav obyvatel DD (ČR celkem a podle krajů)

Rozdíly mezi jednotlivými kraji nejsou jen v počtu čekatelů a v relativní kapacitě DD. Kraje se též liší co do zdravotního stavu obyvatel domovů důchodců a také co do výše neinvestičních nákladů na jednoho obyvatele DD. Zajímavé bude zjistit, do jaké míry je výše nákladů jednotlivých DD ovlivněna věkem a zdravotním stavem jejich obyvatel.

Ze statistických dat MPSV (sumář výkazů V1-01) lze zjistit pouze tři hrubé ukazatele zdravotního stavu, tj.:

1. počet obyvatel zcela imobilních (trvale upoutaných na lůžko),
2. počet obyvatel mobilních s dopomocí (pomoc druhé osoby nebo technické pomůcky),
3. počet obyvatel, jejichž zdravotní stav vyžaduje nákladnější stravování.

Vzhledem k tomu, že jde pouze o velmi přibližné ukazatele, které jsou pro srovnání s LDN zcela nedostatečné, zjišťovali jsme podrobnější údaje o zdravotním stavu pomocí anketárního šetření, jehož metodika i výsledky jsou uvedeny v kapitole VI.

MPSV jako podmínku pro přijetí do DD stanoví dobrý, věku přiměřený zdravotní stav. Tento požadavek se odráží ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení (v platném znění), a to v příloze 7, kde jsou uvedeny zdravotní kontraindikace pro přijetí občana do domova důchodců.

V části B odst. 3 citované vyhlášky se uvádí doslova:

„Do domovů důchodců nelze přijmout občany, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení, a dále pak občany trpící těmito zdravotními postiženími:

- a) infekční a parazitární choroby všech druhů a stadií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění,
- b) tuberkulóza, s výjimkou stadií P III a M III a dalších stabilizovaných a inaktivních forem; potvrzení vydá příslušný odborný lékař příslušného zdravotnického zařízení,
- c) pohlavní choroby v akutním stadiu; v chronickém stadiu jen na základě vyjádření odborného lékaře příslušného zdravotnického zařízení, které nesmí být v rozporu s předpisy hygienické služby,
- d) psychózy a psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé, respektive jeho chování znemožňuje klidné soužití v kolektivu,
- e) chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku a chování občana znemožňuje klidné soužití v kolektivu. Potvrzení vydá odborný lékař-psychiatr příslušného zdravotnického zařízení, při respektování lhůt stanovených pokynem hlavního odborníka-psychiatra Ministerstva zdravotnictví České republiky,
- f) imbecilita a idiotie.“

Umístění osob trpících výše uvedenými chorobami do domova důchodců nepřipadá vůbec v úvahu. Dále citovaná vyhláška v odstavci 4 povoluje určité výjimky, ovšem jedině za předpokladu, že v domově důchodců jsou k dispozici ošetřovatelská lůžka, resp. je zřízeno ošetřovatelské oddělení.

„Pokud není v ústavech sociální péče - domově důchodců zřízeno ošetřovatelské oddělení, nelze do ústavů sociální péče - domovů důchodců přijímat osoby trpící těmito zdravotními postiženími:

- a) zhoubné novotvary všech typů a lokalizací, pokud nebylo po komplexní léčbě dosaženo remise a v době uvažovaného příjmu do domova důchodců byly zjištěny metastázy,
- b) diabetes mellitus nekompenzovatelný standardní dietou a běžnými perorálními léky nebo inzulinem a při současném výskytu komplikací,
- c) roztroušená mozkomíšní skleróza, nebylo-li komplexní léčbou dosaženo dlouhodobé remise nebo nejde-li o stabilizovanou formu; potvrzení vydá přednosta neurologického oddělení příslušného zdravotnického zařízení,

- d) degenerativní nervové nemoci (amyotrofická laterální skleróza, bulbální paralýza, spinální heredoataxie, progresivní mozková a mozečková atrofie apod.), nebylo-li komplexní léčbou dosaženo dlouhodobé remise nebo nejde-li o stabilizovanou formu. Potvrzení vydá přednosta neurologického oddělení příslušného zdravotnického zařízení,
- e) choroby srdeční ve stadiu dekompenzace spojené s výrazným omezením hybnosti a sebeobsluhy,
- f) těžké trofické změny na končetinách cévního původu a ischemické změny na končetinách interní léčbou již neovlivnitelné a v gangrenózním stadiu,
- g) selhávání dýchacích funkcí jakéhokoliv původu spojené s výrazným omezením hybnosti a sebeobsluhy,
- h) chronická onemocnění jater ve stadiu dekompenzace,
- ch) chronická onemocnění ledvin ve stadiu selhání,
- i) chronické fistulující osteomyelitidy jakékoliv etiologie,
- j) ireparabilní stavy po zlomeninách a luxacích, zejména dolních končetin a páteře s těžším omezením hybnosti,
- k) stavy po amputacích s těžším omezením nebo znemožněním pohybu, při kterých nelze počítat s nošením protézy, respektive soběstačností s pomocí berlí nebo ovládáním vozíku pro invalidy,
- l) postižení lokomočního aparátu jakéhokoliv původu s těžším anatomickým a funkčním omezením a se značným ztížením sebeobsluhy,
- m) stavy po poranění nebo operacích mozku, míchy, páteře, s trvalou poruchou hybnosti, která značně omezuje sebeobsluhu,
- n) postižení smyslových funkcí, zejména zraku a sluchu, která způsobují značné omezení nebo ztrátu orientace nebo běžného dorozumívání.“

A nakonec v odstavci 5 se praví:

„Dementní osoby lze přijímat do ústavů sociální péče - domovů důchodců v případech, kdy je při ústavu zřízeno ošetrovatelské oddělení pro tyto osoby.“

Dikce vyhlášky tedy umožňuje přijmout osoby trpící vyjmenovanými chorobami na ošetrovatelská lůžka v domovech důchodců, avšak neexistuje právní předpis, který by jednotlivým domovům důchodců ukládal taková lůžka, resp. celá oddělení zřizovat.

Z výčtu kontraindikací pro přijetí do domova důchodců vyplývá, že obyvatel DD umístěný na běžném (nikoli ošetrovatelském) lůžku musí být v podstatě zdravý. Co do aktuálního zdravotního stavu nám statistika MPSV umožňuje z celkového stavu obyvatel zjistit podíl obyvatel imobilních (trvale upoutaných na lůžko), podíl obyvatel mobilních s dopomocí (tj. za pomoci druhé osoby nebo technických pomůcek) a konečně podíl obyvatel, vyžadujících nákladnější stravování (tj. dietu). Tyto hrubé ukazatele zdravotního stavu jsou zachyceny podle jednotlivých krajů v následující tabulce 9 a grafu 10.

V tabulce 9 je kromě ukazatelů zdravotního stavu uveden i průměrný věk. Dalo by se soudit, že čím jsou obyvatelé domova důchodců starší, tím horší bude jejich zdravotní stav. Nicméně statisticky tato závislost - až na velmi slabou u podílu trvale upoutaných na lůžko - prokázána nebyla. Zdá se, že ukazatele zdravotního stavu podle výkazu V1-01 nejsou pro takový účel dostatečně průkazné.

Z ukazatelů zdravotního stavu podle výkazu V1-01 se jako nejprůkaznější jeví podíl osob trvale upoutaných na lůžko, proto se jím budeme zabývat podrobněji. Srovnáme-li (v tabulce 9 a na grafu 10) podíl obyvatel trvale upoutaných na lůžko v jednotlivých krajích s průměrem za celou ČR, vidíme, že české kraje jsou na průměru anebo - jako kraj Karlovarský, Ústecký, Liberecký a Královéhradecký - pod průměrem, kdežto moravské kraje průměr překračují. Z grafu 10 dále vidíme, že co do mobility jsou na tom nejlépe obyvatelé

domovů důchodců v kraji Karlovarském a Ústeckém, což jsou - jak již bylo ukázáno výše na grafu 8 - kraje relativně „mladé“.

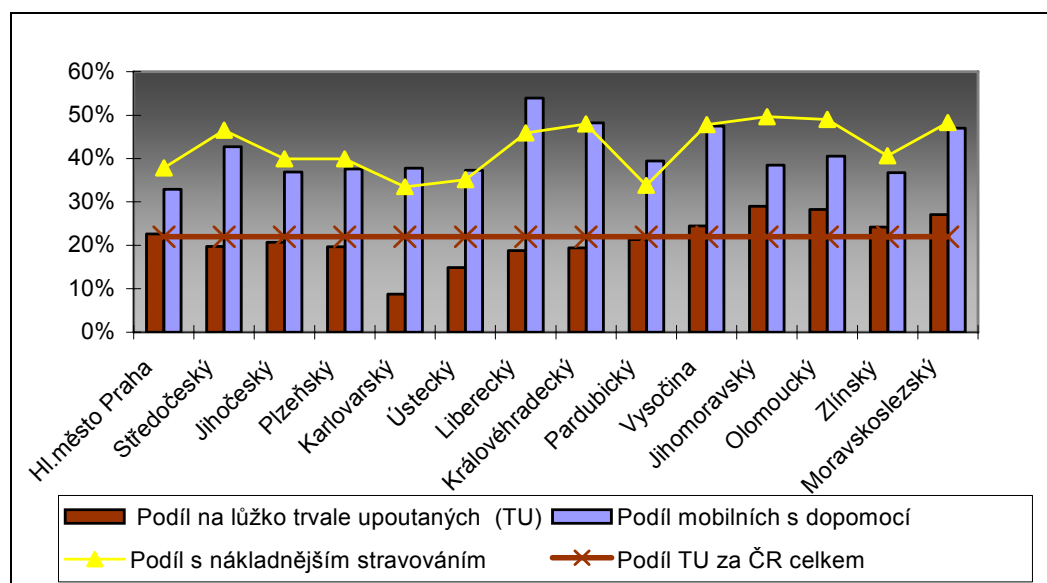
**T a b u l k a 9 Hrubé ukazatele zdravotního stavu obyvatel domovů důchodců a výdaje na osobu a den (podle krajů v roce 2005)**

	průměrný věk	podíl na lůžko trvale upoutaných (TU)	podíl mobilních s dopomocí	podíl s nákladnějším stravováním	průměrné neinvestiční výdaje na osobu a den (v Kč)
Hl.město Praha	82	23%	33%	38%	606
Středočeský	79	20%	43%	47%	556
Jihočeský	85	21%	37%	40%	591
Plzeňský	77	20%	38%	40%	515
Karlovarský	76	9%	38%	34%	456
Ústecký	78	15%	37%	35%	499
Liberecký	78	19%	54%	46%	611
Královéhradecký	79	19%	48%	48%	574
Pardubický	77	21%	39%	34%	553
Vysočina	78	24%	47%	48%	517
Jihomoravský	79	29%	39%	50%	562
Olomoucký	78	28%	41%	49%	540
Zlínský	79	24%	37%	41%	478
Moravskoslezský	78	27%	47%	48%	617
ČR	79	22%	41%	43%	555

*Pramen: Výpočet VÚPSV podle dat MPSV (výkaz V1-01)*

Zajímavé zjištění dává sledování souvislostí mezi věkem, zdravotním stavem a průměrnými denními náklady na 1 obyvatele. Z tabulky 9 vidíme, že relativně „nejmladší“ kraj Karlovarský má ve svých devíti domovech důchodců rovněž - ve srovnání s jinými kraji - relativně „mladé“ obyvatele (průměrný věk 76 let), z nichž je nejméně (pouze 9 %) trvale upoutáno na lůžko. Zároveň jsou v tomto kraji nejnižší průměrné neinvestiční výdaje na 1 obyvatele DD. Platí tyto závislosti všeobecně?

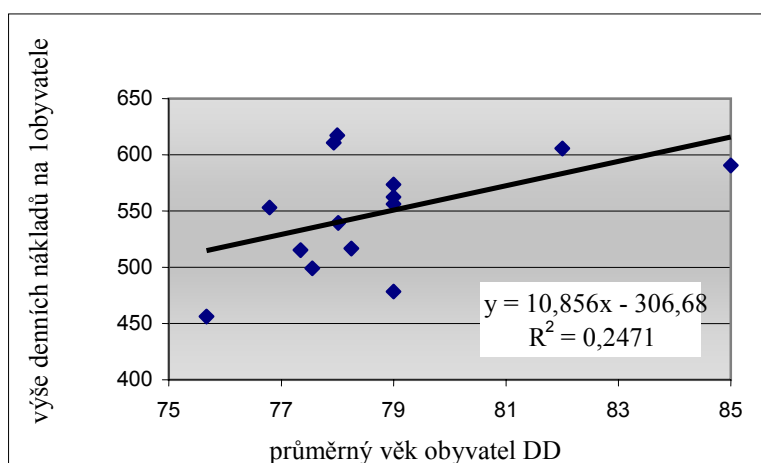
**G r a f 10 Hrubé ukazatele zdravotního stavu v DD - 2005**



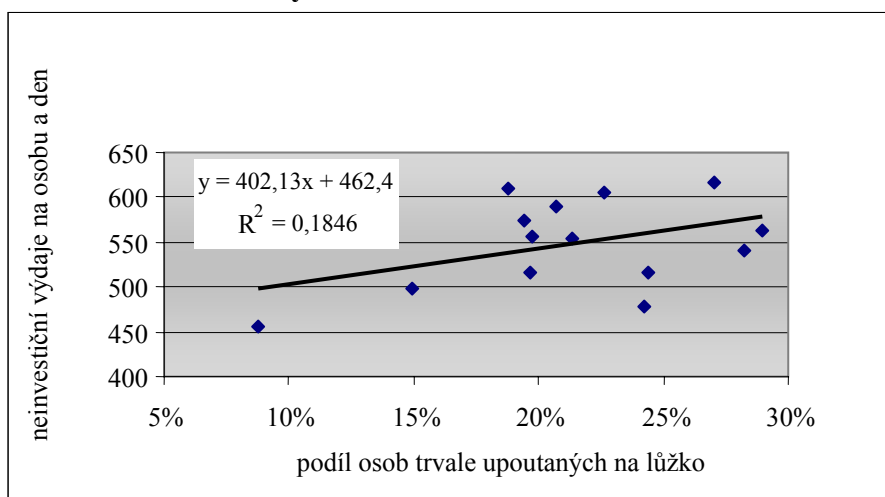
Grafy 11 a 12 ukazují, že denní neinvestiční náklady jednotlivých DD jsou do jisté míry ovlivněny průměrným věkem obyvatel (graf 11) a podílem osob trvale upoutaných na lůžko (graf 12). U ostatních hrubých ukazatelů zdravotního stavu (podíl osob mobilních s dopomocí a podíl osob vyžadujících nákladnější stravování) se však podobná závislost neprojevila.

Obyvatelé vyššího věku a ti, kteří jsou trvale upoutaní na lůžko, vyžadují více péče, takže „společným jmenovatelem“ v tomto případě je vyšší potřeba zaměstnanců. Počet zaměstnanců na 1 obyvatele je uveden v tabulce 10. Z následujícího grafu 13 je pak vidět poměrně výrazná závislost mezi počtem zaměstnanců a neinvestičními náklady na jednoho obyvatele, což je pochopitelné, neboť z ekonomického hlediska patří obor sociálních služeb mezi obory značně pracovní náročné.

**G r a f 11 Závislost výše denních neinvestičních nákladů na průměrném věku obyvatel DD**



**G r a f 12 Závislost výše denních neinvestičních nákladů na TU osob**

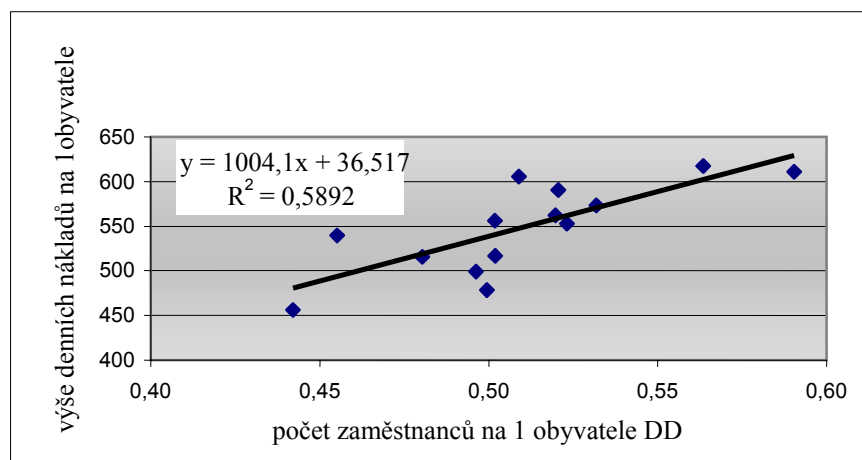


Zdálo by se, že podobná závislost neinvestičních nákladů by měla existovat i na počtu ošetrovatelských lůžek, avšak toto se nepodařilo prokázat. Z toho můžeme usoudit, že ošetrovatelská lůžka se nijak podstatně neodlišují od lůžek běžných, a to ani co do nákladů ani co do náročnosti na počet zaměstnanců.

**Tabulka 10 Výdaje a počet zaměstnanců na 1 obyvatele DD v roce 2005**

	průměrný počet obyvatel DD	roční neinvestiční výdaje (tis. Kč)	průměrný evidenční počet zaměstnanců (přepočtený)	počet zaměstnanců na 1 obyvatele DD	roční neinvestiční výdaje na 1 obyvatele DD (Kč)	výdaje na 1 obyvatele a den (Kč)	podíl lůžek na ošetřovat. odd. z celkové kapacity DD
Hl. město Praha	2 737	605 205 311	1 393	0,51	221 120	606	25%
Středočeský	4 262	865 546 368	2 139	0,50	203 085	556	28%
Jihočeský	2 837	611 700 500	1 477	0,52	215 615	591	40%
Plzeňský	1 120	210 674 162	538	0,48	188 102	515	17%
Karlovarský	785	130 705 230	347	0,44	166 503	456	31%
Ústecký	3 966	722 372 264	1968	0,50	182 141	499	34%
Liberecký	1 150	256 439 678	679	0,59	222 991	611	41%
Královéhradecký	2 352	492 377 614	1251	0,53	209 344	574	34%
Pardubický	2 026	409 118 824	1060	0,52	201 934	553	51%
Vysočina	1 295	244 228 995	650	0,50	188 594	517	29%
Jihomoravský	3 835	787 332 695	1 993	0,52	205 302	562	46%
Olomoucký	2 529	498 033 563	1151	0,46	196 929	540	37%
Zlínský	3 530	616 110 220	1763	0,50	174 535	478	44%
Moravskoslezský	5 230	1 178 658 808	2 947	0,56	225 365	617	49%
ČR	32 424	6 449 845 424	19 356	0,51	202 595	555	38%

**Graf 13 Závislost výše denních neinvestičních nákladů na počtu zaměstnanců na 1 obyvatele**



#### **d) Ošetrovatelská lůžka v DD**

Pokud obyvateľ domova dôchodcov potrebuje zvýšenou zdravotní péči, naskytá se možnost umístění na zvlášť vyčleněné ošetrovatelské lůžko, případně do ošetrovatelského oddělení. Ze sdělení Mgr. D. Kratochvílové z oddělení sociálních služeb MPSV vyjímáme: „Podle § 61 odst. 3 prováděcí vyhlášky ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., (v platném znění) mohou být v ústavech sociální péče a domovech důchodců zřízena samostatná ošetrovatelská oddělení pro ošetrování obyvatel a svěřenců upoutaných na lůžko nebo vyžadujících jinou náročnou ošetrovatelskou péči. Jiná kritéria stanovená nejsou, stanovení počtu lůžek je v kompetenci vedení ústavu.“ § 74 citované vyhlášky dále uvádí: „Na ošetrovatelských odděleních v ústavech se poskytuje náročná ošetrovatelská péče občanům, jejichž nepříznivý zdravotní stav omezuje převážně nebo úplně jejich schopnost

sebeobsluhy. Náročnou ošetrovatelskou péčí se rozumí pravidelná pomoc při hlavních nebo všech životních úkonech.“ **Poskytování odborné zdravotní péče na ošetrovatelských odděleních (resp. lůžkách) však citovaná vyhláška neřeší.**

Zdravotní indikace pro zřízení ošetrovatelských lůžek (resp. ošetrovatelských oddělení) jsou *nepřímo uvedeny* v odstavci 4 odd. B písmeno a) až n) citované vyhlášky (viz str. 25-26 této práce). Oddělení sociálních služeb MPSV dále uvádí, že „Podle výše uvedeného paragrafu vyhlášky č. 182/1991 Sb. je kritériem pro umístění na ošetrovatelských lůžkách hledisko zdravotní a je plně v kompetenci vedení rezidenčního zařízení sociálních služeb.“

Podle jednotlivých **hlavních zřizovatelů** (krajů, obcí a církví) se podíl ošetrovatelských lůžek z celkové kapacity příliš neliší a činí zhruba dvě pětiny celkové lůžkové kapacity (viz tabulka 11).

Necháme-li stranou DD ostatních zřizovatelů, které jsou málo zastoupeny a jsou netypické, vidíme, že DD čistě ošetrovatelské jsou nejsilněji zastoupeny v souboru DD církevních (24 % všech církevních DD). Naproti tomu krajské DD patří více než z poloviny (53 %) do skupiny, kde jsou k dispozici oba typy lůžek. Nejmenší podíl ošetrovatelské kapacity vykazují DD, jejichž zřizovatelem je obec.

**T a b u l k a 11** Neinvestiční náklady a počet zaměstnanců na jednoho obyvatele DD, průměrný věk a podíl ošetrovatelských lůžek - OL - z celkové kapacity (rok 2005 podle zřizovatelů)

zřizovatel	počet DD	neinvestiční náklady na 1 obyvatele DD za rok (tis. Kč)	neinvestiční náklady na 1 obyvatele DD za den (Kč)	počet zaměstnanců na 1 obyvatele	průměrný věk obyvatel	podíl OL z celkové kapacity DD
kraj	178	200	548	0,50	78	39%
obec	149	221	605	0,51	79	35%
církev	59	199	545	0,58	79	43%
občanské sdružení	11	270	740	0,85	77	73%
ostatní nestátní neziskové organizace	1	224	614	0,59	85	100%
celkem	398	203	555	0,51	78	38%

*Pramen: výpočet VUPSV z dat MPSV (soubor: DD\_VÚPSV\_2005\_4-list celkem)*

Z hlediska podílu ošetrovatelských lůžek máme tři typy domovů důchodců (viz tabulka 12):

1. DD, kde celou lůžkovou kapacitu představují ošetrovatelská lůžka - 17 % všech DD
2. DD, které ošetrovatelská lůžka vůbec nemají - 40 % všech DD
3. DD, kde ošetrovatelská lůžka tvoří část lůžkové kapacity - 43 % všech DD

Pro srovnání s LDN by bylo třeba zjistit, nakolik péče o pacienty na ošetrovatelském lůžku je nákladnější a pracnější než péče o běžné obyvatele DD. Vzhledem k tomu, že náklady na ošetrovatelská a běžná lůžka se zvláště nesledují, dotázali jsme se ve vybraných DD přímo. Respondenti našeho dotazníkového průzkumu uvádějí, že ošetrovatelská lůžka jsou nesporně nákladnější a pracnější zejména pro vyšší spotřebu prádla, větší zatížení ošetrovatelského personálu a pro nároky na vybavení lůžka přídatným zařízením. Jednotliví respondenti však nebyli schopni svá tvrzení číselně doložit.

**Tabulka 12 Počet domovů důchodců podle vybavenosti ošetřovatelskými lůžky - OL (rok 2005 podle zřizovatelů)**

zřizovatel	počet domovů důchodců				podíl z celkového počtu DD			
	počet DD, které mají pouze OL	počet DD, které OL vůbec nemají	počet DD, které mají oba typy lůžek	počet DD celkem	podíl DD, které mají pouze OL	podíl DD, které OL vůbec nemají	podíl DD, které mají oba typy lůžek	celkem
kraj	22	62	94	178	12%	35%	53%	100%
obec	26	69	54	149	17%	46%	36%	100%
církev	14	25	20	59	24%	42%	34%	100%
ostatní	5	3	4	12	42%	25%	33%	100%
celkem	67	159	172	398	17%	40%	43%	100%

Ze sumáře výkazů V1-01 bylo možno provést pouze celkový propočet, z něhož vychází, že DD, které mají pouze ošetřovatelská lůžka, vykazují o něco vyšší průměrné náklady a mají nepatrně větší počet zaměstnanců na 1 obyvatele, než je průměr za všechny DD. Největší rozdíl je pak vůči nákladům a počtu zaměstnanců v DD, které ošetřovatelská lůžka vůbec nemají. Zpracované podklady tak do jisté míry potvrzují předpoklad, že péče o obyvatele DD umístěné na ošetřovatelském lůžku je nákladnější a pracnější než péče o běžné obyvatele (tabulka 13). Statisticky vykázaný rozdíl je však poměrně malý a závislost výdajů na počtu ošetřovatelských lůžek u všech 172 DD, které mají oba typy lůžek, se prokázat nepodařila.

**Tabulka 13 Náklady a zaměstnanci v DD roku 2005 podle vybavenosti ošetřovatelskými lůžky (OL)**

	počet DD, které mají pouze OL	počet DD, které OL vůbec nemají	počet DD, které mají oba typy lůžek	počet DD celkem
počet zařízení	67	159	172	398
podíl z celkového počtu zařízení	17%	40%	43%	100%
kapacita (počet míst)	6 095	13 375	19 537	39 007
podíl OL z kapacity DD v %	100%	0%	45%	38%
podíl trvale upoutaných na lůžko (TU) <sup>1</sup>	25%	19%	24%	22%
počet zaměstnanců na 1 obyvatele	0,52	0,50	0,52	0,51
denní výdaje na 1 obyvatele v Kč	564	523	574	555

Poznámky: <sup>1</sup> z celkového stavu obyvatel k 31. 12. 2005 v % Pramen: Výpočet VÚPSV z podkladů MPSV

V tabulce 13 však překvapuje fakt, že domovy důchodců „ošetřovatelského typu“ (tj. ty, které nemají jiná než ošetřovatelská lůžka) vykazují pouze čtvrtinu osob trvale upoutaných na lůžko, zatímco domovy, kde existují oba typy lůžek, pouze o 1 procentní bod méně. Dokonce ani v domovech, které ošetřovatelská lůžka nemají, není podíl osob trvale upoutaných na lůžko nijak výrazně nižší (činí 19 %, tj. o 6 procentních bodů méně). Za ČR celkem podíl ošetřovatelských lůžek z celkové kapacity (38 %) výrazně převyšuje podíl osob trvale upoutaných na lůžko (22 %). I když podíl ošetřovatelských lůžek je vypočten z celkové kapacity a podíl osob trvale upoutaných na lůžko ze stavu obyvatel k 31.12.2005, tento rozdíl - vzhledem ke téměř plnému vytížení kapacity DD - nehraje roli.

Vztah mezi podílem osob trvale upoutaných na lůžko a podílem ošetřovatelských lůžek se však v jednotlivých krajích značně odlišuje (viz tabulka 14 a graf 14). Přitom podle logické úvahy by mezi těmito dvěma ukazateli neměl být tak značný rozdíl: pacient trvale upoutaný na lůžko potřebuje přece celodenní péči a té by se mu mělo dostávat na



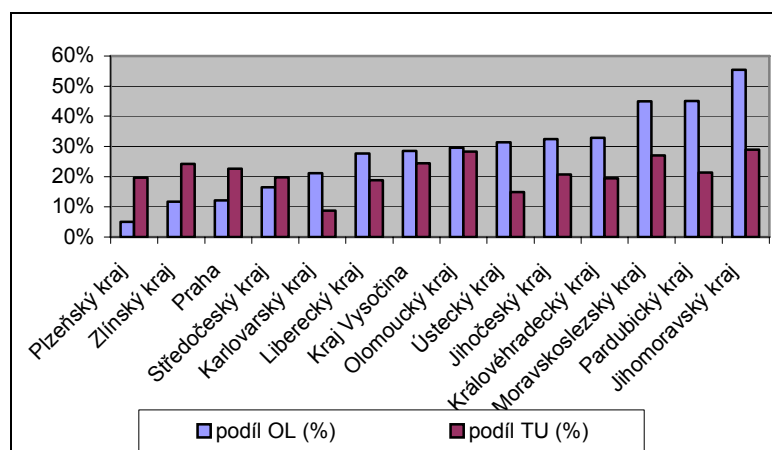
ošetřovatelském lůžku. Vyrovnaný podíl u obou ukazatelů můžeme však sledovat pouze v kraji Olomouckém - jinde se hodnoty značně rozcházejí.

**T a b u l k a 14 Podíl ošetřovatelských lůžek (OL) a osob trvale upoutaných na lůžko (TU) 2005 podle krajů**

	Plzeňský	Zlínský	Praha	Středočeský	Karlovarský	Liberecký	Vysočina	Olomoucký	Ústecký	Jihočeský	Královéhrad.	Moravskosl.	Pardubický	Jihomorav.
podíl OL (%)	5%	12%	12%	16%	21%	28%	29%	30%	31%	32%	33%	45%	45%	55%
podíl TU (%)	20%	24%	23%	20%	9%	19%	24%	28%	15%	21%	19%	27%	21%	29%

V tabulce 14 i na grafu 14 je vzestupně srovnán podíl ošetřovatelských lůžek z celkové kapacity a k němu přiřazen podíl osob trvale upoutaných na lůžko v tom kterém kraji. Zde vidíme, že ve čtyřech krajích, které vykazují nízký podíl ošetřovatelských lůžek z celkové kapacity (kraj Plzeňský, Zlínský, Středočeský a Praha), podíl imobilních osob trvale upoutaných na lůžko značně (až čtyřnásobně) převyšuje podíl ošetřovatelských lůžek. Naopak v krajích, které vykazují vysoký podíl ošetřovatelských lůžek, tento podíl vysoce překračuje podíl imobilních osob.

**G r a f 14 Podíl ošetřovatelských lůžek (OL) a podíl obyvatel trvale upoutaných na lůžko (TU) - 2005**



Diskrepanci mezi podílem ošetřovatelských lůžek a podílem osob na lůžko trvale upoutaných lze vysvětlit i tak, že kapacita OL není vyhrazena pouze pro osoby imobilní (tzv. „ležáky“), ale jsou zde vyčleněna i oddělení pro mobilní (nebo částečně mobilní) pacienty vyžadující zvýšenou péči. Jedná se zejména o osoby s psychiatrickou diagnózou.

Tak např. v DD kódové č. 3403022 bylo v roce 2005 celkem 89 ošetřovatelských lůžek (78 % celkové kapacity), ale jen 26 osob zcela imobilních (23 % stavu k 31.12.2005). Ošetřovatelská lůžka byla rozdělena takto:

15 lůžek - imobilní

27 lůžek - mobilní klienti s psychiatrickou diagnózou

19 lůžek - imobilní a částečně mobilní klienti s psychiatrickou diagnózou

28 lůžek - klienti s demencí se zvláštním režimem<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Zřizování těchto oddělení v domovech důchodců výslovně povoluje vyhláška 182/1991 Sb., (v platném znění) v § 61 odst. 3

## Objem ošetrovateľskej péče v DD ve srovnání s LDN

Objem ošetrovateľskej péče lze měřit a srovnávat velmi obtížně, neboť DD nejsou zdravotnická zařízení, na něž by se vztahovala vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Průkopnickou prací na tomto poli je diplomová práce Hany Ryšánkové, která srovnává ošetrovateľskou péči v minutách za den u 3 LDN a 3 DD.

**Tabulka 15 Rozsah ošetrovateľskej péče v minutách za den**

zařízení	počet pacientů/ klientů celkem	z toho: lůžka ošetrovat. péče	ošetrovat. péče celkem (minut/den)	minut na 1 pacienta/ klienta celkem	průměrná kategorie soběstačnosti
LDN 1	142	142	7 859,5	55,4	2,92
LDN 2	113	113	4 985,5	44,1	2,96
LDN 3	143	143	7 057	49,4	3,10
LDN celkem	398	398	19 902	50,0	2,99
DD1	199	119	7 339,5	36,9	3,11
DD2	126	45	2 343	18,6	2,35
DD3	270	204	1 998,5	7,4	2,50
DD celkem	595	368	11 681	19,6	2,67

*Pramen: Ryšánková, H.: Poskytování ošetrovateľskej péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních, diplomová práce 2005*

Z tabulky je patrné, že průměrný objem ošetrovateľskej péče v minutách na 1 pacienta/klienta je ve zkoumaných zařízeních daleko vyšší u LDN, což se vcelku dá předpokládat. Autorka to zdůvodňuje jednak lepším zdravotním stavem obyvatel DD, jednak jejich větší samostatností, která jim umožňuje některé lehčí ošetrovateľské úkony nevyžadující zvláštní kvalifikaci provádět „samoobslužně“. I když celkově nižší objem ošetrovateľskej péče v domovech důchodců nepřekvapuje, z údajů uvedené tabulky hlavně zaráží velké rozdíly mezi jednotlivými DD, což u LDN nepozorujeme.

**Tabulka 16 Kategorie pacienta podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami**

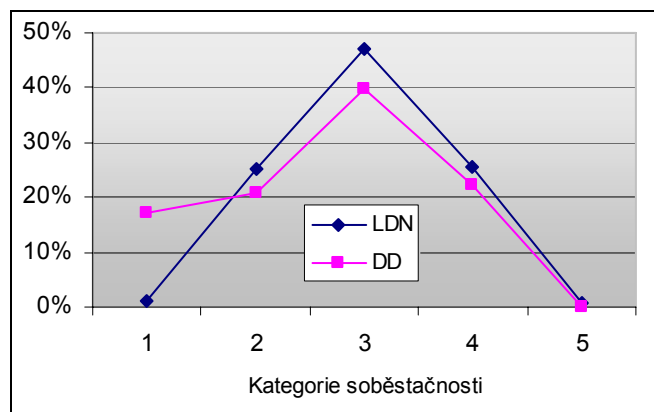
1	pacient soběstačný	pacient je nezávislý na základní ošetrovateľskej péči, dítě nad 10 let
2	pacient částečně soběstačný	pacient se obslouží sám s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí nebo samostatně na invalidním vozíku, dítě 6 - 10 let
3	pacient vyžadující zvýšený dohled	– lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí nebo samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje téměř úplnou obsluhu – psychicky alterovaný pacient vyžadující zvýšený dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění – dítě od 2 do 6 let
4	pacient imobilní	lucidní, zcela imobilní pacient, případně inkontinentní, vyžaduje ošetrovateľskou pomoc při všech úkonech, dítě do 2 let
5	pacient v bezvědomí	pacient je v bezvědomí

Na objem poskytnuté ošetrovateľskej péče má vliv zdravotní stav a z něho vyplývající soběstačnost pacientů. Ryšánková u obou zkoumaných typů zařízení nesrovnává zdravotní stav na základě diagnóz pacientů/klientů, nýbrž tito jsou zařazováni podle stupně soběstačnosti do kategorií podle vyhlášky č. 134/1998 Sb. (v platném znění). Tyto kategorie jsou přehledné, jejich využití je snadné a výhodou je i shoda se zdravotní pojišťovnou.

Na rozdíl od Ryšánkové se domníváme, že rozložení pacientů v jednotlivých kategoriích se v DD od LDN podstatně neliší (viz graf 15). Podrobnější přihlédnutí k jejím

datům ukazuje, že stupeň nesoběstačnosti se jeví - s výjimkou nejlehčích případů - obdobný. Rozdíl je jedině v kategorii 1, v níž je v LDN zařazeno pouze 1 % pacientů, zatímco v DD je to 17 % pacientů. Autorka uvádí, že tento stav je zřejmě způsoben tím, že do sociálních zařízení odchází osoby poměrně samostatné, které k tomuto kroku nutí jiné než zdravotní důvody. Rozložení procentních podílů je patrné z grafu.

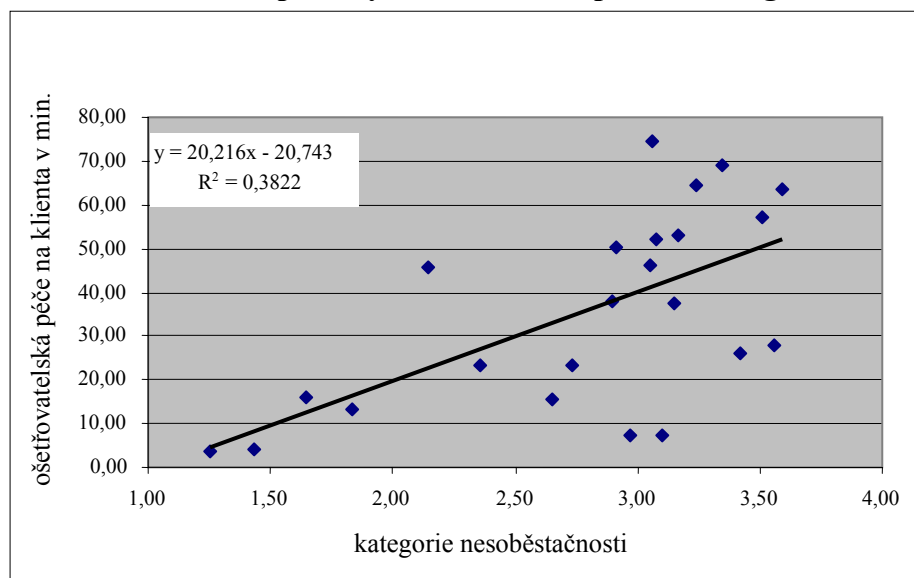
**G r a f 15 Rozložení pacientů /klientů podle kategorií soběstačnosti (v %)**



*Pramen: Zpracováno podle dat diplomové práce H. Ryšánkové*

Srovnáme-li objem ošetrovatelské péče na jednoho pacienta/klienta (v minutách) se zjištěným stupněm (ne)soběstačnosti podle jednotlivých oddělení DD a LDN (celkem 24 pozorování), zjišťujeme poměrně výraznou závislost potřeby ošetrovatelské péče na kategorii (ne)soběstačnosti.

**G r a f 16 Závislost potřeby ošetrovatelské péče na kategorii nesoběstačnosti**



V kategorii 2, 3 a 4 je v obou typech zařízení zařazen téměř totožný podíl pacientů: kategorii 2 v LDN je to 25 % pacientů, v DD 24% pacientů. Ani v kategorii 3 není zásadní rozdíl, protože v LDN je to 47 % pacientů a v DD 40 % pacientů. Tento rozdíl může být způsoben špatným zařazením pacientů do kategorie anebo sníženou potřebou ošetrovatelské péče u klientů DD. Kategorie 4 má opět podobné zastoupení jak v LDN - 26 % pacientů, tak v DD - 22 %. Kategorie 5, kde jsou zařazeni pouze nejtěžší pacienti v bezvědomí, je uváděna

pouze v LDN - jedná se o 1% pacientů. Průměrná kategorie, vypočítaná jako vážený průměr za pacienty/klienty příslušných zařízení činí 2,99 u pacientů LDN a 2,67 u klientů DD.

### **Nové úpravy v souvislosti se zákonem o sociálních službách**

Od 1.1.2007 nabude účinnosti zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Zákon se podrobně zabývá poskytováním sociálních služeb a nahrazuje dosavadní úpravu obsaženou v zákoně o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb. Nová právní norma má zajistit uživatelům kvalifikovanou a kvalitní pomoc v tíživých životních situacích. Tvůrci zákona bohužel podcenili komplexnost, provázanost a multiduplicitu poskytování zdravotních a sociálních služeb.

V novém zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je pro dosavadní domovy důchodců stanoven název „domovy pro seniory“. Otázka zřizování ošetrovatelských lůžek zde výslovně řešena není; vzhledem k tomu, že se neruší vyhláška 182/1991 Sb. (v platném znění), zůstávají ošetrovatelská lůžka, resp. oddělení, zachována.

Dle statistických údajů téměř 50 % klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb vyžaduje poskytování zdravotní péče. Přesto, že je to tak široký okruh uživatelů, nový zákon hovoří o zdravotní péči, která se poskytuje v těchto zařízeních, pouze okrajově, v § 36: *„poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby ve vyjmenovaných zařízeních sociálních služeb. Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulanti péče poskytované podle zvláštního právního předpisu*

*a) prostřednictvím zdravotnického zařízení,*

*b) jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu“.*

Rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis, kterým jsou § 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

V novém zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se z hlediska zdravotní péče na domovy pro seniory vztahuje ustanovení § 36: *„Poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f).<sup>10</sup> Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulanti péče poskytované podle zvláštního právního předpisu*

*a) prostřednictvím zdravotnického zařízení,*

*b) jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu; rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis.“*

Současně zákonem č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, dochází ke změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který v § 17 umožňuje, aby Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní pojišťovny uzavíraly zvláštní smlouvy s pracovníky zařízení sociálních služeb o poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče.

---

<sup>10</sup> tam patří i domovy pro seniory

## VI. Výběrové šetření v domovech důchodců a v LDN

Jak již bylo řečeno, ukazatele zdravotního stavu obyvatel DD uváděné ve výkazu V1-01 představují pouze první přiblížení a pro podrobnější srovnání se nehodí. Dále nás zajímaly některé podrobnější ukazatele týkající se hlavně ekonomiky. Proto jsme se rozhodli přikročit k výběrovému šetření. Počet oslovených respondentů z řad LDN byl limitován počtem samostatně hospodařících LDN, kterých je podle sdělení ÚZIS 24. K nim jsme přiřadili domovy důchodců tak, aby počet obou typů zařízení (zdravotnického a sociálního) podle krajů byl pokud možno stejný - bohužel tento záměr se nepodařilo zcela uskutečnit. Počet respondentů podle krajů shrnuje tabulka 17, porovnání se souborem všech DD v Česku tabulka 18.

**T a b u l k a 17 Počet oslovených LDN a k nim přiřazených domovů důchodců v jednotlivých krajích**

	LDN	DD
obesláno celkem	23	22
počet vrácených dotazníků	16	16
návratnost v %	70%	73%
z toho počet vrácených dotazníků podle krajů:		
Hl. m. Praha	2	2
Středočeský kraj	1	2
Jihočeský kraj	0	2
Plzeňský kraj	1	2
Karlovarský kraj	3	1
Ústecký kraj	1	0
Liberecký kraj	1	1
Královéhradecký kraj	2	2
Pardubický kraj	1	2
Vysočina	1	0
Jihomoravský kraj	1	0
Olomoucký	0	0
Zlínský kraj	1	0
Moravskoslezský kraj	1	2

### Odpovědi z domovů důchodců

Soubor 16 domovů důchodců, které vyplnily zaslané dotazníky, představuje 4 % z celkového počtu DD v ČR. Jejich kapacita, průměrný počet obyvatel, počet ošetrovatelských lůžek a počet zaměstnanců tvoří shodně 6 % z celkové kapacity, průměrného počtu obyvatel, ošetrovatelských lůžek a počtu zaměstnanců všech DD v ČR. Průměrný věk obyvatel činí 79 let (průměr za ČR 78). Z celkového počtu 16 respondentů tři DD ošetrovatelská lůžka nemají, naopak 3 nemají lůžka běžná (jde o DD „ošetrovatelského typu“), zbývajících 10 lze charakterizovat jako DD „smíšeného“ typu.

Z uvedených dat je patrné, že vrácené dotazníky z DD kopírují celkovou strukturu DD a představují tak (i přes poměrně malé zastoupení) vcelku reprezentativní vzorek. Přehledné srovnání poskytuje tabulka 18.

**T a b u l k a 18 Srovnání DD-respondentů se souborem DD celkem**

	respondenti	všechny DD	poměr (všechny DD = 100 %)
počet DD	16	398	4%
kapacita celkem lůžek	2 409	39 007	6%
z toho počet OL	918	14 842	6%
podíl OL z celkové kapacity	38%	38%	100%
průměrná kapacita 1 domova	151	98	154%
denní náklady na 1 obyvatele	591	555	106%
průměrný věk	78,3	78	100%
počet zaměstnanců na 1 obyvatele	0,51	0,51	100%

Rozeslané dotazníky obsahovaly celkem 16 otázek. Dotazník je uveden v příloze.

### **1. Jakou část vaší kapacity (v %) zaujímají tzv. „ošetřovatelská lůžka“ (OL)?**

Co se týče podílu ošetřovatelských lůžek z celkové kapacity, pak tři respondenti (19 % z celkového počtu) mají všechna lůžka ošetřovatelská, 3 respondenti (19 %) nemají žádné ošetřovatelské lůžko a zbývajících deset (62 %) má oba typy lůžek.<sup>11</sup> U třetího typu DD se podíl OL z celkové kapacity pohybuje od 9 do 65 procent. V průměru za všechny respondenty je podíl ošetřovatelských lůžek 38 %, což je podíl shodný s podílem za všechny DD v ČR.

### **2. Jsou tato ošetřovatelská lůžka vyčleněna jako samostatné oddělení?**

Necháme-li stranou **3 respondenty**, kteří mají všechna lůžka ošetřovatelská, a další 3 respondenty, kteří nemají žádné ošetřovatelské lůžko, zbývá 10 respondentů, z nichž jedna polovina vyčleňuje OL jako zvláštní oddělení a druhá polovina je nevyčleňuje. Organizační upořádání je pak v různých DD různé - např. OL jsou umístěna na jednom podlaží. Jinde jsou obyvatele rozdělováni podle míry soběstačnosti a stupně mobility do oddělení **relativně zdravých** (RZ) a do oddělení **zvýšené péče** (ZP), přičemž i na oddělení RZ je rezervován dvoulůžkový pokoj pro obyvatele s dočasně zhoršeným zdravotním stavem vyžadujícím zvýšený dohled a zvýšenou ošetřovatelskou péči.

### **3. Jaký je rozdíl mezi denními neinvestičními náklady na 1 lůžko (1 „lůžkoden“) na ošetřovatelském a běžném oddělení?**

Odpověď vesměs zněla „nelze určit, není oddělená evidence“. Respondenti uvádějí, že ošetřovatelská lůžka jsou nesporně nákladnější a pracnější zejména pro vyšší spotřebu prádla, větší zatížení ošetřovatelského personálu a pro nároky na vybavení lůžka přídatným zařízením, nicméně nebyli schopni svá tvrzení číselně doložit. Pouze jeden z respondentů odhaduje rozdíl mezi denními náklady na pobyt na běžném a ošetřovatelském lůžku na cca 270 Kč.

### **4. Jakou část denní péče na ošetřovatelském oddělení považujete za ryze zdravotní? Prosím, odhadněte v % celkové denní péče.**

Na tuto otázku odpovědělo jen 10 respondentů, kteří poskytování zdravotní péče odhadli na 10 - 75 procent veškeré péče. Velký rozptyl v odhadech je způsoben tím, že pojem „ryze zdravotní péče“ chápou jednotliví respondenti různě a někteří z nich poznamenávají, že tento pojem by měl být podrobněji specifikován. Jiní jsou toho názoru, že odpověď by vyžadovala podrobnější šetření (formou snímku pracovního dne apod.). Za všechny uvedeme odpověď z jednoho pražského DD:

<sup>11</sup> Odpovídající hodnoty všech DD jsou: z celkového počtu DD má pouze ošetřovatelská lůžka 17 % DD, žádnými ošetřovatelskými lůžky nedisponuje 40 % DD, oba typy lůžek jsou ve 43 % DD.

„Ryze zdravotní nebo odborná ošetrovatelská práce v DD zahrnuje odborné výkony, které může provádět jenom sestra - to je:

- podávání léků p.os. 3x denně, ATB dle rozpisu (cca 5 % z celkové denní péče),
- převazy, aplikace kožních, očních a jiných forem a druhů léků (5 %),
- polohování ležících obyvatel v průběhu celého dne (10 %),
- odběry biologického materiálu ráno (1 %),
- asistence konziliářům dopoledne (1 %).

Důležitou součástí je i monitorování klientů, zhodnocení jejich zdravotního stavu, včasné a adekvátní reagování. K tomu je potřebná erudovaná sestra na oddělení 24 hod. denně!“

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<sup>12</sup> uvádějí, že ÚSP a DD vynakládají cca 25 % z rozpočtu svých zařízení na krytí nákladů spojených s poskytováním ošetrovatelské péče pro své klienty.

##### **5. Máte některé ze zdravotních výkonů na ošetrovatelském oddělení „nasmlouvané“ se zdravotními pojišťovkami?**

Odpovědi byly vesměs záporné. Citujeme: „Ač jsme absolvovali 2 výběrová řízení, VZP a další ZP s námi vytrvale odmítají uzavřít smlouvu, takže veškeré zdravotní výkony jsou zajišťovány zaměstnanci DD a hrazeny z neinvestičních nákladů DD“.

##### **6. U kolika zaměstnanců je výhradním předmětem pracovní činnosti práce na ošetrovatelském oddělení (uveďte jejich složení podle jejich odbornosti). Kolik obyvatel připadá na jednoho odborného zaměstnance (např. sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníci) na běžném a kolik na ošetrovatelském oddělení?**

Čtyři respondenti uvedli zvlášť zdravotní pracovníky na ošetrovatelském a běžném oddělení. Pět respondentů uvedlo pouze personál na ošetrovatelském oddělení (ve třech případech i proto, že jde o DD, kde jsou pouze ošetrovatelská lůžka), naopak tři respondenti uvedli pouze personál na běžném oddělení, protože nemají zvlášť vyčleněná ošetrovatelská lůžka, a čtyři respondenti sdělili, že činnost na ošetrovatelském a běžném oddělení nerozlišují a že u nich zaměstnanci pracují tam, kde je to zrovna zapotřebí.

U čtyř respondentů, kteří uvedli zvlášť počet zdravotních sester na ošetrovatelském a běžném oddělení, jsme vypočítali počet klientů na jednu sestru. Z tabulky je patrné, že na každém ze sledovaných zařízení je počet klientů (resp. pacientů) na ošetrovatelském oddělení zhruba poloviční než na oddělení s běžnými lůžky.

---

<sup>12</sup> Autoři se opírají o výsledky týdenního šetření MPSV z roku 1999 o rozsahu poskytované zdravotní péče ve všech ústavech sociální péče. Z tohoto šetření vyplynulo, že ústavy sociální péče vynakládaly cca 1,8 mld. Kč (tj. cca 25 %) z rozpočtu svých zařízení na krytí nákladů spojených s poskytováním ošetrovatelské péče pro obyvatele těchto zařízení.

**T a b u l k a 19 Počet klientů (pacientů) na 1 zdravotní sestru na ošetrovatelském a běžném oddělení**

kód zařízení	ošetrovatelské oddělení	běžné oddělení	index (ošetř. odd. = 1)
3211002	14	25	1,8
3403022	8,0	12,5	1,6
3604001	7,1	12,4	1,7
3609001	3,6	6,5	1,8

I když údaje za jednotlivé domovy navzájem jsou téměř neporovnatelné, v jednotlivých ústavech vesměs vidíme, že počet klientů na 1 sestru je na běžném oddělení oproti ošetrovatelskému asi dvojnásobný, což potvrzuje názor o vyšší pracnosti péče na ošetrovatelském oddělení vyslovený v odpovědi na otázku č. 3. Oproti LDN (tab. 24) je u tří respondentů počet klientů na 1 sestru dvoj- až trojnásobný; pouze v DD 3609001 připadají na 1 sestru tři klienti - podobně jako v LDN, kde v průměru na 1 sestru připadá 3,4 lůžka.

## 7. Jak je ve vašem zařízení jako celku zajišťována lékařská péče a jak často

a) praktický lékař,

b) stomatolog,

c) ambulantní specialista (např. oční lékař, ortoped apod.).

Co se týče primární lékařské péče, můžeme určitá data získat i z výkazu MPSV V1-01, kde (v roce 2005 poprvé) byla pro ústavy sociální péče s celoročními a týdenními pobyty uvedena rubrika „Primární lékařskou péči poskytuje“, a to buď 1. lékař - zaměstnanec sociálního zabezpečení anebo 2. smluvní lékař zdravotní pojišťovny. Vzhledem k tomu, že šlo o první rok šetření, nebyly odpovědi plně konsekventní, nicméně z jejich sumarizace v tabulce 20 můžeme soudit, že převážná většina domovů důchodců zajišťuje svým obyvatelům primární lékařskou péči prostřednictvím smluvního lékaře zdravotní pojišťovny.

**T a b u l k a 20 Zabezpečení primární lékařské péče v domovech důchodců**

podíl z celkového počtu domovů důchodců v kraji, kde primární lékařskou péči poskytuje			
	smluvní lékař zdravotní pojišťovny	zaměstnanec sociálního zabezpečení	jinak a neuvedeno
Hl.město Praha	64%	14%	22%
Středočeský	96%	2%	2%
Jihočeský	83%	0%	17%
Plzeňský	80%	0%	20%
Karlovarský	94%	6%	0%
Ústecký	81%	11%	8%
Liberecký	67%	0%	33%
Královéhradecký	94%	0%	6%
Pardubický	82%	0%	18%
Vysočina	86%	0%	14%
Jihomoravský	85%	0%	15%
Olomoucký	92%	8%	0%
Zlínský	88%	0%	12%
Moravskoslezský	82%	2%	16%
ČR	85%	3%	12%

*Pramen: Výpočet podle výkazu MPSV V-1-01*



Údaje v tabulce 20 se týkají všech DD v ČR. Údaje našich respondentů jsou spíše zaměřeny na počet ordinačních hodin praktického lékaře, jejichž četnost se pohybuje v intervalu 1x až 3x týdně. Zajímavé je, že četnost ordinací praktického lékaře se neřídí velikostí domova: např. v zařízení č. 3505018 s 200 lůžky ordinuje praktický lékař 1x týdně, kdežto v zařízení 3804004 se 78 lůžky 3x týdně.

Péče ambulantních specialistů je poskytována buď přímo v domově (ve zvlášť vyčleněných místnostech) anebo pacienti jsou dováženi s doprovodem pracovníka DD do odborných ambulancí v nejbližším městě. Z odpovědí respondentů nebylo možno zjistit, zda odbornou péči považují za dostatečnou.

## **8. Jakou část kapacity ošetrovatelského oddělení zaujímají:**

**a) obyvatelé DD s krátkodobým onemocněním (cca do 21 dnů pobytu)**

**b) jaká část je obsazena chronicky nemocnými obyvateli a jaká je průměrná doba jejich pobytu na lůžku ošetrovatelského oddělení**

**c) jaký je průměrný věk osob dlouhodobě umístěných na ošetrovatelském oddělení**

**ad a)** Až na jednoho respondenta, který sdělil, že krátkodobá onemocnění (např. záněty horních cest dýchacích, bronchitida apod.) u nich zaujímají asi 10 % kapacity ošetrovatelských lůžek, všichni ostatní vesměs odpověděli, že ošetrovatelská lůžka nejsou určena pro obyvatele s krátkodobým onemocněním a jsou zde umístěni vesměs obyvatelé trpící chronickým onemocněním - prakticky na dožití. Z jedné z odpovědí citujeme: „Pokud zdravotní stav klientů odpovídá umístění na ošetrovatelském lůžku, nejsou již nikam, kromě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, v průběhu pobytu v domově důchodců přemísťováni.“

**ad b)** Všechna ošetrovatelská lůžka (s výjimkou výše uvedených 10 % v jednom ze zařízení) jsou obsazena chronicky nemocnými obyvateli. Průměrná doba pobytu není sledována, někteří respondenti ji odhadují na jeden až dva a půl roku.

**ad c)** Z průzkumu vyplynulo, že průměrný věk osob umístěných na ošetrovatelském oddělení je o necelé dva roky vyšší než průměrný věk za všechny obyvatele DD-respondentů (78,3 let všichni, 80,4 pacienti na ošetrovatelských odděleních a na odděleních se zvýšenou péčí). Tento výsledek nepřekvapuje, neboť ve vyšším věku rozdíl dvou let může znamenat nezanedbatelné zhoršení zdravotního stavu.

## **9. Nejčastější diagnózy osob dlouhodobě umístěných na ošetrovatelských odděleních - vyjmenujte, prosím, 5 nejobyklejších a uveďte kolik Dg má v průměru 1 obyvatel umístěný na ošetrovatelském lůžku**

Odpovědi na tuto otázku spojujeme s odpověďmi na obdobnou otázku 7 položenou respondentům z LDN. Zjištěná fakta shrnujeme v tabulce 21 a 22.

Z tabulky vidíme, že onemocnění příjemců obou typů péče zařazená podle kapitol Mezinárodní klasifikace nemocí - 10 revize jsou obdobná a struktura diagnóz podle základních skupin se až překvapivě shoduje. Naši respondenti jak z DD, tak z LDN shodně prohlašují, že ve většině případů jde o polymorbiditu (běžně 5 - 8 diagnóz u jednoho klienta/pacienta).

Oproti DD se v LDN vyskytuje výrazně vyšší podíl osob, jejichž choroba je diagnostikována ve skupině **II - novotvary**, a to z toho důvodu, že podle přílohy 7 vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. (v platném znění) je tato skupina diagnóz až na výjimky kontraindikací pro přijetí do DD. V uvedeném právním předpise se praví: „Pokud není v ústavech sociální péče - domově důchodců zřízeno ošetrovatelské oddělení, nelze do ústavů sociální péče - domovů důchodců přijímat osoby trpící těmito zdravotními postiženími: a) zhoubné novotvary všech typů a lokalizací, pokud nebylo po komplexní léčbě dosaženo remise a v době uvažovaného příjmu do domova důchodců byly zjištěny metastázy.“

Naproti tomu v DD je vyšší podíl diagnóz týkající se **duševních chorob**. Některé DD mají přímo vyčleněná ošetrovatelská oddělení zaměřená na péči o tyto osoby.

Ze skupiny **IV-nemoci endokrinní** v obou typech zařízení výrazně převažuje diabetes mellitus.

**T a b u l k a 21 Struktura diagnóz pacientů přijatých na ošetrovatelská lůžka DD, resp. na lůžka ošetrovatelské následné péče v LDN (podíl z celkového počtu diagnóz přijatých pacientů)**

kapitola MKN-10	zkrácený název	DD-ošetrovat. lůžka	LDN
II	novotvary	2,0%	8,2%
IV	nemoci endokrinní	13,1%	11,3%
V - VI	poruchy duševní a choroby nervové	16,2%	7,2%
VII	nemoci oka	1,0%	1,0%
IX	nemoci oběhové soustavy	39,4%	47,4%
X	nemoci dýchací soustavy	2,0%	2,1%
XI	nemoci trávicí soustavy	2,0%	1,0%
XII	nemoci kůže	3,0%	1,0%
XIII	nemoci svalové a kosterní soustavy	12,1%	6,2%
XIV	nemoci močové soustavy	3,0%	1,0%
XIX	poranění, úrazy a jejich následky	1,0%	12,4%
	ostatní chronická onemocnění, vyžadující trvalou ošetrovatelskou péči	5,1%	1,0%
CELKEM		100,0%	100,0%

*Pramen: dotazníkové šetření VÚPSV*

Nejvýznamnější skupinu (dvě pětiny až téměř polovinu) všech diagnóz tvoří skupina **IX - nemoci oběhové soustavy**. Z nich převažuje zejména ischemická choroba srdeční (13 % všech diagnóz v DD, avšak pouze 1 % v LDN), cévní mozkové příhody a jejich následky (11 % v DD, 25 % v LDN) a nemoci oběhové soustavy především postihující dolní končetiny. Podrobnější údaje jsou v tabulce.

U skupiny **XIX - poranění, úrazy a jejich následky** jde především o doléčení zlomeniny krčku kosti stehenní. Pacienti s touto diagnózou jsou převážně umístováni v LDN.

**T a b u l k a 22 Nemoci oběhové soustavy v DD a LDN podle jednotlivých diagnóz**

d i a g n ó z a	DD-ošetrovat. lůžka	LDN
I 120 - I 125 ischemická choroba (především chronická)	13,1%	1,0%
I 60 - I 69 cévní nemoci mozku	11,1%	24,7%
I 70 ateroskleróza	1,0%	7,2%
I 80 - I 87 flebitis a tromboflebitis dolních končetin	0,0%	4,1%
ostatní nemoci oběhové soustavy	14,1%	10,3%
CELKEM	39,4%	47,4%

**10. Podle jakých kritérií hodnotíte soběstačnost osob umístěných na ošetrovatelských odděleních? Používáte Barthelův test aktivit denního života či Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života? Používáte-li jiná kritéria, prosím, uveďte jaká.**

Z 16 respondentů 12 používá Barthelův test (viz příloha), ostatní mají vlastní kritéria, obdobná pro hodnocení bezmocnosti anebo pro hodnocení příspěvku na péči podle nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

### **11. Jaký je podíl nákladů na „krytí“ ošetrovatelské péče na celkových nákladech?**

Z 16 respondentů 12 odpovědělo, že nesledují zvlášť náklady na ošetrovatelské a běžné lůžko. Tři respondenti podíl výdajů na ošetrovatelskou péči odhadli víceméně „od oka“ na 10 % - 40 % - 60 %.

Pouze jeden respondent, který v roce 2004 zažaloval VZP o úhradu zdravotních výkonů, soustavně sleduje zdravotní výkony podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (v platném znění). Za rok 2005 činil podíl zdravotních výkonů v tomto DD pro pojištěnce VZP 25,4 % neinvestičních nákladů; po započtení zdravotních výkonů pro pojištěnce jiných pojišťoven lze podíl nákladů na zdravotní výkony reálně odhadnout na 28 %.

### **12. Podílí se zdravotní pojišťovny na hrazení těchto výdajů a v jakém rozsahu?**

Vesměs se nepodílí.

### **13. Je Váš DD registrován jako nestátní zdravotnické zařízení?**

#### **Má uzavřenou smlouvu o poskytování a hrazení nákladů ze systému zdravotního pojištění?**

13 respondentů odpovědělo, že jako nestátní zdravotnické zařízení registrování nejsou, dva na tuto otázku neodpověděli. Z odpovědi zbývajícího respondenta citujeme: „Náš DD získal registraci NZZ dne 5. 5. 2004 na druh a rozsah péče:

- praktický lékař pro dospělé,
- interní lékařství - ambulantní,
- rehabilitační péče (poskytuje fyzioterapeut, absolvent SZŠ),
- zdravotní péče poskytovaná v lůžkovém zdravotnickém zařízení osobám, které jsou v něm umístěné z jiných než zdravotních důvodů, a to v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (ve znění pozdějších předpisů),
- všeobecná sestra bez odborného dohledu - fakticky agentura Home care (od 4. 4. 2005).

DD se zúčastnil dvou výběrových řízení, ale VZP, a tím i ostatní pojišťovny odmítají smlouvu uzavřít. V roce 2004 jsme proto VZP zažalovali o zaplacení výkonů za srpen - říjen 2004. Konala se 3 jednání, soud není ukončen. Další výkony jsme nežalovali z důvodu vysokých soudních poplatků. Doufáme, že budeme mít u soudu úspěch i s ohledem na § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.“

### **14. Je vám známo, kolik klientů má zvýšen důchod pro bezmocnost a v jakém stupni (v kladném případě, prosím, uveďte jejich počet)**

Z údajů dotazníkového šetření byl u jednotlivých respondentů zjištěn podíl obyvatel, jimž byl v roce 2005 zvýšen důchod pro částečnou, převážnou a úplnou bezmocnost. Podle pravidel financování DD připadá toto zvýšení důchodu ústavu, takže respondenti pečlivě evidují všechny obyvatele, u nichž k tomuto zvýšení došlo.<sup>13</sup> Odpovědi na tuto otázku byly kompletní a vyčerpávající. Výsledky uvádíme v tabulce.

---

<sup>13</sup> Lze jen litovat, že tuto informaci statistika MPSV nesleduje. Od 1.1.2007, kdy nabývá účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se zvýšení důchodu pro bezmocnost transformuje do příspěvku na péči a chybějí tak podklady pro výpočet financování DD v přechodném období.

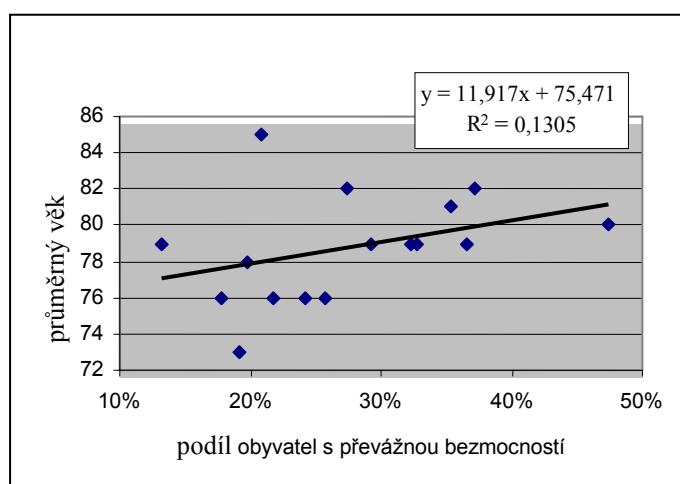
**T a b u l k a 23 Bezmocnost (podíl z průměrného počtu obyvatel DD)**

kód zařízení	průměrný počet obyvatel	průměrný věk	neinvestiční náklady Kč/denně	podíl z průměrného počtu obyvatel			
				bezmocnost částečná	bezmocnost převážná	bezmocnost úplná	bezmocnost celkem
3108041	213	79	517	17%	13%	0%	31%
3110014	216	85	708	19%	21%	9%	49%
3201033	97	82	596	29%	37%	6%	72%
3211002	90	76	686	32%	18%	6%	56%
3305001	188	79	565	24%	29%	9%	62%
3404011	106	79	490	17%	37%	20%	74%
3401006	95	76	610	35%	24%	9%	68%
3403022	113	79	696	30%	33%	4%	66%
3604001	183	79	443	24%	32%	11%	67%
3607001	57	80	835	16%	47%	9%	72%
3505018	197	82	696	23%	27%	11%	61%
3609001	189	76	495	30%	22%	5%	57%
3606002	284	78	493	39%	20%	4%	63%
3802023	191	76	646	29%	26%	17%	71%
3804004	78	73	634	18%	19%	8%	45%
3301003	51	81	743	18%	35%	45%	98%
celkem	2 348	79	591	26%	25%	9%	60%

V tabulce 23 jsou u jednotlivých respondentů kromě podílu obyvatel, jimž bylo přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, uvedeny i další údaje, u nichž jsme korelační analýzou zjišťovali souvislost s ukazateli bezmocnosti.

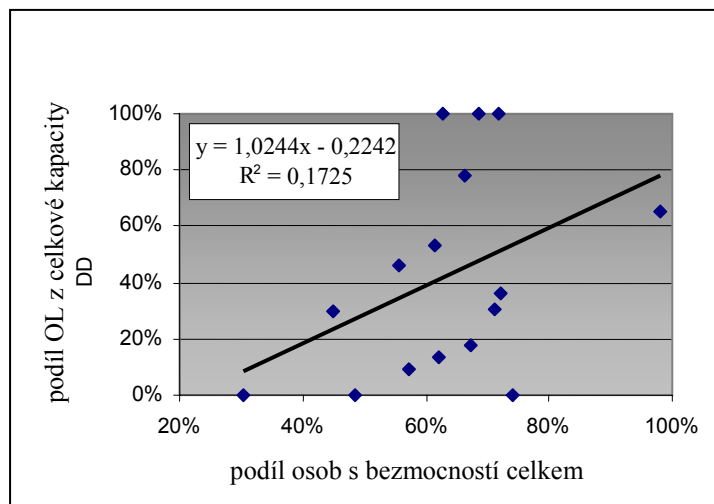
Bylo zjištěno, že statisticky zjištěný stupeň bezmocnosti obyvatel DD neovlivňuje ani neinvestiční náklady ani počet zaměstnanců. Určitá souvislost byla zjištěna mezi podílem obyvatel s převážnou bezmocností a průměrným věkem (viz graf); u bezmocnosti částečné a úplné však tato souvislost zjištěna nebyla.

**G r a f 17 Průměrný věk a převážná bezmocnost**



Domovy důchodců s vyšším podílem obyvatel s přiznanou bezmocností (lhostejno jakého stupně) pak zpravidla disponují vyšším počtem ošetřovatelských lůžek, což je rovněž patrné na dalším grafu.

**Graf 18 Podíl osob s bezmocností celkem a podíl OL z celkové kapacity**



### 15. Jakým způsobem zajišťujete sponzoring (např. přes nadaci apod.)?

Sponzoring je zajišťován přes podnikatelské subjekty (např. dodavatele), rodinné příslušníky obyvatel DD, obecní a městské úřady, veřejnost. Dárci jsou vděční příbuzní (řádově v tisícikorunách).

### 16. Jaký je podíl sponzorských darů na krytí celkových nákladů?

Nepatrný, zanedbatelný - zlomky procenta. Pokud nějaké dary jsou, jsou většinou věnovány na kulturní a zájmovou činnost obyvatel.

### Odpovědi z léčeben dlouhodobě nemocných

Na následující otázky z dotazníku odpovědělo celkem 16 léčeben dlouhodobě nemocných, disponujících celkem 1 515 lůžky, což představuje 21 % celkového lůžkového fondu všech LDN v roce 2005. Odpovědi na otázky 1 - 5 jsme shrnuli do tabulky.

#### 1. Počet lůžek

2. Počet zaměstnanců celkem, z toho: lékařů

zdravotních sester, ošetřovatelek, sociálních pracovníků apod. (odpovědi na tuto otázku nejsou zahrnuty v tabulce)

#### 3. Jaký je věkový průměr Vašich pacientů?

4. Kolik pacientů připadá na jednoho odborného zaměstnance (např. lékaři, sestry, ošetřovatelky, sociální pracovníci)?

5. Jaké jsou vaše denní neinvestiční náklady na 1 lůžko (1 „lůžkoden“) ve vašem zařízení?

Otázky 2 a 3 jsou duplicitní, takže jsme - pro lepší srovnatelnost - do tabulky zahrnuli pouze námi vypočtené údaje o počtu lůžek na 1 zaměstnance. Údaje, které nám sdělili respondenti v odpovědi na otázku 4, se od námi vypočtených údajů (počet lůžek / počet zaměstnanců) liší v důsledku různého využití lůžek během roku.

Plošné srovnání tohoto ukazatele se situací v domovech důchodců (viz tabulku 19 na str. 40) je nemožné, neboť respondenti DD na obdobnou otázku odpověděli jen ve 4 případech; z toho u tří byl počet zdravotního personálu na 1 obyvatele DD na ošetřovatelském lůžku zhruba dvojnásobný a jen v jednom případě odpovídal počtu v LDN. Stejně jako v DD je i v LDN vyšší počet lůžek připadajících na 1 nižšího a pomocného zdravotnického pracovníka.

**Tabulka 24 Výběrové šetření LDN - odpovědi na otázku 1 - 5**

pořadové číslo dotazníku	1 - počet lůžek	3 - průměrný věk pacientů	4 - počet lůžek, připadajících na 1 zaměstnance				5 - náklady v Kč na 1 lůžko a den
			na 1 lékaře	na 1 SZP <sup>1</sup> celkem	v tom: na 1 sestru <sup>2</sup>	na 1 NZP <sup>3</sup> + PZP <sup>4</sup>	
1	140	76	12	2,5	3,0	8,2	1 000
2	120	76,5	18	2,9	3,3	11,6	985
3	100	83	20	3,3	3,8	8,3	1 059,3
4	120	75	17	3,6	3,6	8,6	-
5	53	80	17	3,3	3,3	4,1	812-1 050
6	83	65	18	4,4	4,4	5,5	937
7	105	74	20	3,0	3,0	7,0	1 080
8	30	60	6	3,3	3,3	6,0	765
9	99	80	22	3,1	3,3	4,3	1 000
10	190	78	24	3,3	3,3	6,3	750
11	90	79,5	18	3,8	3,8	4,7	930
12	46	82	46	5,1	6,6	4,2	468
13	100	82,7	15	2,9	2,9	2,9	883,8
14	59	76	17	3,7	3,7	6,6	1 000
15	105	80	21	2,3	2,3	13,1	cca 900,0
16	75	75	15	4,2	4,2	4,2	715
<b>celkem</b>	<b>1 515</b>	<b>77</b>	<b>17</b>	<b>3,2</b>	<b>3,4</b>	<b>6,0</b>	<b>912,9</b>

Poznámky:

1) SZP = Střední zdravotnický pracovník, jehož odborná způsobilost odpovídá požadavkům § 5 - 28 zákona č. 96/2004Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Za podmínek daných ustanoveními zákona č. 96/2004 Sb. může své povolání vykonávat bez odborného dohledu.

2) Všeobecná sestra podle § 5 zákona č. 96/2004 Sb.

3) NZP = Nižší zdravotnický pracovník (ošetřovatel) podle § 36 zákona č. 96/2004 Sb. - pracuje pod dohledem

4) PZP = Pomocný zdravotnický pracovník (sanitář) podle § 42 zákona č. 96/2004 Sb. - pracuje pod dohledem

### Průměrný věk

je ve sledovaném vzorku LDN jen asi o rok nižší než v DD (viz tab. 18).

### Denní neinvestiční náklady

v přepočtu na 1 lůžko jsou v LDN - ve srovnání s DD - zhruba dvojnásobné a pohybují se kolem 1000 Kč na lůžko a den. Pouze respondent č. 12 má náklady na úrovni DD (to znamená ve srovnání s průměrem za všechny LDN poloviční). Jde totiž o nestátní zařízení, jehož financování probíhá převážně vybíráním poplatků od klientů.

Podle názoru odborníka z praxe<sup>14</sup> tyto „úhrady sotva stačí na základní pobyt bez léků a lékařské péče. Každý rok u nás 30 tis. lidí postihne mozková mrtvice. Jsou čím dál mladší a čím dál víc jich mrtvici přežije. Potřebují pak péči až do konce života. Přes 10 tis. lidí utrpí těžký dopravní úraz, další na pracovištích. Jak stárne populace, přibývá neurologických, psychiatrických a dalších nemocí.“

„Jejich léčení vyžaduje opakované pobyty v některých zařízeních tzv. „následné“ péče. To je 30 % všech odstonaných dnů a kapacity praskají ve švech (obložnost 95 %).<sup>15</sup> Mělo by jich být mnohem víc - další lidé čekají na drahých „akutních“ lůžkách, až se na ně dostane. Řada jich mezitím zemře doma.“

„Rozdíl mezi průměrnými náklady (na 1 lůžko následné péče) a úhradami ve výši 300-500 Kč na 1 lůžkoden se zde táhne jako hrubá systémová chyba už přes 9 let. To brání

<sup>14</sup> FIALA, P.: Pacienti určení k likvidaci (Odvrácená tvář našeho zdravotnictví). In: Tempus medicorum č. 7-8, ročník 15 (2006), str. 15-17 celý text viz příloha

<sup>15</sup> Průměrná hodnota tohoto ukazatele u našich respondentů je 98 %.

nejen v uplatňování moderní medicíny, ale už i v bazální péči a ohrožuje život pacientů.“ „Pojišťovny v ČR pokryjí svými úhradami sotva náklady na „ubytování s plnou penzí“, ale to už nestačí na řádné léčení!“ „Mezi zdravotními pojišťovnami a ústavy se vedou spory o paušál na léky a zdravotní materiál. Pojišťovny proplácejí jen 50 Kč na den. Analýza prokázala, že průměrné denní náklady na léky činí nejméně 80 Kč a na materiál 70 Kč, celkem cca 150 Kč/den“.

„V našich nemocnicích připadá na tzv. „následná lůžka“ 30 % veškeré lůžkové kapacity, ale jen 8 % celkových nákladů na lůžkový segment. Kdyby lůžek bylo víc, mohli by sem být dříve překládáni pacienti z dražších „akutních“ lůžek s makroekonomickým efektem v řádu miliard. Paradoxně by to nastalo, kdyby „následná lůžka“ byla řádně zaplácena, tj. aspoň tak, jaké jsou skutečné náklady. Pokud by náklady a úhrady byly vyrovnány, stála by celá „následná péče“ v r. 2005 cca 10,5 mld. Kč (1 340 Kč na 1 lůžkodenní místo současných 7,5-8 mld. Bylo by to pořád jen kolem 11 % z celkových nákladů na lůžka.“

„Pokud vše funguje aspoň tak, jak funguje, pak jen díky nezměrné obětavosti všech, kdo zde pracují ve prospěch svých zapomenutých pacientů.“

## **6. Jakou část péče poskytované ve vašem zařízení považujete za péči sociálního charakteru - tj. veškerá péče, která není převážně medicínská (prosím specifikujte, rozsah odhadněte v %, zdůvodněte)**

Dva respondenti na tuto otázku neodpověděli. Ze zbývajících čtrnácti, respondent č. 12 sdělil, že péče sociálního charakteru zabírá 50 % kapacity zařízení, a respondent č. 4 podíl sociální péče odhadl na 30 %. Zbývajících ohodnotili rozsah poskytované sociální péče buď jako nulový (9 respondentů), případně nízký až zanedbatelný (2 respondenti 10 - 20 %, jeden 0,3 %).

Uvědomíme-li si, že respondent č. 12 je nestátní zdravotnické zařízení, který nemá uzavřenu smlouvu se zdravotními pojišťovnami a jehož postavení se tudíž blíží situaci na ošetrovatelských odděleních DD, pak příčinou nízkého hodnocení rozsahu péče sociálního charakteru by mohly být obavy z krácení i tak nízkých plateb zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny totiž sociální péči v zásadě nehradí. V rozporu s uvedenými údaji o nulové sociální péči je fakt, že i ti respondenti, kteří vykazali její rozsah jako nulový, uváděli ve stavu zaměstnanců jednoho nebo dokonce dva sociální pracovníky.

Příčinou nekonzistentnosti odpovědí je zřejmě definiční nevyhraněnost pojmů „sociální“ a „zdravotní“ péče.<sup>16</sup> Respondent č. 11, který vzhledem k definiční nejasnosti na tuto otázku neodpověděl, v komentáři uvedl: „Za péči sociálního charakteru považujeme pouze péči obslužnou, ne ošetrovatelskou, kterou provádí jen pracovník s minimální odborností sanitářského kurzu a za dohledu sestry“. Respondent č. 4, který považuje 30 % své péče za sociální, uvádí následující příklady: „Vyřizování DD, vyřizování bezmocnosti, ztráta kartiček pojištěnců, občanských průkazů, příspěvky na bydlení, vyřízení důchodů atd.“<sup>17</sup>

P. Fiala<sup>18</sup> odlišuje od medicínských služeb tzv. „hotelové služby“. I když je tak nenazývá, můžeme je považovat za služby sociální, které umožňují nesoběstačným pacientům důstojné přežití.

<sup>16</sup> S touto potíží jsme se setkali i při zpracování výzkumné práce „Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku“

<sup>17</sup> tj. převážně činnosti uvedené pod písmenem h) odstavce (2) § 52 zákona č. 108/2006 Sb.

<sup>18</sup> FIALA, P.: Pacienti určené k likvidaci (Odvrácená tvář našeho zdravotnictví). In: Tempus medicorum č. 7-8, ročník 15 (2006), str. 15-17 celý text viz příloha

**T a b u l k a 25 „Hotelové“ a „medicínské“ náklady v LDN a jiných zdravotnických zařízeních následné péče v KČ na lůžko a den**

	náklady "hotelové"	náklady medicínské
denní stravní dávka	120	
energie	35	
vodné, stočné	15	
úklid	35	
praní prádla	35	
odpad	10	
služby spojů	15	
administrativa	80	
ústavní prádlo, OOP	10	
školení, literatura	15	
doprava a PHM	10	
daně, finanční plnění	15	
leasingy, nájmy	15	
opravy a údržba	90	
odpisy	50	
ostatní náklady	20	
zdravotnický personál	-	575
léky a krev	-	80
spotřební zdravotnický materiál	-	70
ostatní medicínské náklady <sup>1</sup>	-	45
<b>celkem</b>	<b>570</b>	<b>770</b>
<b>podíl z nákladů celkem</b>	<b>42,5 %</b>	<b>57,5 %</b>
<b>náklady celkem</b>	<b>1340</b>	

Poznámky: 1) na diagnostiku a terapii

Určité jasno do této složité otázky by mohl přinést § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nazvaný „Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče“, v němž se praví doslova:

(1) „Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než je jim zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.



**7. Nejčastější diagnózy vašich pacientů (podle MKN-10) vyjmenujte prosím 5 nejobvyklejších a uveďte kolik Dg má v průměru 1 pacient v LDN**

Odpovědi na tuto otázku jsou shrnuty s odpověďmi na otázku č. 9 z domovů důchodců na str. 41-42. Z tabulky 21 je patrné, že struktura diagnóz v DD i v LDN je obdobná. U všech pacientů stejně jako u obyvatel DD jde o polymorbiditu (běžně 5, někde až 8 diagnóz u 1 pacienta/obyvatele).

**8. Počet pacientů podle délky hospitalizace (k datu vyplnění dotazníku)**

**do 1 měsíce**

**do 3 měsíců**

**déle než 3 měsíce (v tomto případě uveďte nejčastější diagnózy)**

Na tuto otázku odpovědělo pouze 10 respondentů, kteří v březnu 2006 sdělili údaje o počtu pacientů podle délky hospitalizace. Průměrné údaje byly následující:

32 % pacientů do 1 měsíce,

39 % pacientů od 1 do 3 měsíců,

29 % pacientů více než tři měsíce.

Tyto údaje velmi dobře korespondují se statisticky zjišťovanou průměrnou ošetrovací dobou v LDN, která podle sdělení ÚZIS<sup>19</sup> v 1. pololetí roku 2005 o něco málo přesahovala 2 měsíce (přesněji: činila 64,6 dne).

**9. Jak je ve vašem zařízení zajišťována jiná odborná lékařská péče (např. oftalmologická) včetně péče stomatologické?**

Obdobně jako v domovech důchodců je odborná péče poskytována většinou externími odborníky, a to jako konziliární ambulantní péče, kdy pacienti jsou (za doprovodu sanitáře) převáženi do příslušných odborných ordinací. V některých případech jsou odborné ambulance přímo v LDN, případně - je-li LDN součástí větší nemocnice - jsou pacienti podle potřeby ošetřeni na specializovaných pracovištích.

**10. Podle jakých kritérií hodnotíte soběstačnost osob vašich pacientů? Používáte Barthelův test aktivit denního života či Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života? Používáte-li jiná kritéria, prosím, uveďte jaká.**

Podle Kalvacha<sup>20</sup> „Koncept hodnocení aktivit všedního života (ADL - activities of daily living) vychází z přesvědčení, že u pacientů především se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. rozsah pohybu či samotná svalová síla. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Proto se také hovoří o ucelené rehabilitaci, která postihuje nejen vlastní deficit, ale také podpůrné faktory tělesné a také vlivy psychosociální. Není zaměřena na poruchu, nýbrž na znevýhodnění, na tělesné a sociální fungování. To je významné již u monokauzálních postižení (např. amputace), tím spíše u multikauzálních, konstitučních poruch zdraví, zdatnosti a výkonnosti, typických pro geriatrickou medicínu.“

Na otázku 10 odpovědělo všech 16 respondentů. 13 z nich, tj. 81 %, používá Barthelův test aktivit denního života, z toho 7 výhradně. Šest respondentů doplňuje Barthelův test jinými metodami, k nimž patří např. Katzův index nezávislosti v aktivitách denního života, případně metody na zjišťování duševní výkonnosti (např. MMSE-test kognitivních funkcí: mini mental state exam, stupnice soběstačnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou). Někteří respondenti uvádějí až 4 používané metody. Dva respondenti uvádějí použití vlastní metodiky.

<sup>19</sup> Aktuální informace č. 64/2005

<sup>20</sup> Kalvach, Z. a kol. : Geriatrie a gerontologie, Praha, Grada 2204, str. 196

**T a b u l k a 26 Kritéria soběstačnosti používaná našimi respondenty**

	počet	procento <sup>1</sup>
Barthelův test aktivit denního života ADL, případně doplněný jinými testy	13	81 %
pouze Barthelův test	7	44 %
MMSE-test kognitivních funkcí: mini mental state exam	3	19 %
Katzův index nezávislosti v aktivitách denního života - Katz ADL	3	19 %
Lawtonova škála hodnocení IADL	2	13 %
Vlastní hodnotící kritéria	2	13 %
Norton skóre	1	6 %
Stupnice soběstačnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou	1	6 %

*Poznámky: 1) vzhledem k tomu, že někteří respondenti používají více kritérií, nelze procenta sčítat*

### **11. Jaký je podíl nákladů na sociální služby na celkových nákladech?**

Odpovědi jsou totožné jako odpovědi na otázku č. 6. Jednotliví respondenti odhadli podíl nákladů na sociální služby buď jako nulový (9 respondentů), případně nízký až zanedbatelný (3 respondenti 12 - 20 %, jeden 0,23 %). Někde došlo přímo k nedorozumění (např. u odpovědi: „v zařízení nejsou žádná sociálně zdravotní lůžka“). Jedině respondent č. 12 (nestátní zařízení) otázku správně pochopil a odhaduje podíl nákladů na sociální služby na polovinu celkových nákladů zařízení.

### **12. Podílí se zdravotní pojišťovny na hrazení těchto výdajů a v jakém rozsahu?**

Až na jednoho respondenta jsou odpovědi vesměs záporné. Tento jediný respondent, který uvedl, že zdravotní pojišťovny se podílejí na nákladech na sociální služby, hodnotil výši nákladů na sociální služby na 120,- Kč na lůžko a den (v jeho případě je to 13 % celkových nákladů). Není vyloučeno, že pod pojmem „náklady na sociální služby“ rozumí náklady na stravu, případně prádlo apod. Tyto náklady zdravotní pojišťovny skutečně hradí.

### **13. Je vám známo, kolik pacientů má zvýšen důchod pro bezmocnost a v jakém stupni? (v kladném případě prosím uveďte jejich počet)**

Na rozdíl od domovů důchodců, které mají přesný přehled o zvýšení důchodů pro bezmocnost u všech svých obyvatel, nebyli respondenti z LDN - až na jednoho, který uvedl 5 pacientů s bezmocností, což je v jeho případě necelých 10 % - schopni na tuto otázku přesně odpovědět. Čtyři se pokusili o odhad, a to ve výši 10 - 20 - 50 - 70 procent. Už z těchto odhadů je patrné, že respondenti netuší, kolik z jejich pacientů zvýšení důchodu pro bezmocnost pobírá. Typická je odpověď respondenta č. 7: „Zvýšení důchodu pro bezmocnost je rodinami přísně utajováno, protože ušetřené důchody a bezmocnosti jsou používány těmito rodinami“.

Zvýšení důchodu pro bezmocnost se poskytuje jako dávka důchodového zabezpečení podle § 70 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (v platném znění) jako procentní podíl částky na osobní potřeby ze životního minima dospělé osoby. V roce 2006 se důchod zvyšuje:

při částečné bezmocnosti o 20 % částky na osobní potřeby (480 Kč měsíčně),

při převážné bezmocnosti o 40 % částky na osobní potřeby (960 Kč měsíčně),

při úplné bezmocnosti o 75 % částky na osobní potřeby (1 800 Kč měsíčně).

Z výše uvedených údajů vyplývá, že celý sektor LDN disponující v současné době 7 345 lůžky přichází při současném „pseudosociálním“ uspořádání, kdy zvýšení důchodu zůstává rodině pacienta, o značné částky. Vzhledem k tomu, že věk pacientů/klientů i struktura jejich diagnóz je jak v LDN, tak v DD obdobná, lze předpokládat, že ani stupeň bezmocnosti se nebude diametrálně lišit. Jestliže přepočteme strukturu lůžek v LDN podle struktury bezmocnosti v DD (viz tabulka 23) a výsledek vynásobíme částkou zvyšující

důchod u jednotlivých kategorií bezmocnosti, zjistíme, že v roce 2006 léčebny dlouhodobě nemocných v ČR přišly o více než 46 miliónů Kč

**14. Jakým způsobem zajišťujete sponzoring (např. přes nadaci apod.)?**

Stejně jako respondenti z DD i respondenti z LDN deklarovali zanedbatelný přínos sponzoringu. Odpověď z neúspěšnější LDN: „Rotari klub, reklama (upoutávací cedule), dobrovolné finanční dary. Darovací smlouva je koncipována tak, že tyto finanční prostředky lze použít jen ke zlepšení péče a komfortu pacienta, jsou cíleně použity na nákup technického zařízení (hydraulické vozíky, antidekubitní matrace apod.)“. Některé LDN uvádějí jen drobné finanční dary od pacientů a příbuzných. Většina LDN však sponzoring nijak nezajišťuje a ani s ním nepočítá jako s finančním zdrojem.

**15. Jaký je podíl sponzorských darů na krytí celkových nákladů?**

Stejně jako u DD prakticky nulový.

## VII. Vícezdrojové financování

Současná finanční situace našeho zdravotnictví, zejména pak segmentu následné a ošetrovatelské péče, není dobrá. Přitom však i ze svých nedostatečných prostředků hradí zdravotnictví zčásti i sociální služby. Sociálními službami se zde ve smyslu § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozumí zejména ubytování (včetně zajištění tepla, úklidu, čistého prádla apod.), stravování, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (eventuálně pomoc při osobní hygieně a při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu) a sociálně terapeutické činnosti (např. zprostředkování kontaktů, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí).

Nárůst potřeby těchto služeb u pacientů zdravotnických zařízení souvisí se zhoršující se věkovou skladbou pacientů a s nedostatkem lůžek v ústavech sociální péče, zejména v domovech důchodců. Delší věk znamená i prodloužení doby nesoběstačnosti.

Lůžka následné a následné ošetrovatelské péče ve zdravotnictví tak do jisté míry nahrazují nedostatek míst v domovech důchodců a v jiných typech ústavů sociální péče. Předmětem naší úvahy je **úhrada za sociální služby poskytované pacientům umístěným ve zdravotnickém zařízení na lůžku ošetrovatelské následné péče**. Podle sdělení ÚZIS<sup>21</sup> bylo koncem 1. pololetí 2006 určeno pro ošetrovatelskou následnou péči v nemocnicích 6 653 lůžek, tj. 10,3 % z celkového lůžkového fondu nemocnic. Průměrná ošetrovací doba zde činila 43,7 dne (zatímco u lůžek akutní péče 7 dnů).

Kromě nemocnic poskytují ošetrovatelskou následnou péči i léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a hospice, následnou péči poskytují další odborné léčebné ústavy. Celkem byla v roce 2004 ošetrovatelská následná péče poskytována po dobu 9 424 978 „lůžkodnů“. Vzhledem k tomu, že zdravotní stav pacientů na lůžkách následné a následné ošetrovatelské péče byl stabilizovaný, a nešlo tedy o péči akutní, lze na poskytovanou péči pohlížet obdobně jako na péči, kterou by se jim dostalo na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců.

Rovněž v roce 2005 byla situace obdobná. Podle sdělení ÚZIS<sup>22</sup> bylo koncem 1. pololetí 2005 určeno pro následnou péči celkem 23 100 lůžek; z toho nejvíce v psychiatrických léčebnách (cca 10 000); 6 650 lůžek bylo pro ošetrovatelskou následnou péči v nemocnicích a 7 445 lůžek v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Následnou péči (včetně následné ošetrovatelské) poskytovalo celkem 164 ústavů se 23 100 lůžky a průměrnou ošetrovací dobou 51 dnů. Za celý rok 2005 můžeme odhadnout celkový objem poskytnuté následné a následné ošetrovatelské péče stejně jako v roce 2004 na 9 400 000 ošetrovacích dnů.

Vzhledem k tomu, že zdravotní stav pacientů na lůžkách ošetrovatelské a ošetrovatelské následné péče je stabilizovaný a těžiště jejich problémů tkví především ve snížené schopnosti sebeobsluhy, lze na poskytovanou péči pohlížet jako na péči zdravotně-sociální, které by se těmto pacientům mohlo dostávat i v ústavech sociální péče (např. na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců). Těch je však chronický nedostatek, takže lůžka následné a následné ošetrovatelské péče ve zdravotnictví suplují nedostatečnou kapacitu lůžek v sociální sféře. **Bylo by proto žádoucí, aby lůžka následné péče ve zdravotnictví do určité míry dotoval i resort práce a sociálních věcí.**

Jenže je zde významný rozdíl: zatímco v nemocnici jsou veškeré medicínské i nemedicínské, resp. sociální služby (tj. ubytování, stravování atd. - viz výše) poskytovány pacientům bezplatně, v ústavech **sociální péče klient na uspokojení svých základních potřeb přispívá**. Tato úhrada např. v domovech důchodců kryje téměř dvě pětiny (cca 35 - 40 %) průměrných neinvestičních nákladů a v roce 2005 v přepočtu na jednoho klienta domova

<sup>21</sup> Aktuální informace ÚZIS č. 45/2006

<sup>22</sup> Aktuální informace ÚZIS č. 64/2005

důchodců překračovala o něco málo 72 000 Kč ročně, tj. 197,4 Kč denně. **Obdobný příspěvek by bylo vhodné zavést i ve zdravotnictví pro pacienty na lůžku ošetrovatelské následné péče.**

Nejde nám však o otázku paušálního zavádění „hospitalizačních plateb“, resp. plateb za tzv. „hotelové služby“ ve **všech** typech lůžkových zařízení. To je v současné době politicky neprůchodné. Navíc by vybírání těchto plateb za pobyt na akutních lůžkách s krátkou ošetrovací dobou bylo organizačně a administrativně příliš náročné, takže výsledný finanční efekt by byl nepatrný nebo nulový.

Jiná je však situace ve zdravotnických zařízeních poskytujících následnou a následnou ošetrovatelskou péči. Zatím co ošetrovací doba na akutním lůžku je cca 1 týden, na lůžku následné a následné ošetrovatelské péče zůstává pacient 3 až 6 týdnů (případně déle), a není proto problém platbu za poskytnuté služby vyúčtovat stejně jako v například v domově důchodců.

## **Z historie problému**

Problematika plateb za sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení není nová. 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. Přitom další život takové osoby závisí na kontinuálním poskytování ošetrovatelské péče.

Ustanovení § 73b zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (zrušené po nabytí účinnosti zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách) umožňovalo 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. Toto ustanovení bylo v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nahrazeno ustanovením § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nazvaném „Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče“. V odstavci (1) se praví doslova:

„Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby<sup>23</sup> osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než je jim zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“

Zároveň s výše zmíněným ustanovením § 73b zákona č. 100/1988 Sb. pozbývá platnosti i vyhláška MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Tato vyhláška řešila situace, kdy ústavní péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení měla charakter péče sociální a jako taková nebyla hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Podle vyhlášky hospitalizovaný občan hradil 55 Kč denně (tj. 1 650 měsíčně) a okresní úřad (později obec s rozšířenou působností) přispívala denní částkou 245 Kč. **Za celých 13 let platností vyhlášky nebyly tyto částky nikdy žádným předpisem valorizovány a zdravotnická zařízení postupně ztrácela o tuto službu zájem.**

---

<sup>23</sup> u pojmu „pobytové sociální služby“ není zcela jasné, zda jde o všechny služby vyjmenované v odstavci (2) uvedeného paragrafu, či pouze o služby uvedené pod písmeny a) - d), tj. ubytování, stravu, hygienu a ostatní osobní služby

## **Ošetrovatelská oddělení (lůžka) v domovech důchodců**

Pokud obyvatel domova důchodců potřebuje zvýšenou zdravotní péči, naskytá se možnost umístění na zvlášť vyčleněné ošetrovatelské lůžko, případně do ošetrovatelského oddělení (viz str. 29).

Poskytování odborné zdravotní péče na ošetrovatelských lůžkách však citovaná vyhláška neřeší, ačkoli v důsledku stařecké polymorbidity je zde zapotřebí i péče, která překračuje běžnou hygienu a má tedy charakter zdravotní (např. ošetření bércových vředů u osob s ankylosou kyčelních kloubů). Výsledky dotazníkového šetření VÚPSV u 16 LDN a 16 DD uvedené v tabulce 21 na str. 42 dokládají, že osoby umístěné na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců trpí obdobnými chorobami jako pacienti na lůžkách následné ošetrovatelské péče v LDN

Povinnost poskytovat obyvatelům domovů důchodců zdravotní péči ukládá zřizovatelům domovů důchodců § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách: „Poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f).<sup>24</sup> Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle zvláštního právního předpisu a) prostřednictvím zdravotnického zařízení, b) jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu,<sup>25</sup> rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis<sup>26</sup>.“

Vzdor tomu **pojišťovny** (většinou VZP) **ústavům sociální péče na ošetrovatelskou péči nepřispívají vůbec nebo jen nepatrně**. Úhrada ošetrovatelské péče podle vyhlášky č. 134/1998 Sb. vyžaduje uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou a tomu se pojišťovny vehementně brání - dokonce ani soudní cestou je k uzavření podobných smluv nelze přinutit.

Náklady na ošetrovatelská a běžná lůžka v ústavech sociální péče, resp. v domovech důchodců se zvlášť nesledují. Respondenti anketárního šetření VÚPSV však všeobecně projevují názor, že péče na ošetrovatelském oddělení je pracnější a dražší, nicméně **zvýšené** náklady na ošetření jsou hrazeny z prostředků ústavů sociální péče jako běžné neinvestiční výdaje. **Ošetrovatelská péče v domovech důchodců je tak poskytována na úkor ostatních, zdravých klientů, ačkoli pacienti umístění na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců nepřestávají být pojištěnci zdravotních pojišťoven.**

## **Možný příspěvek pacienta-důchodce na lůžko následné ošetrovatelské péče**

### **Minimální zůstatkový příjem**

Podle sdělení ÚZIS se celkové náklady v LDN pohybují kolem 1 000 Kč za jeden ošetrovací den.<sup>27</sup>

Podle jiného pramene opírajícího se o současnou praxi<sup>28</sup> činí v současné době náklady na „hotelové“ služby v následné péči 570 Kč a náklady medicínské 770 Kč na lůžko a den,<sup>29</sup> tj. celkově 1 340 Kč. Při tom však úhrada od pojišťoven se pohybuje kolem 1 000 Kč na lůžko a den.

<sup>24</sup> Pod písmenem e) jsou uvedeny domovy pro seniory, do 1. 1. 2007 domovy důchodců

<sup>25</sup> Zákon č. 96/2004Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání ... ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

<sup>26</sup> Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

<sup>27</sup> Jde pouze o 24 LDN, které mají právní subjektivitu; není zahrnuto dalších asi 50 LDN, které jsou součástí větších nemocnic.

<sup>28</sup> FIALA, P.: Pacienti určené k likvidaci (Odvrácená tvář našeho zdravotnictví). In: Tempus medicorum č. 7-8, ročník 15 (2006), str. 15-17

<sup>29</sup> Pro srovnání: ve fakultních nemocnicích činí náklady na „hotelové“ služby 2 120 Kč a na služby medicínské 4 885 Kč na lůžko a den.

V domovech důchodců průměrné neinvestiční náklady v roce 2005 činily 555 Kč na lůžko a den, přičemž klienti přispívali v průměru 197 Kč, tj. necelých 36 %. Obdobný příspěvek by bylo možno požadovat i od pacientů na lůžkách následné a následné ošetrovatelské péče.

Příspěvek pacienta ve výši cca 200 Kč denně by kryl zhruba pětinu denních neinvestičních nákladů na ošetrovatelskou následnou péči. U pacientů dosud ekonomicky aktivních by platba příspěvku nepředstavovala problém (nemocenské dávky se totiž při pobytu v nemocnici nekrátí). Vyvstává však otázka, zda by platba cca 200 Kč denně byla i v silách starobního důchodce.

Podle § 2 odst. 1 vyhlášky č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče (v platném znění) musí občanu po úhradě nákladů za pobyt v ústavu zůstat z jeho příjmů jako kapesné alespoň 30 % částky potřebné k zajištění výživy a ostatních osobních potřeb.<sup>30</sup> Tato částka by měla minimálně zůstat i pacientům na lůžku následné ošetrovatelské péče.

U pacientů zdravotnických zařízení se však - na rozdíl od obyvatelů domova důchodců, kteří mají v DD stálé bydliště - předpokládá návrat do domácího prostředí. To většinou vyžaduje po dobu léčení platit nájemné a služby související s bydlením. Proto **kromě „kapesného“ ve výši 30 % částky životního minima na osobní potřeby by minimální zůstatkový příjem měl obsahovat i celou částku životního minima, určenou na domácnost jednotlivce.** Rozdíl mezi důchodem a tímto minimálním zůstatkovým příjmem by bylo možno požadovat jako příspěvek na pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení. Vývoj tohoto možného příspěvku v letech 1993-2006 vypočteného podle námi navrženého schématu je (ve srovnání s vývojem starobního důchodu) patrný na grafu 19, podrobné údaje viz v tabulce v příloze.

V roce 2006 (k 30.6.) činil průměrný starobní důchod 8 163 Kč, částka životního minima, potřebná k zajištění výživy a ostatních osobních potřeb 2 400 Kč - z toho 30 % 800 Kč a částka na domácnost jednotlivce 2 020 Kč. Minimální zůstatkový příjem podle námi navržené metody vychází pro rok 2006 na 2 820 Kč. Po odečtení od průměrného důchodu (8 163 - 2 820 = 5 343) vychází, že **i pacient - starobní důchodce s průměrným důchodem by mohl přispívat necelých 5 400 Kč měsíčně, tj. cca 180 Kč denně, aniž by se dostal do problémů s neplacením nájemného.**

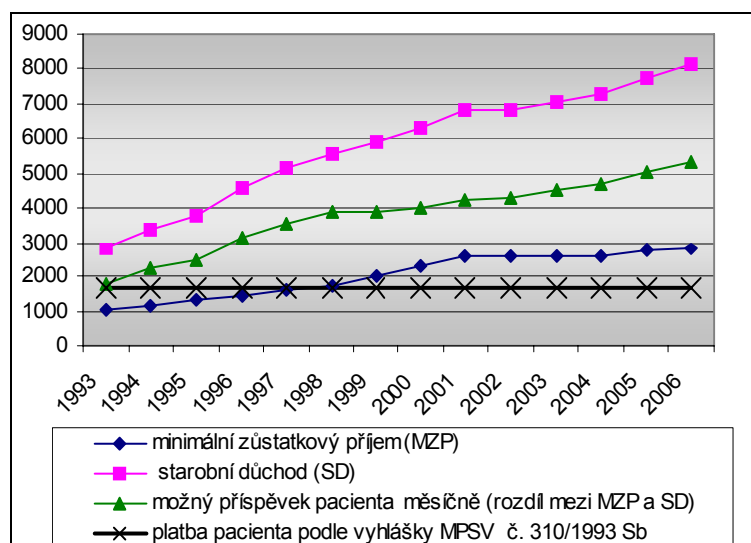
Jiná situace ovšem nastává od 1.1.2007, kdy nabývá účinnosti zákon č. 110/2006 Sb., **o životním a existenčním minimu.** Životní minimum je minimální společensky uznaná hranice peněžních příjmů k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb. Od 1.1.2007 částka životního minima jednotlivce činí 3 126 Kč měsíčně. Existenční minimum je minimální hranicí peněžních příjmů, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití. Od 1.1.2007 částka existenčního minima osoby činí 2 020 Kč měsíčně. Existenční minimum nelze použít u nezaopatřeného dítěte, u poživatele starobního důchodu, u osoby plně invalidní a u osoby starší 65 let. Životní minimum ani existenční minimum **nezahrnují nezbytné náklady na bydlení.** Ochrana v oblasti bydlení je řešena v rámci systému státní sociální podpory poskytováním příspěvku na bydlení a v systému pomoci v hmotné nouzi doplatkem na bydlení.

V důsledku těchto změn nelze námi navrhovaný systém výpočtu příspěvku na následnou ošetrovatelskou péči použít. Vezmeme-li však v úvahu, že pacientům LDN se dostává plného zaopatření, pak by bylo možné stanovit příspěvek jako rozdíl mezi jeho důchodem a existenčním minimem.

---

<sup>30</sup> Podle § 3 odst. 2 zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu a podle předpisů souvisejících

**Graf 19 Možný příspěvek pacienta - důchodce na lůžku následné ošetrovatelské péče v letech 1993 - 2006 (Kč/měs.)**



Otázku, jak řešit platby v případě, že půjde o důchodce, který má podprůměrný důchod, případně který platí vysoké nájemné, by musela řešit rodina a v případě osamělého důchodce obec.

**Příspěvek na péči podle § 11 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách by měl připadnout zdravotnickému zařízení**

Kromě příspěvku svých klientů mají ústavy sociální péče oproti zdravotnickým zařízením další výhodu. Občané, jimž bylo přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, poskytují ústavu celou výši tohoto zvýšení. Ačkoli zdravotnická zařízení pečují o bezmocné pacienty stejně jako ústavy sociální péče, nárok na náklady za pomoc poskytovanou z důvodu bezmocnosti nemají a částky přiznané jako zvýšení důchodu pro bezmocnost ponechávají pacientům, resp. jejich rodinám.

Od 1.1.2007, kdy nabývá účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se zvýšení důchodu pro bezmocnost transformuje do příspěvku na péči odstupňovaného podle stupně závislosti příslušné osoby. **U pacientů na lůžkách následné ošetrovatelské péče by pacient celý příspěvek na péči měl poskytnout příslušnému zdravotnickému zařízení.**

Důvodem je fakt, že závislým osobám umístěným ve zdravotnickém zařízení poskytuje pomoc právě jen a pouze toto zařízení a nikdo jiný.

**Více zdrojové financování**

Následná a následná ošetrovatelská péče ve zdravotnictví poskytuje pacientům nejen péči čistě zdravotní, ale i sociální. Proto by měla být financována nejen z prostředků zdravotních pojišťoven, ale i z rozpočtu resortu sociálních věcí a z příspěvků pacientů v tomto poměru:

- cca 50 % zdravotní pojišťovny,
- cca 30 % státní rozpočet (sociální sféra),
- cca 20 % pacient.

Při odhadovaném počtu 9,5 milionu ošetrovacích dnů by **tento systém jenom na příspěvku pacientů přinesl do zdravotnictví téměř 2 miliardy Kč ročně; na přerozdělených prostředcích ze sociální sféry pak bezmála další 3 miliardy.**<sup>31</sup>

<sup>31</sup> V roce 2004 činily celkové výdaje na zdravotnictví v ČR 194 miliard, z toho výdaje zdravotních pojišťoven 157 miliard. Pramen: Aktuální informace ÚZIS č. 37/2005



Na tuto jistě nemalou částku však nelze pohlížet jako na čistou úsporu, která by připadla ve prospěch zdravotních pojišťoven. **Zdravotní pojišťovny by byly povinny uzavírat smlouvy s ošetrovatelskými odděleními ústavů sociální péče a hradit jim náklady na poskytovanou zdravotní péči podle bodových hodnot** ve smyslu vyhlášky č. 134/98 Sb. (ve znění pozdějších předpisů).

Zrovnoprávněním ošetrovacích oddělení DD se zdravotnickými zařízeními ošetrovatelské následné péče by byl vytvořen typ „Ústavu zdravotně-sociální péče“ (ÚZSP), který by potřebným občanům poskytoval nezbytnou pobytovou sociální péči, se zajištěním odborné péče zdravotní na dostatečné úrovni.

## VIII. Odměňování odborných pracovníků v DD a v LDN

Dagmar Žitníková - Mgr. Ivana Štěpánková - Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče

Výsledkem dosavadních statistických analýz je zjištění, že věk, zdravotní stav a stupeň soběstačnosti u obyvatel domovů důchodců i u pacientů LDN se v zásadě výrazně neliší. Z toho logicky vyplývá, že obě skupiny seniorů by měly mít nárok na obdobnou zdravotní péči co do kvantity i kvality, což lze do jisté míry charakterizovat počtem zdravotnických pracovníků na jednoho pacienta (klienta). Přesné srovnání tohoto druhu mezi domovy důchodců a LDN však není možné, neboť odpovídající statistická data za DD nejsou k dispozici. V dotazníkovém průzkumu (viz kapitolu VI.) čtvrtina respondentů z řad DD sdělila, že činnost na ošetrovatelském a běžném oddělení nerozlišují a že u nich zaměstnanci pracují tam, kde je to zrovna zapotřebí. Pouhá čtvrtina respondentů DD uvedla počet sester na jednoho klienta na ošetrovatelském a běžném oddělení. Z těchto údajů je pouze jeden (3,6 klienta na 1 sestru) srovnatelný s průměrným stavem v LDN (3,4), v ostatních případech je počet klientů DD na 1 sestru dvakrát až třikrát vyšší.

V roce 2006 proběhly tiskem<sup>32</sup> zprávy o propouštění kvalifikovaných zdravotních sester z ústavů sociální péče, zejména z domovů důchodců. Místopředsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jana Dvořáková k tomu poznamenává, že „ředitelé domovů důchodců jsou toho názoru, že obyvatelé DD jsou v podstatě zdraví a že léky mohou teoreticky podávat i nezdravotníci. Ve skutečnosti jsou však v ústavech většinou lidé, kteří mají nějaké zdravotní problémy a kvalifikovanou pomoc potřebují“. Podle názoru Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče je odliv odborného personálu alarmující.<sup>33</sup>

Poskytování ošetrovatelské péče ovlivňuje více aspektů:

- 1) kým má být poskytována ošetrovatelská péče,
- 2) co je to ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb / definice /,
- 3) kdo je odpovědný za poskytování ošetrovatelské péče a jaká je kontrola kvality poskytované péče.

Všechny tyto problémy se navzájem prolínají a uspokojující odpověď v současné době nenalezneme ani na jednu z nich.

Odpověď na první otázku zní: výhradně odborně způsobilým personálem. Kdo je odborně způsobilý poskytovat ošetrovatelskou péči upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon doplňuje vyhláška 424/2004 Sb., o činnostech těchto nelékařských profesí. I přes takto vymezený rámec právní úpravy jsou v praxi obrovské problémy se zařazením zdravotnických pracovníků.

Daleko složitější je odpověď na otázku č. 2. **Chybí nám totiž vymezení, co je to ošetrovatelská péče v sociálních službách.** U konkrétních činnostech chybí přesné rozlišení, zda jde o službu zdravotní nebo sociální. Existuje více různých výkladů - jiný má poskytovatel, zřizovatel, MPSV, Ministerstvo zdravotnictví, odborné společnosti a odbory. Jako příklad může sloužit otázka poskytování hygienické péče u ležícího klienta. Je to výkon zdravotní nebo sociální? Každý z výše uvedených subjektů odpoví po svém.

Výsledkem je pomalá likvidace zdravotnických pracovníků v zařízeních pobytových sociálních služeb. Ve většině domovů důchodců a ústavů sociální péče došlo k přerazení části zdravotních sester, ošetrovatelek a sanitářů do kategorie pracovníků v sociálních službách. U

<sup>32</sup> např. Lidové noviny 4. 3. 2006, 7. 8. 2006

<sup>33</sup> KUČERA, P.: Ústavy šetří na odbornících. Vzdělala se, a tak ztratila práci. In: Lidové noviny, 7.8.2006 str. 2

posledních dvou jmenovaných skupin - sanitářů a ošetřovatelů - je největším paradoxem to, že dosud jako základní kvalifikační předpoklad stačilo základní vzdělání a sanitářský kurz, ale od 1.1.2007 se situace mění.

Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách, který vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviu jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, bude od 1.1.2007 podle zákona 108/2006 Sb. základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.<sup>34</sup> Vzhledem k tomu, že pro profesi pracovníka v sociálních službách nebyla vytvořena přechodná opatření, tak pro většinu zařízení vzniknou další náklady.

Důvody pro víceméně formální přeražení pracovníků ze skupiny „zdravotnické“ do skupiny „sociální“ jsou především ekonomické. Zařízení sociálních služeb jsou dlouhodobě podfinancována. Nejjednodušším a mnohdy jediným způsobem, jak vylepšit hospodaření v těchto zařízeních, je ušetřit na zaměstnancích. Zdravotničtí pracovníci jsou zařazeni v jiné platové tabulce a jejich tarifní plat je o 11 % vyšší než plat pracovníků v sociálních službách.

V důsledku toho v průběhu uplynulých 5 let zmizelo ze zařízení sociálních služeb 1 750 zdravotních sester, 502 ošetřovatelů, 2 393 sanitářů a 1 266 pedagogů. Celkem tedy zhruba 6 000 pracovníků. V průběhu těchto let se v zařízeních sociální péče objevila nová kategorie pracovníků - pracovníci v sociálních službách. V jakési nové formě péče, v přímé obslužné péči, jich za stejné sledované období přibýlo 7 180.

Lví podíl na této situaci má i Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jeho přístup k řešení problematiky byl velmi liknavý, v některých případech jeho stanoviska hovořila v neprospěch zdravotnických pracovníků. Zákon o sociální péči řeší standardy kvality poskytované sociální péče, neřeší však také personální standardy pro pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky. **Poskytování ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb i přes její objektivní potřebu neřeší komplexně žádný právní předpis.**

Problémy jsou i s výkladem již zmiňovaného zákona č. 96/2004 Sb. Ošetřovatelskou péči může totiž vykonávat pouze nelékařský zdravotnický pracovník, který splňuje kvalifikační předpoklady pro výkon povolání bez odborného dohledu. Situaci dále velmi komplikuje výklad způsobu výkonu nelékařského zdravotnického povolání, a sice co je výkon povolání bez odborného dohledu a pod odborným dohledem.

**Přes všechny tyto skutečnosti kvalitní ošetřovatelská péče ze zařízení sociálních služeb nezmizela.** Zdravotničtí pracovníci převedení na pracovníky v sociálních službách dál vykonávají svoji profesi, pouze za jiných platových podmínek, což je nepochybně ekonomicky výhodné pro poskytovatele i zřizovatele. Chybí personální standardy pro poskytování zdravotní a ošetřovatelské péče. Vznikli pouze inspektoři kvality sociálních služeb. Problematikou ošetřovatelské péče se v jednotlivých zařízeních zabývají vrchní sestry.

Cílem našeho popisu stavu je upozornit na problematiku ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb a dojít konečně ke stavu, kdy nebude v zařízeních sociálních služeb zpochybňováno poskytování péče zdravotní a ošetřovatelské.

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR je toho názoru, že poskytování jakékoliv péče by mělo probíhat za předem jasných pravidel upravených legislativou a v závislosti na skutečné potřebě péče. Podobně se nelze smířit s tím, že péče v obou typech zařízení - zdravotních i sociálních - se sice poskytuje stále stejná, avšak pro zařazení pracovníků je důležité, jak je to které zařízení nazýváno.

---

<sup>34</sup> Absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel.

Pro odměňování pracovníků, zejména zaměstnanců státu a územně samosprávných celků stanovil zákonodárce jasná pravidla, podle kterých jsou tito zaměstnanci odměňováni. Jestliže pracovník vykonává povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 424/2004 Sb. (samozřejmě za předpokladu, že splňuje odbornou způsobilost), vykonává povolání zdravotnického pracovníka a jako zdravotnický pracovník musí být i odměňován.

Současnou personální situaci v pobytových zařízeních sociální péče charakterizuje tabulka 27 a graf 20.

**T a b u l k a 27 Počet zdravotnických pracovníků v pobytových sociálních zařízeních v letech 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
střední zdravotničtí pracovníci <sup>1</sup>	7 866	7 715	7 715	7 017	6 765	6 621
nižší zdravotničtí pracovníci <sup>2</sup>	1 427	1 568	1 568	1 646	1 493	1 137
pomocní zdravotničtí pracovníci <sup>3</sup>	4 805	4 989	4 989	4 892	2 733	2 590
lékaři	66	67	67	61	53	43
pečovatelé/pečovatelky	3 098	3 275	3 275	3 009	2 677	3 098
pracovníci sociální péče	.	.	.	1 427	5 740	10 031
sociální pracovníci	.	.	.	751	902	1 038
<b>CELKEM</b>	<b>17 262</b>	<b>17 614</b>	<b>17 614</b>	<b>18 803</b>	<b>20 363</b>	<b>24 558</b>
index počtu pracovníků (2000=100)	100%	102%	102%	109%	118%	142%
index kapacity všech ÚSP	100%	101%	104%	104%	106%	106%

*Poznámky:*

1) od roku 2005 všeobecné sestry, ergoterapeuti, nuriční terapeuti, fyzioterapeuti

2) od roku 2005 zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé, maséři

3) od roku 2005 sanitáři

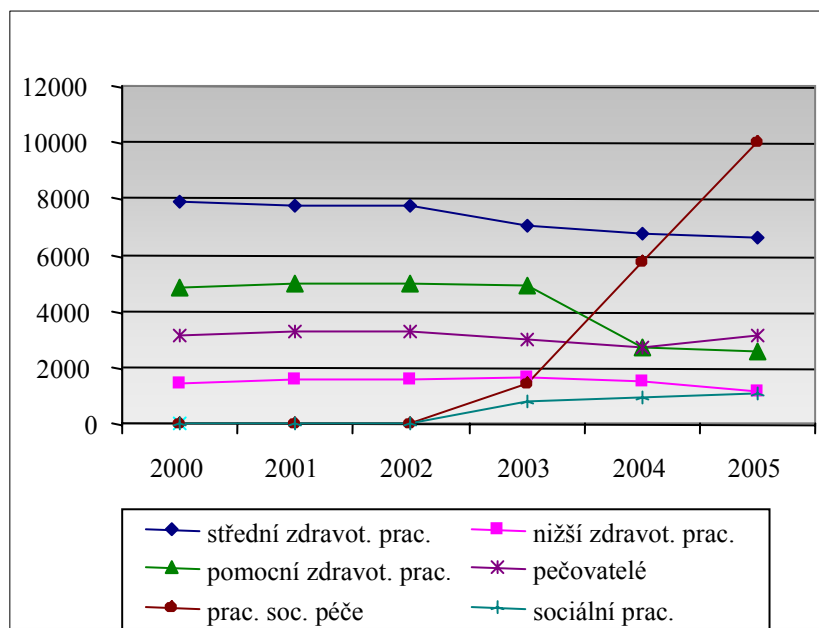
*Prameny: Výpočet VÚPSV podle dat Odborového svazu zaměstnanců sociální péče a zdravotnictví, které zpracovala Dagmar Žitníková a Mgr. Ivana Štěpánková - Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, Praha, MPSV 2005*

Data tabulky svědčí o soustavném poklesu počtu středních a pomocných zdravotnických pracovníků, který je více než kompenzován nárůstem pracovníků sociální péče. V důsledku toho celkový počet pracovníků v pobytových sociálních zařízeních soustavně roste, takže i přes nižší průměrné platy sociálních pracovníků nedochází k celkovým úsporám na mzdových prostředcích.

Pro objektivní zmapování situace byla při Odborovém svazu zdravotnictví a sociální péče vytvořena pracovní skupina, která rozeslala členským organizacím v ústavech sociální péče dotazník s těmito otázkami:

1. Zaměstnává váš ústav kvalifikované zdravotní sestry?
2. V kladném případě, kolik obyvatel DD připadá na jednu kvalifikovanou zdravotní sestru? Máte-li ve vašem DD ošetřovatelská lůžka (případně celé ošetřovatelské oddělení), uveďte prosím zvlášť, kolik kvalifikovaných zdravotních sester připadá na 1 ošetřovatelské lůžko a na 1 lůžko v DD celkem.
3. Jaký je ve vašem ústavu průměrný měsíční hrubý výdělek kvalifikované zdravotní sestry (přibližně)?
4. Kolik kvalifikovaných zdravotních sester ve vašem ústavu v roce 2005 skončilo pracovní poměr? Víte, kolik z nich odešlo pracovat do resortu zdravotnictví?
5. Jaký byl vývoj počtu zdravotnických pracovníků ve vašem zařízení v uplynulých letech v závislosti na počtech klientů?

**G r a f 20 Počet středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků v pobytových sociálních zařízeních**



Ohlas na tento dotazník byl poměrně slabý. Navíc odpovědi přišly nejen z domovů důchodců, ale i z jiných typů ústavů sociální péče. Nicméně odpovědi umožnily vysledovat určité tendence, společné pro všechna pobytová sociální zařízení.

Respondenti si vesměs nestěžovali na „hromadný útěk“ kvalifikovaných zdravotních sester ze sociální sféry do zdravotnictví. Jejich počet se sice snížil, ale buď přeřazením na místo sociální pracovnice nebo - a to většinou - odchodem do důchodu. Žádný z respondentů neuvádí, že by sestry odcházely do zdravotnictví z platových důvodů. Následující tabulky o platech v LDN a ÚSP svědčí o tom, že není ani proč - platové hladiny u nelékařských profesí jsou víceméně vyrovnané. Jiná je ovšem situace u lékařů, která by ostatně stála za podrobnější rozbor.

**T a b u l k a 28 Průměrné platy v LDN - odměňování podle zákona č. 143/1992 Sb.**

	lékaři	všeobecné sestry	ZPOD <sup>1</sup>
2004	40 078	19 570	13 117
2005	40 816	20 427	13 302

*Poznámky: 1) zdravotničtí pracovníci pod odborným dohledem*

*Pramen: Odborový svaz zaměstnanců ve zdravotnictví a sociální péči*

**T a b u l k a 29 Průměrné platy v ústavech sociální péče**

	lékaři	všeobecné sestry <sup>1</sup>	nižší ZP <sup>2</sup>	pomocní ZP <sup>3</sup>	pracovníci soc. péče	sociální pracovníci
2004	22 776,9	17 743,0	13 439,1	12 967,0	11 823,5	14 389,3
2005	27 417,3	18 767,1	14 777,8	13 129,8	13 014,8	16 244,2

*Poznámky:*

*1) v roce 2004 včetně sociálních pracovníků*

*2) v roce 2005 ošetrovatelé/ošetrovatelky*

*3) v roce 2005 sanitáři/sanitářky*

*Prameny: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí MPSV*

Vzhledem k rozsáhlým personálním změnám, daným zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) jsou uvedené údaje mezi rokem 2004 a 2005 hůře porovnatelné. Proto uvedeme ještě podrobnější přehled o platech některých zdravotnických i nezdravotnických profesí v ústavech sociální péče.

**T a b u l k a 30 Průměrné platy některých profesí v ústavech sociální péče v roce 2005**

všeobecné sestry	18 767
nutriční terapeuti	17 506
zdravotnický asistent	16 128
fyzioterapeuti	15 041
ergoterapeuti	13 779
ošetřovatelé	14 778
sanitáři	13 130
maséři	12 033

*Prameny: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí MPSV*

## IX. Závěry a doporučení

### Z dostupných podkladů byly zjištěny tyto základní poznatky:

- Chybí precizní definiční vymezení pro pojem „zdravotní“ a „sociální“ služby. Tato nevyjasněnost způsobuje řadu problémů v jejich financování.
- Přetrvává nedostatečný počet lůžek pro následnou ošetrovatelskou péči ve zdravotnictví a ošetrovatelskou péči v domovech důchodců. Nejhorší situace je v kraji Plzeňském, dále v Praze a v kraji Vysočina.
- Věková struktura, základní diagnózy a stupeň soběstačnosti u pacientů LDN a u klientů domovů důchodců umístěných na ošetrovatelských lůžkách DD jsou v zásadě obdobné.
- Naproti tomu velice rozdílné je **financování** obou typů zařízení. DD jsou v podstatě příspěvkové organizace zřizované kraji a obcemi, LDN jsou zdravotnická zařízení financovaná převážně z veřejného zdravotního pojištění. Zatímco v DD klient na sociální služby přispívá, v LDN je veškerá péče (včetně péče sociálního charakteru) pro pacienta bezpříspěvková.
- Zdravotní péče v domovech důchodců je nezřídka hrazena v rámci běžných neinvestičních výdajů ústavu a na druhou stranu LDN ze zdravotního pojištění poskytují i sociální služby. Navíc zdravotnická zařízení pečující o pacienty s přiznaným zvýšením důchodu pro bezmocnost nemají - na rozdíl od DD - nárok na tento příplatek.
- Přestože LDN jsou za současného stavu podfinancovány, jsou zde náklady na lůžko a den - oproti DD - zhruba dvojnásobné. Jednou z možných příčin by mohl být vyšší počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků v LDN; avšak průkazná data pro přesné srovnání nejsou k dispozici.
- Prozatím není jasné, zda aplikace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přinese počínaje rokem 2007 ve financování sociálně zdravotních služeb výraznější změny.

### Vzhledem k výše uvedenému doporučujeme následující:

- Nedostatek lůžek pro ošetrovatelskou a následnou péči řešit vytvořením **sociálně zdravotnických zařízení**, kam by patřila lůžka následné a ošetrovatelské péče v nemocnicích, lůžka v LDN, lůžka ošetrovatelské péče v OLÚ, lůžka v hospicích a ošetrovatelská lůžka v domovech důchodců a dalších ústavech pro občany se zdravotním postižením. **Lůžkový fond těchto zařízení posílit na potřebnou výši snížením počtu lůžek akutní péče v nemocnicích.**
- V těchto sociálně zdravotnických zařízeních zavést **vícezdrojové financování** v tomto poměru:
  - cca 50 % zdravotní pojišťovny,
  - cca 30 % státní rozpočet (sociální sféra),
  - cca 20 % pacient.
- **Příspěvek pacienta** by v cenové hladině roku 2006 měl činit 180,- až 200,- Kč denně a měl by být každoročně valorizován v závislosti na růstu životního minima a starobních důchodů.
- Sociálně zdravotnické zařízení by mělo **nárok na celý příspěvek na péči** poskytovaný jejich pacientům podle § 7 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

## Literatura

BALVÍNOVÁ, M: Má sestra poučovat pacienty? *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry*, 2004, roč. 14, č. 2, s. 5, ISSN 1210-0404.

BOŠKOVÁ, V.: Smějí léčit pacienta laici? *Zdravotnické noviny*, 2004, ročník 53, č. 14. ISSN 0044 1996.

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání. Praha, VÚPSV 2004

FIALA, P.: Ukázka čísel kolem nákladů na „následnou“ péči. In *Zdravotnické noviny* č. 47, listopad 1997

FIALA, P.: Pacienti určení k likvidaci (Odvrácená tvář našeho zdravotnictví). In: *Tempus medicorum* č. 7-8, ročník 15 (2006), str. 15-17

HOLMEROVÁ, I., SEDLÁČEK, PŘEHNAL, J.: *Zdravotně sociální péče a její financování*. Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR č. 32693/13, leden 1998

KALVACH Z. a kol.: *Geriatric a gerontologie*. Praha, Grada 2004

KASALOVÁ, H.: Chronické a aktuální problémy ústavní péče o staré občany. Výzkumný ústav sociálního rozvoje a práce. Praha 1990

KUČERA, P.: Ústavy šetří. Propouštějí sestry. In: *Lidové noviny*, 4.3.2006 str. 5

KUČERA, P.: Ústavy šetří na odbornících. Vzdělala se, a tak ztratila práci. In: *Lidové noviny*, 7. 8. 2006 str. 2

PRŮŠA, L. a kol.: *Obce, města, regiony a sociální služby*. SOCIOPRESS, Praha 1997, ISBN 80-902260-1-9

MISCONIOVÁ, B., MERHAUTOVÁ, I., PRŮŠA, L.: *Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních včetně návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče*. Praha, VÚPSV 2003

*Ošetrovatelská následná lůžková péče a léčebná rehabilitace hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění*. Pracovní materiál VZP, červen 2003

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

*Sociálně zdravotní lůžko*. Pracovní návrh Meziresortní komise integrované péče. Srpen 2003

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

RYŠÁNKOVÁ, H.: Poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Diplomová práce, Fakulta humanitních studií UK, Praha 2005

STATISTICKÁ ROČENKA z oblasti práce a sociálních věcí 2002-2004, Praha, MPSV 2003 - 2005

ZÁKLADNÍ UKAZATELE z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2004, MPSV Praha 2005 (zkrácený název: „Základní ukazatele ... MPSV“)



## Příloha I

### PLNÉ A ZKRÁCENÉ NÁZVY KAPITOL MKN-10

	plný název kapitol MKN-10	používaný zkrácený název	zkratky v grafech
I.	Některé infekční a parazitární nemoci.	Nemoci infekční + parazit.	
II.	Novotvary	Novotvary	Novotvary
III.	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy, týkající se mechanismu imunity	Nemoci krevní, imunita	
IV.	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	Nemoci endokrinní, výživa	Výživa
V.	Poruchy duševní a poruchy chování	Poruchy duševní	Duše
VI.	Nemoci nervové soustavy	Nemoci nervové soust.	Nervy
VII.	Nemoci oka a očních adnex	Nemoci oka	
VIII.	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	Nemoci ucha	
IX.	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci oběhové soust.	Oběh
X.	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci dýchací soustavy	
XI.	Nemoci trávicí soustavy	Nemoci trávicí soustavy	
XII.	Nemoci kůže a podkožního vaziva	Nemoci kůže	
XIII.	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	Svaly, kostra, pohyb	Pohyb
XIV.	Nemoci močové a pohlavní soustavy	Močová a pohlav. soustava	
XV.	Těhotenství, porod a šestinedělí	Těhotenství, porod	
XVI.	Některé stavy vzniklé v perinatálním období	Perinatální stavy	
XVII.	Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	Vrozené vady	
XVIII.	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	Příznaky nezařazené	
XIX.	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	Poranění, otravy	

## Příloha II.

### HODNOCENÍ NEZÁVISLOSTI V KAŽDODENNÍCH AKTIVITÁCH

Pramen: Kalvach Z. a kol. : Geriatrie a gerontologie, Praha, Grada 2204, str. 196-200

Původní index nezávislosti v každodenních aktivitách (Index of Independence in Activities of Daily Living) vytvořil v roce 1964 S. Katz. Prošel několika zjednodušujícími úpravami a způsoby hodnocení. Je zkráceně označován jako **Katz ADL** (Katz aj., 1970). Položky jsou různými autory různě pozměňovány a kombinovány (Nybo aj., 2001). Původní 6položkový index však zůstává jednoduchým zlatým standardem. Sjednocuje pohled na křehkého pacienta v úrovni sebeobsluhy a vytváří společný jazyk zainteresovaných zdravotníků (Shelkey a Wallace, 1999). Byl dokonce označen jako dorozumivací jazyk geriatrie (Kane, 1993).

Bazální ADL (ADL či BADL) se týkají sebeobsluhy. Hodnotí se přemístování (přesun z lůžka do křesla, chůze kolem lůžka), používání toalety, kontinence, koupání, jezení, oblékání (tab. 2.13). Trvá představa, že v oblasti ADL je spíše třeba sjednotit provádění Katzova hodnocení, než vymýšlet jeho revize a obměny (Hedrick, 1995). „Katz ADL“ se však nehodí pro jemnou diferenciaci funkčního stavu, nezachycuje mírné změny ve funkčním výkonu („nadále se koupe sám, ale je to obtížnější a nebezpečnější“) a nezachycuje ani podstatné změny ve vyšších pásmech výkonnosti (Andersen-Ranberg aj., 1999).

Hodnocení bylo původně v podobě ano/ne (6 bodů - úplná nezávislost, 4 body - lehčí závislost, 2 body - těžká závislost, 0 bodů - úplná závislost). Často je také trojúrovňové: provede sám - provede s dopomocí - neprovede. Klasifikaci provádějí sami respondenti či jim blízké osoby (rodinní příslušníci, ošetřovatelé, zdravotnický personál) v rámci řízeného rozhovoru či častěji dotazníkovou formou. Exaktní posouzení vyžaduje vždy vztažení schopností k náročnosti konkrétního prostředí. Nejasnosti vznikají např. kolem toho, zda hodnotit aktuální výkonnost v ADL nebo potenciální kapacitu. Katz ADL hodnotí výkon, tedy „oblékáte se sám?“ nikoli potenciál („mohl byste se sám oblékat?“ nebo „myslíte, že se dokážete sám vykoupat po návratu domů?“). Alternativní **Barthelův index** (tab. 2.14) zahrnuje navíc hodnocení chůze a stoupání do schodů (Mahoney a Barthel, 1965, Ranhoff a Laake, 1993). Některé testy se snaží rozlišovat mezi aktuálním a potenciálním výkonem, např. Multilevel Assessment Instrument IADL (Lawton aj., 1982). Jiné, např. **Sickness Impact Profile**, posuzují aktuální změnu oproti dlouhodobé zvyklosti - „v poslední době nedělám úklidové práce, které bych obvykle prováděla“ (Berger aj., 1981). Metodická otázka je, jak dotazy formulovat, k jakému období je vztahovat. Např.: „Obvykle, tím méně než polovinu času v minulém týdnu, se dokážete obléci bez cizí pomoci?“ Novější je snaha konstruovat škály ADL ze standardizovaných údajů MDS (Minimal Data Set), jimiž jsou hodnoceni průběžně klienti zvláště v dlouhodobé ústavní péči (Morris aj., 1999).

O 20 let později rozvinul Katz svůj koncept ze základní sebeobsluhy do úrovně nezávislosti zavedením pojmu „instrumentální aktivity“ či „independence activities“ (Katz, 1983). Navázal tak na Lawtona aj. (1969), kteří publikovali svou verzi označovanou jako **Philadelphia Geriatric Center IADL Scale** (tab. 2.15). Instrumentální ADL (IADL) se týkají složitějších činností, které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost: nakupování, vaření, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi, telefonování.

V intencích Katzova konceptu se v současnosti hovoří také o úrovni náročných „advanced“ aktivit (AADL), které charakterizují nejzdatnější seniorskou populaci, tzv. elitní a zdatné (fit) jedince. I pro ně se hledají hodnotící škály (Reuben aj., 1993). AADL vystihují schopnost vykonávat náročnější pohybové aktivity, jakými jsou např. turistika či tělesná výchova, především v pravidelném a kondičně účinném režimu.

Konference o konsenzu v provádění geriatrického hodnocení v USA doporučila i pro výzkumné účely Katzův index ADL, Lawtonovu Philadelphia Geriatric Center IADL Scale a pro podrobnější výzkum Sickness Impact Profile (Hedrick 1995, Hedrick aj., 1991). Některé práce nacházejí hierarchicky zákonitý nástup problémů v rámci základních ADL (Ferrucci aj., 1998).

V poslední době se zvláště v Evropě uplatňuje **hodnocení funkční nezávislosti FIM**.

### **Výkonové testy**

Výkonové testy (performance measures) se snaží charakterizovat schopnost organismu podávat určité výkony ve vztahu k disabilitě. Často se seskupují do baterií. Jsou nezbytné pro definování nemocných ve výzkumných studiích, zvláště epidemiologických, neboť vnesly objektivní standardizaci do oblasti převážně subjektivních výpovědí. Některé testy jsou orientovány na tělesné schopnosti (physical functioning - např. rychlost chůze či hand grip), jiné na mentální schopnosti (např. nakreslení hodin), některé jsou smíšené (např. test vaření čaje či instantní polévky). Příklady konkrétní aplikace testů a jejich sestav jsou uvedeny v kap. 1.8.2 v souvislosti s hodnocením disability, resp. „křehkosti“ (frailty). Většina testů je neustálených a provádí se v modifikacích podle jednotlivých autorů a sestav pacientů, což znesnadňuje vzájemné porovnání i metaanalytické zpracování (Rubenstein aj., 1995). Jette aj. (1999) upozorňují na nejistou spolehlivost testů, jejichž test-retest korelační koeficienty kolísaly od 0,25 pro hodnocení izolovaného postavení ze sedu do 0,79 pro ujití 8 kroků. Početné studie usilovaly ve 2. polovině 90. let o průlomové prosazení tělesných výkonových testů do komplexního geriatrického hodnocení (CGA) a o zhodnocení jejich významu jako predikátorů časně deteriorace či jejího rizika. Jsou spojeny především se jménem J. M. Guralnika, vedoucího programu epidemiologie, demografie a biometrie v National Institute on Ageing, US National Institutes of Health v Bethesda. Historie výkonových testů je však podstatně delší (Isaacs a Walkey, 1963).

Význam testování zdatnosti ve vztahu k posuzování ADL shrnují Guralnik aj. (1995): objektivizace často nekorektního sebehodnocení než umožňuje sebehodnocení ADL a jeho doplnění, lepší prediktor vývoje, úplnější posouzení spektra výkonů, dobrý subklinický indikátor rizikovitosti pacientů bez zjevného funkčního omezení (disability), upřesnění mechanismů, jimiž různé choroby navozují disabilitu, a postupů, jak jí předcházet. Elam aj. (1991), Sager aj. (1992) i jiní autoři prokázali značné neshody mezi sebehodnocením v ADL a výsledky testování. Např. senzitivita pro obtíže s jezem a telefonováním byla nižší než 80 %, přes 25 % osob, které hlásily nulovou potřebu pomoci při koupání či oblékání, nebylo schopno tyto činnosti provést. Největší neshody byly u nemocných trpících demencí.

Buchner aj. (1995) zdůrazňují potřebu kombinovat údaje subjektivního hodnocení, fyzikálního klinického vyšetření a výkonových testů v rámci komplexního geriatrického hodnocení CGA. Současně uvádějí přehled testů používaných k hodnocení stoje a chůze.

### **K nepoužívanějším testům patří:**

- Test schopnosti vstát ze sedu na židli (sit-to-stand test) v různých modifikacích (čas jednoho postavení, čas opakovaných postavení, nepoužití paží jako opory). V modifikaci „get up and go“ (Mathias aj., 1986) či „up and go test“ (Podsiadlo a Richardson, 1991), čili vstaň a jdi, se vyžaduje vstát, ujit 3 metry, otočit se, dojít zpět a usednout. Test hodnotí svalovou sílu a je tak obdobou hand gripu citlivější ke geriatricky častému poškození pánevních svalů a proximálních svalů dolních končetin - myopatie endokrinní, zánětlivé, metabolické, při malnutrici (Jones aj., 1999). Současně však je významný i vliv stability, koordinace chůze, ortostatického syndromu, psychosociálních faktorů (Lord aj., 2002a).

- Test rychlosti chůze. Provádí se u křehkých geriatrických pacientů na krátké vzdálenosti několika metrů (6-10 m), jindy v časovém intervalu, např. 6 min (Lord aj., 2002b), někdy s otočkou (ujít určitou vzdálenost, otočit se a vrátit se zpátky). Je zajímavé, že ve věku nad 80 let v několika studiích byl jen malý počet seniorů schopen rychlosti chůze vyžadované na světelně řízených křižovatkách a přechodech (obvykle 1,2 m/s). Test odráží celkový zdravotní stav a pacienti volí rychlost s minimálním výdejem energie na metr dráhy.
- Walking behavior - hodnocení pohybové aktivity z hlediska chůze (Simonsick aj., 1999), počet minut strávených kondiční chůzí či počet obejitých bloků za týden. Užívá se u závažně nezdatných pacientů, např. v rekonvalescenci.
- Testy rovnováhy - stoj paralelní, semitandemový, tandemový s otevřenýma či zavřenýma očima, popř. na jedné noze. Obvykle se měří čas, po který je vyšetřovaný schopen stoj udržovat. FICSIT Balance Scale výsledky sofistikovaně kalkuluje (Fornoff aj., 1995). Vyšetření tandemové chůze se používá u mozečkové dysfunkce, u ebriety či při posuzování rizika pádů. Stoj na 1 noze se může zlepšovat cvičením (Brown a Holoszy, 1993). Test tlaku na sternum (sternum push) hodnotí počet úroků a kvalitu reakce po mírném zatlačení na hrudník stojící osoby.
- Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). Hodnotí jak rovnováhu (statickou, dynamickou, posturální změny), tak chůzi (Tinetti, 1986).
- Gait Abnormality Rating Scale (GARS). Jde o obdobu předchozího, ale vyžaduje analýzu videonahrávky chůze, na níž hodnotí i poruchy souhybu paží, které patří k silným predikátorům pádů (Wolfson aj., 1990).
- Test síly svalového stisku - hand grip, grip strength (Fredriksen aj., 2002). Jeví se jako jeden z nejvýznamnějších krátkodobých i dlouhodobých prediktorů deteriorace, pádů i mortality. Opakovaně bylo prokázáno, že síla stisku nekoreluje s pohybovou aktivitou a více vyjadřuje stav organismu (Rikli a Busch, 1986, Rikli aj., 1991). Navíc lze posuzovat i hodnotu krevního tlaku při statické zátěži.
- Test zdvižení a přenesení břemene (hmotnost obvykle 2,5-3,0 kg).
- Test sit-and-reach (dosah paže v sedu při natažených dolních končetinách). V různé modifikaci je nejobvyklejším testem používaným k hodnocení flexibility v bateriích hodnotících zdatnost vztaženou ke zdravotnímu stavu - health-related fitness (Jones aj., 1998, Baltaci aj., 2003).
- Test „zámek-klíč“. Hodnotí jemnou motoriku i mentální schopnosti při zamykání a odemykání, obdobně test oblečení blůzy (košile) se zapnutím knoflíků.
- Test vaření čaje či instantní polévky. Hodnotí motorické i mentální schopnosti včetně odhalení konstrukční apraxie.
- Mentální testy jsou podobně probrány v kap. 2.5. Připomínáme test s nakreslením hodin či Folsteinův Mini Mental State Examination (MMSE).

### **Vybrané baterie testů podle Guralnika aj. (1995):**

- Timed manual performance (Williams a Hornberger, 1984): rozepnout a zapnout různá zapínání, resp. otevřít a zavřít různé uzávěry, napsat krátkou větu, převrátit karty, zvednout dvě papírové svorky, drobné mince a zátky od lahví a dát je do prázdné plechovky, přemístit fazole ze stolní desky do kávové plechovky, postavit na sebe čtyři kameny ze hry dáma. Hodnotí jemnou motoriku ruky. Patří k nejpoužívanějším testům a ukázal se jako dobrý prediktor potřeby pomocných služeb či přijetí na ošetřovatelské lůžko během příštího roku, pokud výsledek byl horší než 350 s (Williams, 1987).
- EPESE battery (Established Populations for the Epidemiologic Study of the Elderly) (Guralnik aj., 1994, Guralnik aj., 1995, Onder, 2002): 5krát vstát a znovu se posadit, ujít 8 kroků (v modifikaci 2,4 m), provést testy rovnováhy - stoj paralelní, semitandemový a tandemový. Hodnotí funkci dolních končetin.
- Physical Performance Test - PPT (Reuben a Siu, 1990): napsat větu, napodobit jezení, zvednout knihu a položit ji na poličku, obléknout a svléknout bundu, zdvihnout drobnou minci z podlahy, otočit se o 360°, ujít 50 kroků, vystoupit do schodů. Výhodou je multidimenzionální hodnocení a snadná proveditelnost (asi 10 min). Test byl použit např. při multicentrické longitudinální evropské studii SENECA (Scroll Bjørnsbo K. aj., 2002).
- Physical Disability Index - PDI (Gerety aj., 1993): rozsah pohybů horních a dolních končetin; síla horních a dolních končetin; posouzení rovnováhy - sed bez dopomoci, postavení ze židle, stoj s nohama od sebe, stoj s nohama u sebe, stoj semitandemový a tandemový; pohyblivost - pohyblivost na lůžku, přemístění na židli, obrat o 180°, chůze 50 kroků. Hodnotí se celkem 54 položek v okruzích pohyblivost, síla, rovnováha a hybnost. Užívá se u velmi křehkých a závislých osob, např. v ošetřovatelských zařízeních, ale i v nemocnicích, a může objektivizovat nález u osob hospitalizovaných „pro ztrátu soběstačnosti“ (diskriminační schopnost především v nízké úrovni zdatnosti).
- Physical Performance and Mobility Examination - PPME (Winograd aj., 1994): posazení na lůžku, přesun z lůžka na židli, 1krát postavení ze sedu na židli, 5krát postavení a posazení, testy rovnováhy - stoj s nohama od sebe, u sebe, semitandemově a tandemově, chůze 5 m. Užívá se u křehkých, zvláště u hospitalizovaných pacientů. Má dvojí hodnocení: ano/ne (výsledek 0-6 bodů) a trojúrovňové - neprovede, provede na nízké úrovni, provede dobře (výsledek 0-12 bodů).
- MacArthur Physical Performance Scale: test rovnováhy (součet časů tandemového stoje a stoje na 1 noze), čas k 10 rychlým krokům, 5 postavení ze židle, foot tapping (poklepání nohou - hodnocení pohybu v hlezenném kloubu), manuální zručnost (čas ke zvednutí tužky a napsání svého jména). Hodnocení se provádí ve vztahu k základním hodnotám z roku 1988 (Bergman aj., 1993, Seeman aj., 1994)

**T a b u l k a 1 Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života (Katz ADL)**

<b>aktivita</b>	<b>nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) - 1 bod</b>	<b>závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) - 0 bodů</b>
koupání (bathing)	myje se sám či dopomoc jen s 1 částí těla (např. záda či ochrnutá končetina)	dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí
oblékání (dressing)	vyndá oblečení ze skříní a zásuvek, obleče se kompletně včetně kabátu a zapínání; možná výpomoc s ponožkami či punčochami	pomoc při oblékání či pasivní oblečení
používání toalety (toileting)	dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. očistit genitál	pomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním nebo užívání podložní mísy či „gramofonu“
přemísťování (transferring)	přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence; mechanické pomůcky jsou možné	potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování
kontinence (continence)	kompletní kontrola vyměšování; možná je stresová inkontinence žen	úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice
jezení (feeding)	vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci; přípravu jídla může zajistit jiná osoba	částečná či kompletní pomoc s jezením či pasivní krmení

**T a b u l k a 2 Barthel - test aktivit denního života (ADL)**

<b>POLOŽKA</b>	<b>hodnocení (počet bodů)</b>
1. najedení, napití	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
2. oblékání	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
3. osobní hygiena	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
4. koupání	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
5. kontinence moči	kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)
6. kontinence stolice	kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)
7. použití WC	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
8. chůze po schodech	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
9. přesun z lůžka na židli, event. vozík	sám (15), s malou pomocí (10), s dopomocí, vydrží sedět (5), nelze (0)
10. chůze po rovině	nad 50 m (15), s pomocí (10), na vozíku (5), neprovede (0)
<b>HODNOCENÍ:</b>	
0-40 bodů	vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
45-60 bodů	závislý
nad 60 bodů	závislost lehčího stupně

**Tabulka 3 Lawtonova škála hodnocení IADL - Philadelphia Geriatric Center IADL Scale (Lawton aj., 1969); v každé kategorii zakroužkujte jedinou položku, která nejvíce odpovídá pacientově současné výkonnosti (fungování - functioning)**

<b>činnost</b>	<b>body</b>	<b>činnost</b>	<b>body</b>
<b>telefonování</b>		<b>praní</b>	
ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí číslo	1	zcela zajistí praní osobních věcí	1
vytočí několik dobře známých čísel	1	přepere drobné věci jako ponožky či punčochy	1
zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla	1	veškeré praní musí zajistit jiní	0
není schopen telefon užívat	0	<b>způsob dopravy, cestování</b>	
<b>nakupování</b>		cestuje samostatně veřejnou dopravou či řídí automobil	1
postará se samostatně o všechny potřebné nákupy	1	zajišťuje si vlastní dopravu taxíkem, ale jinak veřejnou dopravu neužívá	1
zvládá samostatně jen drobné nákupy	0	cestuje veřejnou dopravou s asistencí či s doprovodem	1
potřebuje doprovod na každý nákup	0	doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem	0
není schopen (a) nakupovat	0	necestuje vůbec	0
<b>příprava jídla, vaření</b>		<b>užívání léků</b>	
plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně	1	zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách	1
připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience	0	sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách	0
ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu	0	není schopen užívat vlastní medikaci	0
vyžaduje uvaření a servírování jídla	0	<b>nakládání s penězi</b>	
<b>vedení domácnosti</b>		obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky)	1
vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce)	1	zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod.	1
provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí	1	není schopen (a) nakládat s penězi	0
provádí lehké denní úkoly, ale není schopen (a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty	1		
potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi	1		
nepodílí se vůbec na domácích pracích	0		

## Příloha III.

### PACIENTI URČENÍ K LIKVIDACI

(odvrácená tvář našeho zdravotnictví)

MUDr. Petr Fiala

**Všichni klasici jsou v tom zajedno: Je lepší být zdravý než nemocný, raději být kladivem než hřebíkem atd. Ale co když vaši dceru srazí auto a z bezvědomí se probere jako apalik? Co když vašeho otce sklátí mrtvice a zůstane bezmocně ležet na půl těla ochrnutý? Co když manžela postihnou psychické obtíže a musí jít ležet na psychiatrii? Moderní medicína dokáže zachránit život, ale co pak? Pak jste zajíc a máte prostě smůlu, jak říká Werich? Jedno je jisté, šance vašich blízkých na plnohodnotný návrat do života prudce snižuje způsob, jakým pojišťovny přistupují k úhradám za léčení na tzv. „následných lůžkách“.**

**První výsledky celoplošného šetření, které probíhá od r. 2005, ukazují, že úhrady pojišťoven sotva stačí na pokrytí základního pobytu bez léků a lékařské péče - a to je alarmující. V r. 2006 je některé pojišťovny dokonce pod různými záminkami dále snižují.**

#### *Pacienti*

Každý rok u nás 30 tis. lidí postihne mozková mrtvice. Jsou čím dál, tím mladší a čím dál, tím víc jich mrtvici přežije. Zpravidla pak potřebují péči až do konce života. Přes 10 tis. lidí ročně utrpí těžký dopravní úraz s trvalými následky, další tisíce úrazy na pracovištích a doma. Jednu z nejnižších novorozeneckých úmrtností na světě vykupujeme tím, že přežívají tisíce dětí s DMO, ale chybějí kapacity, kde by se o ně starali dál. Na 100 tis. lidí ročně umírá v nedůstojných podmínkách. Přibývá neurologických a psychiatrických onemocnění, nemocí postihujících hybný systém, infekčních chorob s trvalým postižením a dalších. Mnozí trpí chronickými bolestmi. Jak stárne populace, roste počet dalších invalidizujících onemocnění.

Jejich léčení a udržování pod kontrolou vyžaduje pravidelné pobyty v některém ze zařízení v segmentu „následné“ péče. To představuje 30 % všech odstonaných dnů na našich lůžkách a přetížené kapacity, praskající ve švech (průměrná obloženost 95 %). Mělo by jich být mnohem víc, neboť další potřební čekají na drahých „akutních“ či „fakultních“ lůžkách, až se na ně dostane. Řada ostatních mezitím zemře doma nebo v domovech důchodců.

#### **Systémová chyba**

Každý ví, že úhrada za tuto péči je špatně nastavena a podhodnocena. A kdo to neví, snadno se o tom přesvědčí v prvním zařízení, do něhož vkročí. Táhne se to už od let 1997/98, kdy byla některá zařízení převedena z resortu sociálních věcí pod zdravotnictví. Úředníky, kteří úhrady připravovali, nenapadlo, že náklady ve zdravotnictví se liší od nákladů sociální sféry. Situaci výrazně zhoršuje i to, že během několika let se pronikavě změnilo spektrum diagnóz, které se zde léčí, a léčebných postupů, které je nutno „*lege artis*“ dodržovat. Nemalou měrou k tomu přispěl i pokrok medicíny - mnohé z těch, kdo dříve umírali, dnes zdravotníci na ARO a JIP zachrání, aniž by systém řešil, co s nimi dál. Přitom pacienti po mrtvicích, úrazech a dalších onemocněních často rehabilitaci a dlouhodobé léčení potřebují až do konce života. Řadě rodin těchto pacientů bývá bez obalu naznačeno, že po odsunu do LDN stejně zemřou.

**Rozdíl mezi průměrnými náklady a úhradami ve výši 300-500 Kč na 1 lůžkoden se zde táhne jako hrubá systémová chyba už dlouhých 9 let. To ovšem nejen brání v uplatňování moderní medicíny, humanizaci zařízení, ale už i bazální péči a přímo ohrožuje život pacientů. Vnitřní dluh celého segmentu se prohlubuje.**



Psychiatrická lůžka jsou v EU vedena zvláště, ale doléčování po akutní fázi nemoci a rehabilitace patří ve všech zemích EU pod tzv. „*dlouhodobou péči*“. Náklady na ni ve výši 1 % z HDP hodlají do roku 2013 zdvojnásobit na 2 %. **Základní strategií systémů EU je co nejrychlejší odsun z drahých „akutních“ a „fakultních“ lůžek na lacinější doléčovací a rehabilitační. Mělo by tomu tak být i u nás, jako jeden ze stěžejních reformních kroků.** Všem daňovým poplatníkům by se to bohatě vyplatilo, neboť náklady jsou zde až 5x nižší. V ČR však srovnatelné výdaje činí sotva 0,2-0,3 % HDP a nikde není vidět, že by si naše klíčové instituce vzaly za svou moderní strategii EU.

Následující tabulka ukazuje výsledky šetření MZd. ČR ve spolupráci s AČMN v roce 2005. Dokumentuje nejen výše zmíněný finanční deficit, ale také neodůvodněné snižování úhrad v r. 2006. **Mnohé z ústavů dostávají tolik, co v roce 2001 - a to je nepřijatelné!**

**T a b u l k a 1 Průměrné náklady a úhrada v segmentu tzv. „následné péče“ v Kč v r. 2005 a 2006**

náklady „hotelové“ (nemedicínské)	570
náklady medicínské	770
<b>celkové náklady</b>	<b>1 340</b>
<b>úhrady v r. 2005</b>	<b>900-1 050</b>
<b>úhrady v 1. pololetí 2006</b>	<b>700-1 000</b>

Zdroj: ÚZIS, AČMN, MZd.

Třebaže první signály o tomto stavu přišly už koncem 90tých let, systémové kroky k nápravě byly podniknuty až za ministryně Emmerové. Začalo být jasné, že není udržitelný vysoký počet „*akutních*“ lůžek a naproti tomu nedostatek rehabilitačních a doléčovacích. Zřizovatelé a ředitelé nemocnic je ruší bez náhrady, protože jim produkují trvalou ztrátu.

Proto se začalo uskutečňovat postupné narovnávání systémové chyby, kdy se **v průběhu 3-4 let měly zvýšit úhrady aspoň na úroveň nutných nákladů v celém segmentu.** Tím by padl hlavní důvod k jejich rušení a naopak by již nic nebránilo v jejich růstu. Zvýšením jejich počtu i přestrukturováním zbytných akutních lůžek na následná bychom zároveň získali finanční rezervu a snížili celkové náklady na lůžkový segment, které letos dosáhnou 100 mld. Kč. Zachytili bychom tak trend zemí EU. Hlavním cílem ovšem bylo a je zlepšení nedůstojných podmínek pro pacienty v těchto zařízeních.

### **Peníze až na prvním místě**

Protože mezi poskytovateli a pojišťovny nedošlo pro rok 2005 k dohodě, byla vydána vyhláška. Kompromisní nárůst 13 % v tomto segmentu zohlednil i 3letý půst z minulých let a znamenal faktický meziroční nárůst 4,2 %. To bylo méně než meziroční tempa výběru pojistného (cca 6-6,5 %).

Podle analýz ministerstva mělo mít v r. 2005 toto navýšení dopad cca 400 mil. Kč na celý segment za pololetí. Vedení VZP tvrdilo, že to bude jen pro ni znamenat nejméně 500 mil. Kč navíc a 1 miliardu za celý rok. Podle údajů „*Kubinyho*“ parlamentní vyšetřovací komise z dubna 2006 byly i tyto odhady vysoce nadsazené - skutečné úhrady zůstaly hluboko pod nimi: 79 mil. Kč pro LDN a 130 mil. pro ostatní ústavy za 1. pololetí 2005. Celoroční nárůst ve výši 418 mil. Kč byl tedy poloviční oproti účelovým odhadům VZP! Svědčí to na jedné straně o tom, že pojišťovny zákonné normy nerespektovaly a nerespektují, a na druhé straně, že propočty MZd. byly poměrně přesné, pokud by vyhláška byla dodržována. Poměry v celém následném segmentu se tak nezlepšily, napětí mezi náklady a zdroji dále roste. Péče o pacienty se zhoršuje.

Nadvýběr pojistného se mezi r. 2004/05 očekával ve výši 9-10 mld. Kč. Skutečnost byla ještě o 3 mld. vyšší v důsledku úhrad dluhů státu za zkrachovalé podniky. V roce 2006 se

kromě nadvýběru z růstu mezd zvyšují i úhrady za státní pojištění na 25 % podíl. Peněz v měsíci tedy bude zase víc - jde jen o to, kam půjdou: Vyhraje opět silnější?

Následující tabulka ukazuje, jaké možnosti úhrad dávají pojišťovnám platné zákonné normy:

**T a b u l k a 2 Možnosti úhrad v „následné péči“ dle sazebníku v Kč**

rok rozpětí	2005		2006	
	základ	maximum	základ	maximum
základní nesestupná sazba	402	402	437	437
režie	132	660	145	725
lékový paušál	45	50	50	50
kategorie pacienta	0	300	0	300
<b>celkem</b>	<b>592</b>	<b>1 417</b>	<b>632</b>	<b>1512</b>

Zdroj: Vyhláška č. 134/98 Sb. ve znění pozdějších předpisů

Pozn.: 1. „Maximum“ oproti „základu“ je dáno možností zvýšení režie až o 400%.

2. Hodnoty v tabulce jsou uvedeny bez navýšení o 13% v r. 2005 a 5% v r. 2006. Pokud by navýšení bylo zohledněno, mohou činit úhrady až 1794 Kč za 1 lůžkoden.

Z tabulky je zřejmé, že i bez navýšení úhrad vyhláškami o 13 % v roce 2005, resp. o 5 % v roce 2006 měly a mají pojišťovny dostatečný prostor pro to, aby samy přispěly ke zlepšení péče o své klienty. Žádný zákon ani „výše hodnoty bodu“ jim v tom nebrání. Navýšení o 13 % mělo v roce 2005 činit v průměru stokorunu na den a 5 % v roce 2006 kolem padesátikoruny - jedná se o částky makroekonomicky nevýznamné (viz. dále). Stačilo jen trochu dobré vůle. Že tak pojišťovny činit nechtěly a nechtějí, je výhradně jejich rozhodnutím.

*Kdo může činit dobře, a nečiní ...*

Ne dosti na tom: Pojišťovny pod různými záminkami odmítly respektovat vyhlášku i ostatní možnosti, které jim dává legislativa k postupnému navyšování úhrad, a naopak, dodnes vyvíjejí na řadu ústavů nátlak, aby se zákonného navýšení peněz ve prospěch svých pacientů vzdaly! Pokud k tomu ústavy nejsou ochotny (např. odmítnou podepsat dodatek, nevýhodný pro jejich pacienty), pojišťovny je trestají sankcemi a dalším snížením již tak nedostatečných úhrad. Proč by se ale zřizovatelé následných lůžek měli dobrovolně zříkat zdrojů, které jim podle zákona náležejí, a tím dále zhoršovat situaci svých pacientů - vždyť by to mohlo být vykládáno i jako obecné ohrožení?!

### **Na co stačí úhrady pojišťoven**

Následující tabulka ukazuje, co pojišťovny pro své pojištěnce v následné péči skutečně hradí a na co už ústavům nezbyvají peníze. Kde mají ústavy vzít zbytek pro své pacienty, pojišťovny neřeší. Čísla byla získávána z více než stovky zařízení následné péče v celé ČR v prvním pololetí 2005:

**T a b u l k a 3 Co pokryjí a nepokryjí úhrady od pojišťoven v „následné péči“ v r. 2005 v Kč**

nákladová položka	zjištěná skutečnost	kumulativní součty
pokryto pojišťovny		
1. denní stravní dávka	120	120
2. náklady na energie	35	155
3. vodné, stočné	15	170
4. úklid	35	205
5. praní prádla	35	240
6. odpad	10	250
7. služby spojů	15	265
8. administrativa	80	345
9. ústavní prádlo, OOP	10	355
10. školení, literatura	15	370
11. doprava a PHM	10	380
12. finanční plnění, daně	15	395
13. leasingy, nájmy	15	410
14. opravy a údržba	90	500
15. odpisy	50	550
16. ostatní náklady	20	570
17. platy sester	160	730
18. platy 1/4 ošetřovatelek	70	800
již nepokryto pojišťovny		
19. platy 3/4 ošetřovatelek	220	1 020
20. platy lékařů	125	1 145
21. léky a krev	80	1 225
22. spotřební zdrav. materiál	70	1 295
23. ostatní nákl. na dg. + ter.	45	1 340

Zdroj: Šetření MZd. A AČMN

Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jednoznačně říká, že veškerá poskytnutá péče musí být uhrazena.

Mnohá zařízení ale už svůj marný boj s přesilou vzdala. Dílem pod mimořádným tlakem hraničícím až s vydíráním, dílem ze strachu o holé přežití se podrobili a **dávají svým pacientům jen to málo, na co dostanou peníze**. Podle toho pak péče vypadá a **celou zemí dál obchází strach ze zloprověstných „eldének“** - nikomu se tam nechce a skoro všichni tam jednou musejí. Ti, kdo chtějí dělat lepší práci, než na co stačí úhrady od pojišťoven, dál vzdorují, bojují a shánějí pro své pacienty prostředky, kde se dá, pořádají sbírky... Žádné sbírky však problém systémově nevyřeší!

Ve zdravotnických analýzách EU se náklady rozdělují na ty, které souvisejí s pobytem na lůžku - nemedicínské („*hotel s plnou penzí*“), a na ty, které souvisejí s medicínou - tj. diagnostika, léčení, náklady na lékaře a zdravotníky.

Náklady „*hotelové*“ jsou v zemích EU v podstatě stejné nebo velmi podobné ve všech typech ubytovacích zařízeních - domovy důchodců, sociální ústavy, nemocnice. Není také důvod, proč by tomu mělo být jinak. Pacienti v jedné nemocnici tak nejsou diskriminováni ve srovnání s druhou anebo s jiným typem zařízení. To dovoluje stanovit poměrně přesně nákladové standardy (normativy) v celém lůžkovém sektoru, ale také náklady na diagnózu a léčbu pro systémy LKF nebo DRG.

Celoplošná analýza potvrdila závěry pilotní studie z let 2001/02:

1. Úhrady pojišťoven jsou stále v průměru o 300-500 Kč nižší, než jsou skutečné nutné náklady podle zdravotního stavu pacienta.

2. Úhrady pojišťoven pokryjí zhruba náklady na "ubytování s plnou penzí", ale nestačí už na řádné léčení či na náklady spojené s případným zhoršením akutního stavu.
3. Rehabilitaci vč. logopedie, ergoterapie atp. pojišťovny nehradí vůbec.

Kdo má smysl pro černý humor, dá pacientovi na vybranou: Chceš raději jídlo anebo léky? Pleny anebo uklizený pokoj? Chceš lékaře? Zaplat! Chceš rehabilitaci? Zaplat! Kdo bere život vážně, musí se ptát: Není život pacientů v ohrožení? Je to důstojné členské země EU? Neporušujeme Ústavu? Protože žijeme ve Švejkových Čechách, pacienti zatím povětšinou neumírají - zdravotníci dál pracují za směšnou mzdu, pleny donese rodina, léky napíše praktický lékař (teď už ne), zbytek se nějak sežene a doplatí. Vnitřní dluh nikoho nezajímá. Pojišťovny ušetří. Předstírá se, že je všechno v pořádku. Jenže císař je nahý!

### Fakultní lůžka

Následující tabulka přináší srovnání nákladů v tzv. "následné péči" a na lůžkách ve fakultních nemocnicích:

**T a b u l k a 4 Srovnávací analýza nákladů na 1 lůžkoden v tzv. „následné péči“ a ve fakultních nemocnicích v r. 2005 v Kč**

typ nákladů	LDN a ostatní odb. ústavy (násl. péče)	fakultní nemocnice
náklady „hotelové“	570	2 120
náklady medicínské	770	4 885
celkové náklady	1 340	7 005
<b>z toho:</b>		
1. denní stravní dávka	120	125
2. náklady na energie	35	185
3. vodné, stočné	15	30
4. úklid	35	105
5. praní prádla	35	50
6. odpad	10	15
7. služby spojů	15	20
8. administrativa	80	315
9. ústavní prádlo, OOP	10	15
10. školení, literatura	15	15
11. doprava a PHM	10	45
12. daně, finanční plnění	15	50
13. leasingy	15	--
14. opravy a údržba	90	185
15. odpisy	50	430
16. ostatní	20	535
17. zdravotnický personál	575	2 190
18. léky a krev	80	695
19. spotřební zdrav. mat.	70	985
20. ostatní nákl. na dg. a ter.	45	1 015
<b>celkem</b>	<b>1 340</b>	<b>7 005</b>

Zdroj: Šetření MZd. ČR a AČMN

Pozn.: 1. Náklady včetně ambulancí, JIP atd.

2. Přímo řízené organizace nesmějí uzavírat leasingové smlouvy

3. Z nákladů 1 340 Kč v následném segmentu hradí pojišťovny v průměru 2/3-3/4.

Stojí-li dnes v ČR „*ubytování s plnou penzí*“ v následné péči 570 Kč, pak ve fakultní nemocnici až 2 120 Kč - FN jsou velmi drahými hotely. Co do ceny, aspoň pětihvězdičkové. Co do kvality, od prosté ubytovny až po Hilton, vše za jednotnou cenu. V následném segmentu dostanou pacienti zpravidla totéž, ale tam se musejí vejít do 1/4 ceny. Ani to jim však pojišťovny nechtějí plně hradit. Při troše smůly dostane pacient postel v „*turistické ubytovně*“, při troše štěstí v pětihvězdičkovém hotelu.

Jsou-li v zemích EU tzv. „*hotelové*“ náklady ve všech ubytovacích zařízeních přibližně stejné, kde se u nás berou rozdíly v řádu stovek procent?

Tabulka vzbuzuje víc otázek než odpovědí. Některé rozdíly lze akceptovat, jiné jsou neodůvodněné. **Pacienti však mají všude stejná práva.** Výrazně vyšší medicínské náklady ve FN asi nikoho nepřekvapí, i ty však budou muset být podrobeny dalším analýzám. Jak však má na „*následném lůžku*“ přežít pacient, který jeden den bere ve FN léky v průměru za 695 Kč, druhý den v LDN už jen za 80 Kč, ale pojišťovna proplatí pouze 50 Kč? Řešení kvadratury kruhu.

Pojištěnci i pojišťovny v EU mají zájem, aby se zbytečně neplýtvalo. Výsledkem racionalizace je snaha o co nejrychlejší přesun z drahých lůžek na lacinější. Také to, že počet drahých výukových a akutních lůžek snižují na nejnutnější minimum. **Jejich systémy se chovají „energeticky (tj. finančně) co nejúsporněji“.** V ČR si dovoluujeme přepych dělat to přesně naopak. Naše pojišťovny sice tvrdí, že velké % pacientů ve FN by mělo být co nejrychleji přesunuto na doléčování, svou cenovou politikou vůči následnému segmentu tomu však velmi účinně brání. S proplácením vysokých paušálů v akutní péči si starosti nedělají. Plýtvání pod heslem úspor.

### **Léková analýza**

Mezi pojišťovnami a poskytovateli probíhají neustálé spory o výši paušálů na léky a spotřební zdravotnický materiál. Pojišťovny jej proplácejí ve výši 50 Kč na den. Analýza prokázala, že průměrné denní náklady na léky činily nejméně 80 Kč a na zdravotnický materiál dalších 70 Kč. Aby pacient neutrpěl újmu, měl by být hrazen paušál za obě uvedené položky celkem ve výši 150 Kč/den. Pojišťovny dají na své pacienty ve skutečnosti až 3x méně, než pacienti potřebují!

Léky a krev tvoří podle dlouhodobých šetření konstantně 8-12 % z celkových nákladů ve všech lůžkových segmentech. S tím nikdo nic nenadělá. V následném segmentu sice proporcionálně méně, ale i to má své meze. Kdo tento fakt nechce respektovat, ohrožuje život pacientů.

Následující tabulka uvádí analýzu nákladů na léky u pacienta, který byl po akutní fázi mrtvice přeložen z fakultní nemocnice k „*doléčení a rehabilitaci*“ na tzv. „*následné lůžko*“. Problém je v tom, že to, co pacientovi jeden den uhradili ve FN, nechtějí mu už druhý den platit na následném lůžku. **Pacient je tak krácen na svých právech**, potřebách a je diskriminován vůči druhým. Břemeno nákladů je přenášeno na někoho jiného, v našem případě na ústavy následné péče a ty se ocitají ve dvojím ohni: **Když nepodají lék, ohrozí pacienta. Když jej podají, zkrachují.** Pojišťovny ovšem ušetří.

**T a b u l k a 5 Nákladová analýza denní dávky léků v „následném“ segmentu v r. 2005 v Kč**

Pacient po cévní mozkové příhodě (mozkové mrtvici) s pravostrannou symptomatikou, se smíšenou afázií a těžkým organickým psychosyndromem. Plegie HK, paréza DK, výrazná spasticita. V anamnéze m. Parkinson. 20 let léčená hypertenze, fibrilace síní. Inzulíndependentní DM. Udává motolice, závratě, nestabilitu, tinnitus. Silné bolesti zad v oblasti L-S a S-I. Dekubity v sakru 5x5 cm a na patách. Inkontinentní, PK, nesoběstačný, místy dezorientovaný až agresivní. Trpí nespavostí a zácpou. Ve FN přeléčeny recidivující infekce, mykózy.	
Prestarium	9,00
BetalocZoc	4,40
Warfarin	2,20
Inzulín	30,00
Omeprazol	9,50
Simvastat	17,00
Baclofen	16,00
Piracetam	9,80
Trental	7,00
Tanakan	7,10
Jumex	13,00
Furantoin	4,50
Tiapridal	24,00
Citalec	33,00
Sirdalud	11,20
Stilnox	6,60
Bisakodyl	6,50
<b>celkem</b>	<b>210,80</b>

Zdroj: MZd. ČR, AČMN

Aby mohly být pokryty tyto náklady, které až 4x převyšují hrazený paušál, musí dostat jiný pacient o to méně. Není vůbec započten spotřební materiál na převazy, injekce, podložky, pleny atd.

Pojišťovny tvrdí, že průměry jsou nižší, ale ústavy vědí své. Skutečnost je totiž často daleko dramatičtější: místo Warfarinu za 2,20 Kč přicházejí pacienti z FN s nízkomolekulárními hepariny, které se do jejich paušálů bez problémů vejdu, ale ústavy následné péče zruinují (Clexane či Fraxiparine přijdou denně na 150-200 Kč). Kdo si vezme na zodpovědnost hrozící embolii, když jim lék nepodá? Jednodušší je proto pacienta nepřijmout a utrácet za něj dál peníze ve FN ...

Pacienti s trvalými bolestmi přicházejí s náplastmi Durogesicu apod. (100-150 Kč/den a více), na 100 Kč denně vyjde i Zovirax. Psychiatři ordinují psychofarmaka 3. a 4. generace - denní dávka Remeronu = téměř 100 Kč denně. Levnější léky považují za obsolentní a „*non lege artis*“. Důsledkem toho je, že např. pacient s počínající Alzheimerovou chorobou na Ariceptu v této situaci nemá prakticky šanci na přijetí (dalších 5 tis. Kč měsíčně navíc). Pokud si zlomí krček a potřebuje rozcvičit, má prostě smůlu. Podobně jsou nuceny ústavy uvažovat i u řady ostatních chorob. Kdo má známé, snad se dostane na „*akutní*“ či „*fakultní*“ lůžko, kde se to „*nějak*“ ztratí. Kdo nemá, počká si doma na smrt...

#### Personál

Ještě hůře dopadá personál se svými mzdami. Podle šetření jsou to **nejhůře placení pracovníci z celého segmentu zdravotnictví** - a přitom by měli být placeni nejlépe! Jejich pacienti jsou ti nejtěžší z nejtěžších - ochrnutí, bezmocní, inkontinentní, umírající, plní tělesných bolestí, ran, duševních traumat a strádání. Potřebují léčbu, lásku, trpělivost a péči po všech stránkách: Od podání „*číše vody studené*“ až po ošetření ran, hygienu, přebalení, nakrmení, rehabilitaci ... Potřebují citlivé doprovázení na své poslední cestě. V našich

poměrech se stávají posledními z posledních. Odepsaní, určení k likvidaci ... Spolu s nimi trpí i jejich personál.

Jak jsou odměňovány sestry, darmo mluvit. Kolik dostanou lékaři, raději nehovořit. Co zbude na ostatní, lépe pomlčet. Drtivá většina ředitelů a zřizovatelů by s tím velmi ráda něco udělala. Copak je 14 tisícový plat odborné sestry hrubého v této situaci přiměřený? Proč mají ošetřovatelky pracovat za hrubých 9 tisíc měsíčně? O navyšování platů podle směrnic si v této situaci mohou nechat jen zdát. Proč ale mají za těžší práci dostávat méně než třeba sestra na fakultní interně, která má na starosti relativně „zdravého“, soběstačného pacienta, který si sem přišel léčit svá „vypitá“ játra?

Ten, kdo v pojišťovně rozhoduje o výši úhrad, by sem měl napřed jít aspoň na měsíc pracovat za stejných podmínek jako zdravotníci! Jaký je postoj pojišťovny? Místo, aby se hluboce sklonili před jejich prací, poděkovali jim za obětavost, omluvili se za nízké úhrady a slíbili nápravu, provádějí tzv. „*personálně-technické audity*“ - a z toho mála, co dosud dávají, jim ještě uberou: **Ústavům dají méně peněz, protože je zde údajně málo personálu, protože na víc nedostali peníze, protože je tu prý málo personálu, na který nedostali peníze atd. *ad nauseam usque*... až do likvidace ústavů i jejich pacientů ...**

### **Personálně-technické audity**

S tzv. „*audit*“ přišly pojišťovny ve 2. pololetí 2005, aby nemusely pacientům v následné péči přidat podle vyhlášky. Do té doby jim žádné „*audit*“ celá dlouhá léta ani nepřišly na mysl - jednoduše proto, že naše zákony nic takového neznají. Je tedy třeba připustit, že myšlenka pojišťoven byla velmi svěží a neotřelá.

Současná legislativa i bez intervencí pojišťoven velmi striktně určuje, jak mají být zdravotnická zařízení vybavena personálně a věcně. Při registraci každého zařízení se vše přísně prověřuje za účasti Lékařské komory. Aktualizace probíhá každý kvartál informačnímu centru ICZP. I podle nového zákona 245/2006 Sb. tato povinnost připadá MZd. ve spolupráci s ČLK, a nikoliv pojišťovnám.

Ještě horší je, že při tzv. „*auditech*“ požadují pojišťovny po zařízeních takové informace, které je nutí porušovat zákony! Jdou nejen nad rámec zákona 48/1997 Sb., ale dokonce jsou v rozporu i se zákonem na ochranu osobních dat. Úřad na ochranu osobních dat se v tomto směru vyslovil naprosto jednoznačně. Zařízení jsou opět ve dvojím ohni: Dodrží zákon - pojišťovny jim seberou peníze. Nedodrží zákon - mají na krku žaloby pro neoprávněné nakládání s osobními údaji! Jak z toho ven?

Pojišťovny samy si se zákony hlavu příliš nelámou. Už od 4/2004 sice platily zákony č. 95 a 96/2004Sb., o vzdělávání ve zdravotnictví, ale pojišťovny přes opakované námitky hledaly v ústavech neexistující specializace a ověřovaly je podle norem, neplatných už skoro 2 roky. Jak úsměvné.

Čistě teoreticky mohou pojišťovny jen to, co jim umožňuje zákon. Šedivá je však teorie ... v praxi, jak patrně, jsou pojišťovny téměř neomezenými samovládcí: Máš málo? Dostaneš ještě méně. Kritéria tzv. „*auditů*“ určují pojišťovny samy. Projednávat či schvalovat - „*něnada*“. O jejich plnění přece rozhodují opět jen ony samy. Nezávislý kontrolní orgán - proč? Správní řízení - k čemu? Závěry tu jsou pro pojišťovny, tak proč je sdělovat. Proč odstraňovat nedostatky, když se mohou rovnou sebrat peníze? Námitky a odvolání se nepřipouštějí. Kritika nežádoucí. Neposlušnost se trestá. Ne dosti na tom: Srážet peníze je přece možno, i když jsou „*audit*“ náhodou plněny. Komu by se to nelíbilo! Odpovídat na dotazy a urgence, diskutovat - no řekněte sami, proč? Staré, dobré samoděržaví.

**Vzkaz pojišťoven pojištěncům zní: „*Requiescat in pace*.“ Ústavům: „*Objednáváme Trabanta*.“ Kontroloři pojišťoven: „*Jak to, že naši pojištěnci nejezdí Mercedesem?*“**

## Kvalita

Každý, kdo byl někdy v nemocnici, dobře ví, že kvalitu nedělají jen počty personálu, ani dům napěchovaný technikou. Všichni si dobře pamatují „socialismus“, kdy na sesterně posedávalo spousta personálu, ale pacienti se laskavé péče nedočkali. Na mnohých místech tomu tak je dodnes.

**V zemích EU sledují kvalitu poskytované péče nezávislé orgány.** U nás je objektivní sledování kvality teprve v plenkách. I tady to však musí být nezávislý orgán. Mohou tam být zástupci pacientů, pojišťoven, ministerstva, ČLK, odborných společností atd. Kvalita se musí hodnotit podle předem jasně stanovených kritérií, daných pravidel, standardními způsoby. Cílem musí být zlepšení kvality a odstranění závad, ne sankce a represe. Hlavní důraz musí být kladen právě na odstranění nedostatků. Je nutno právně zakotvit správní řízení, možnost odvolání atd., standardní demokratické mechanismy. Nic z toho pod rouškou tzv. „sledování kvality“ pojišťovny v rámci svých „auditů“ neprováděly.

Svámi jednostrannými akty tak pouze roztočily spirálu neustále se snižujících, už tak nedostatečných úhrad.

**Kvalitu nelze vynucovat tak, že zaplatím zboží za 50, ale požaduji ho za 100.** Tak to nefunguje ani za socialismu, natož v civilizované Evropě.

## Makroekonomika

Kolik by stálo, kdyby pojišťovny hradily péči v „*následném segmentu*“ ve výši skutečných nákladů tak, aby se i zde pacienti dočkali veškeré potřebné péče? Nerozkořísalo by to ekonomiku zdravotnictví? To byl jeden z argumentů pojišťoven pro nedodržování vyhlášky 50/2005 Sb. Nehledě na to, že instituce jako zdravotní pojišťovny legislativní normy této země jednoduše dodržovat musejí, makroekonomický dopad na celý segment byl nepatrný, jak mj. jasně prokázala závěrečná zpráva „*Kubinyiho*“ vyšetřovací komise.

V našich nemocnicích se ročně odstoná něco přes 24 mil. lůžkodnů. Kolem 8 mil. z nich připadá na tzv. „*následná lůžka*“. Je to 30 % veškeré lůžkové kapacity, ale jen 8 % celkových nákladů na lůžkový segment. Kdyby lůžek bylo víc, mohli by sem být dříve překládáni pacienti z mnohem dražších „*akutních*“ či „*fakultních*“ lůžek a makroekonomický efekt v řádu miliard by byl brzy na světě. Paradoxně by tato situace nastala, kdyby lůžka v „*následném segmentu*“ byla řádně zaplacená, tj. aspoň tak, jaké jsou skutečné náklady. Ztráta peněz nikoho nemotivuje.

Péče se ovšem v mnoha případech svou náročností i kvalitou blíží „*akutním*“ lůžkům. Proto je z čísel na první pohled patrné, že pacienti i zdravotníci tu doplácí na své podfinancování. Pokud by náklady a úhrady byly vyrovnány, stála by celá „*následná péče*“ v r. 2005 cca 10,5 mld. Kč (1 340 Kč na 1 lůžkodenní) místo současných 7,5-8 mld. Bylo by to pořád jen kolem 11 % z celkových nákladů na lůžka. Vyhláška však nepožadovala skokový nárůst, ale postupný, rozložený do 3-4 let.

Pro srovnání: Zdravotní pojišťovny se 7,4 tis. zaměstnanci spotřebovaly na svůj chod kolem 6 mld. Kč, tj. 3,5 % z výběru pojistného. Nepečují o nikoho ... i když, snad přece jen o někoho. 7,4 tisíc praktiků pro dospělé a děti inkasovalo 7,5 mld. Kč a ambulantní specialisté 12,5 mld. Kč. Na 6 tisíc stomatologů ve stejném roce dostalo od pojišťoven 8,7 mld. Kč - což je víc než všechny léčebny, rehabilitace, psychiatrie a plicní léčebny dohromady.

## Řešení

Pro nezasvěcené mohly být tyto řádky místy neuvěřitelné, pro zasvěcené už jen trpké. Ano, následná péče v ČR je naší 13. komnatou a temnou stránkou našeho zdravotnictví. Pokud dodnes vše funguje aspoň tak, jak funguje, pak jen díky nezměrné obětavosti všech, kdo zde pracují ve prospěch svých zapomenutých pacientů. Kdo se jich zastane?



Při hledání přijatelného řešení má vždycky přednost elementární lidská slušnost, úcta jednoho k druhému, dodržování etických norem. To však předpokládá vůli situaci řešit. Pak vyhrávají všichni.

Začít se musí ihned, a to zaplacením největších dluhů. Na jaře proběhla řada jednání s prozatímním vedením VZP s povzbudivými výsledky. Byla patrná snaha o narovnání nedoplatků z r. 2005 způsobených tzv. „*audity*“ a vůle vyřešit společně s nemocnicemi celkovou situaci během let 2006-07. Přihlásí se k tomu i nové vedení VZP? Vůli k nápravě projeví i některé zaměstnanecké pojišťovny.

Řešení je jistě možno hledat i u soudu. Hromadné žaloby pacientů na pojišťovny pro porušování jejich práv a diskriminaci by měly podle právníků vysokou naději na úspěch. Jsou však až krajním řešením. I ústavy "*následné péče*" by patrně uspěly s požadavky na dodržování zákonů. Nedomnívám se, že tou nejschůdnější cestou by bylo podávání žalob. Nemyslím si, že když se pacienti i ústavy budou u soudu dožadovat svých práv, dosáhnou řešení tím nejrychlejším možným způsobem.

Trvalé řešení může přinést jen vzájemná a trvalá spolupráce všech stran, aby se poměry pro nemocné co nejrychleji zlepšily směrem k evropskému normálu. Civilizovanou zemi nepoznáme podle kosmonautů, ale podle toho, jak se chová k těm, kdo jsou odkázáni na pomoc druhých, jak je dbáno elementárních lidských práv - i bez Listiny základních práv a svobod. Trvalá řešení se nerodí násilím, ale u kulatého stolu. Někteří z pojišťoven to již také pochopili. Bude jich víc?

**P. Fiala, 1. LF UK Praha,**

*autor je lékař a ekonom,  
očekává debatu na adrese  
petrfiala@hotmail.com*

*Nejdůležitější prameny:*

*Statistická ročenka ČR, materiály ÚZIS a MZd., šetření a informace AČMN a MZd. ČR, závěrečná zpráva „Kubinyiho“ parlamentní vyšetřovací komise, šetření autora, konference o dlouhodobé péči Lucemburk 2005.*

## Příloha IV.

### ROZESLANÉ DOTAZNÍKY

#### Dotazník pro domovy důchodců

1. Jakou část vaší kapacity (v %) zaujímají tzv. „ošetřovatelská lůžka“ (řádek 21a /řádek 21 sloupec 2 ve statistickém dotazníku V1-01)
2. Jsou tato ošetřovatelská lůžka vyčleněna jako samostatné oddělení?
3. Jaký je rozdíl mezi denními neinvestičními náklady na 1 lůžko (1 „lůžkoden“) na ošetřovatelském a běžném oddělení?
4. Jakou část denní péče na ošetřovatelském oddělení považujete za ryze zdravotní? (Jedná se pouze o odborné výkony, nikoli o sebeobslužnost). Prosím, odhadněte v % celkové denní péče.
5. Máte některé ze zdravotních výkonů na ošetřovatelském oddělení „nasmlouvané“ se zdravotními pojišťovnami?
  - a) v kladném případě uveďte které
  - b) pokud nikoliv, uveďte, jakým způsobem jsou zdravotní výkony zajištěny a hrazeny (např. prostřednictvím služby domácí péče)
  - c) jaká část zdravotní péče na ošetřovatelských odděleních je hrazena zdravotními pojišťovnami a jaká část z neinvestičních nákladů ústavu?
6. U kolika zaměstnanců je výhradním předmětem pracovní činnosti práce na ošetřovatelském oddělení (uveďte jejich složení podle jejich odbornosti). Kolik obyvatel připadá na jednoho odborného zaměstnance (např. sestry, ošetřovatelky, sociální pracovníci) na běžném a kolik na ošetřovatelském oddělení?
7. Jak je ve vašem zařízení jako celku zajišťována lékařská péče a jak často
  - a) praktický lékař
  - b) stomatolog
  - c) ambulantní specialista (např. oční lékař, ortoped apod.)
8. Jakou část kapacity ošetřovatelského oddělení zaujímají:
  - a) obyvatelé DD s krátkodobým onemocněním (cca do 21 dnů pobytu)
  - b) jaká část je obsazena chronicky nemocnými obyvateli a jaká je průměrná doba jejich pobytu na lůžku ošetřovatelského oddělení
  - c) jaký je průměrný věk osob dlouhodobě umístěných na ošetřovatelském oddělení
9. Nejčastější diagnózy osob dlouhodobě umístěných na ošetřovatelských odděleních - vyjmenujte, prosím, 5 nejobvyklejších a uveďte kolik Dg má v průměru 1 obyvatel umístěný na ošetřovatelském lůžku.
10. Podle jakých kritérií hodnotíte soběstačnost osob umístěných na ošetřovatelských odděleních? Používáte Barthelův test aktivit denního života či Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života. Používáte-li jiná kritéria, prosím, uveďte jaká.
11. Jaký je podíl nákladů na „krytí“ ošetřovatelské péče na celkových nákladech?
12. Podílí se zdravotní pojišťovny na hrazení těchto výdajů a v jakém rozsahu?
13. Je Váš DD registrován jako nestátní zdravotnické zařízení?  
- má uzavřenou smlouvu o poskytování a hrazení nákladů ze systému zdravotního pojištění?
14. Je vám známo kolik klientů má zvýšen důchod pro bezmocnost a v jakém stupni?

(v kladném případě, prosím, uveďte jejich počet)

15. Jakým způsobem zajišťujete sponzoring (např. přes nadaci apod.)?

16. Jaký je podíl sponzorských darů na krytí celkových nákladů?

### **Dotazník pro léčebny dlouhodobě nemocných**

1. Počet lůžek

2. Počet zaměstnanců celkem,

z toho: lékařů

zdravotních sester, ošetřovatelek, sociálních pracovníků apod.

3. Jaký je věkový průměr Vašich pacientů?

4. Kolik pacientů připadá na jednoho odborného zaměstnance (např. lékaři, sestry, ošetřovatelky, sociální pracovníci)

5. Jaké jsou vaše denní neinvestiční náklady na 1 lůžko (1 „lůžkoden“) ve vašem zařízení?

6. Jakou část péče poskytované ve vašem zařízení považujete za péči sociálního charakteru - tj. veškerá péče, která není převážně medicínská (prosím, specifikujte, rozsah odhadněte v %, zdůvodněte)

7. Nejčastější diagnózy vašich pacientů (podle MKN-10) vyjmenujte, prosím, 5 nejobvyklejších a uveďte kolik Dg má v průměru 1 pacient v LDN.

8. Počet pacientů podle délky hospitalizace (k datu vyplnění dotazníku)

do 1 měsíce

do 3 měsíců

déle než 3 měsíce (v tomto případě uveďte nejčastější diagnózy)

9. Jak je ve vašem zařízení zajišťována jiná odborná lékařská péče (např. oftalmologická) včetně péče stomatologické?

10. Podle jakých kritérií hodnotíte soběstačnost osob vašich pacientů? Používáte Barthelův test aktivit denního života či Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života? Používáte-li jiná kritéria, prosím uveďte jaká.

11. Jaký je podíl nákladů na sociální služby na celkových nákladech?

12. Podílí se zdravotní pojišťovny na hrazení těchto výdajů a v jakém rozsahu?

13. Je vám známo kolik klientů má zvýšen důchod pro bezmocnost a v jakém stupni?

(v kladném případě, prosím, uveďte jejich počet)

14. Jakým způsobem zajišťujete sponzoring (např. přes nadaci apod.)?

15. Jaký je podíl sponzorských darů na krytí celkových nákladů?

## Příloha V.

### PŘÍSPĚVEK PACIENTA NA LŮŽKU OŠETŘOVATELSKÉ NÁSLEDNÉ PÉČE V LETECH 1993 - 2006 PODLE NAVRHOVANÉHO SCHÉMATU (V KČ MĚSÍČNĚ, RESP. DENNĚ)

rok	ŽM na osobní potřeby	z toho 30 %	ŽM na domácnost jednotlivce	minimální zůstatkový příjem	průměrný starobní důchod	příspěvek měsíčně <sup>1</sup>	příspěvek denně <sup>1</sup>
1	2	3	4	5 = 3+4	6	7 = 6-5	9 = 7/30
1993	1 360	453,3	600	<b>1 053</b>	2 806	1 753	58,4
1994	1 500	500,0	660	<b>1 160</b>	3 373	2 213	73,8
1995	1 680	560,0	760	<b>1 320</b>	3 782	2 462	82,1
1996	1 800	600,0	860	<b>1 460</b>	4 609	3 149	105,0
1997	1 920	640,0	970	<b>1 610</b>	5 150	3 540	118,0
1998	2 020	673,3	1 020	<b>1 693</b>	5 578	3 886	129,5
1999	2 130	710,0	1 300	<b>2 010</b>	5 914	3 904	130,1
2000	2 190	730,0	1 580	<b>2 310</b>	6 296	3 986	132,9
2001	2 320	773,3	1 780	<b>2 553</b>	6 808	4 255	141,8
2002	2 320	773,3	1 780	<b>2 553</b>	6 833	4 280	142,7
2003	2 320	773,3	1 780	<b>2 553</b>	7 075	4 522	150,7
2004	2 320	773,3	1 780	<b>2 553</b>	7 270	4 717	157,2
2005	2 360	786,7	1 940	<b>2 727</b>	7 744	5 017	167,2
2006	2 400	800,0	2 020	<b>2 820</b>	8 163	5 343	178,1

Poznámky: 1) Výpočty byly původně provedeny pro zdůvodnění novelizace vyhlášky MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních (v platném znění) - tzv. sociální hospitalizace.

## **VI. ROČNÍ VÝKAZ O ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍ PÉČE A POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Ministerstvo práce a sociálních věcí  
Schváleno ČSÚ pro Ministerstvo práce  
a sociálních věcí

ČV

v rámci Programu statistických zjišťování  
na rok 2005.

Zařízení sociální péče doručí po skončení  
roku výkaz do 14. 2. 2006 1x MPSV.

Ochrana důvěrnosti údajů je zaručena  
zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění  
pozdějších předpisů.

Za ochranu důvěrnosti údajů odpovídá MPSV.

**Soc (MPSV) V1-01**

Číslo řádku	Rok	Identifikační číslo
	2005	

Číslo řádku	Typ 1) zařízení	Druh 2) zařízení

**Roční výkaz  
o zařízeních sociální péče  
a poskytování sociálních služeb  
za rok 2005**

**Název zařízení** (u zařízení pro dospělé uvést, zda se jedná o ženy či o muže)

adresa - ulice  
- místo

PSC

telefon

fax

e-mail:

Zřizovatel zařízení /podle zřizovací listiny/ :

Právní forma /nehodící škrtněte/

- organizační složka státu
- příspěvková organizace
- ostatní

Rok ukončení výstavby budovy:

Rok zahájení provozu zařízení:

Odesláno dne	Razítko	Podpis vedoucího zpravodajské jednotky	Výkaz sestavil (jméno)
<input type="text"/>			<input type="text"/>
			Telefon
			<input type="text"/>
			Linka
			<input type="text"/>

1) Vyplní se příslušný kód: "1" - státní (zřizuje MPSV, OkÚ), "2" - krajské (zřizuje kraj), "3" - obecní (zřizuje obec, město),  
"4" - církevní, "5" - občanské sdružení, "6" - fyzické osoby, "7" - ostatní nestátní neziskové organizace

2) Vyplní se příslušný druh zařízení: A1-a, A1-b, ..., C5 dle vysvětlivek

**I. Kapacita zařízení**

		Číslo řádku	Celkem	V tom		
				Celoroční pobyty	Týdenní pobyty	Denní pobyty
a		b	1	2	3	4
Kapacita zařízení k 31. 12. sledovaného roku		21				
Z toho	na ošetrovatelském oddělení	21a				
	místa pro přechodný pobyt	21b				
Kapacita zařízení pro denní pobyt k 31. 12. sledovaného roku		22		x	x	
Průměrný počet obyvatel (svěřenců) v roce		23				
V tom	1 lůžkových pokojů k 31. 12. sled. roku	24				x
	2 lůžkových pokojů k 31. 12. sled. roku	25				x
	3 a vícelůžkových pokojů k 31. 12. sled. roku 3)	26				x

3) Vyplňují pouze zařízení sociální péče s trvalým nebo denním pobytem

**II. Obyvatelé (svěřenci) zařízení, lékařská péče v zařízení**

		Číslo řádku	Celoroční a týdenní pobyty	Denní pobyty
a		b	5	6
Počet obyvatel (svěřenců) k 31. 12. předchozího roku		27		
Ve sledovaném roce obyvatelé (svěřenci)	přijetí	28		
	propuštění	29		
	zemřelí	30		
Počet obyvatel (svěřenců) k 31. 12. sledovaného roku (ř.27+ř.28-ř.29-ř.30)		31		
Z toho	ve věku 3 - 6 let	31a		
	ve věku 7 - 12 let	31b		
	ve věku 13 - 18 let	31c		
	ve věku 19 - 26 let	31d		
	ve věku 27 - 65 let	31e		
	ve věku 66 - 85 let	31f		
	ve věku nad 85 let	31g		
Z toho (z ř. 31)	trvale upoutaní na lůžko	32		x
	mobilitní za pomoci druhé osoby nebo techn. pomůcek	33		
	ti, jejichž zdravotní stav vyžaduje nákladnější stravování	34		
	počet osob, přijatých ve sled. roce na přechodný pobyt	34a		
Průměrný věk obyvatel (svěřenců)		35		
Primární lékařskou péči poskytuje	1. lékař - zaměst. sociál. zabezpečení - úvazek LM	36		x
	2. smluvní lékař zdravotní pojišťovny: Ano = 1, Ne = 2	37		x
Je poskytován hygienicko epidem. dozor lékařem: Ano = 1, Ne = 2 / úvazek LM		38		x

**III. Ekonomické ukazatele**

		Číslo řádku	Celkem
a		b	7
Příjmy celkem v Kč		40	
Z toho	příjmy z úhrad za pobyt	41	
	ostatní příjmy	41a	
Výdaje celkem v Kč		42	
V tom	neinvestiční výdaje	43	
	investiční výdaje	44	
Přijaté dary v Kč (od právnických a fyzických osob)		45	
Průměrný evidenční počet zaměstnanců (přepočtený)		46	
Kontrolní součet (ř. 21 až ř. 46)		47	

**IV. Poskytované sociální služby spojené s pobytem v organizaci**

Komplex služeb	Číslo řádku	ano = 1 ne = 2	Počet uživatelů		
			Děti a mládež do 18 let	Dospělí	
				Muži	Ženy
a	b	8	9	10	11
Penziony a domovy	48				
Azylové domy	49				
Dům na půl cesty	50				
Noclehárny	51				
Terapeutické komunity	52				
Chráněné bydlení	53				

**V. Poskytované sociální služby nepobytové**

Komplex služeb	Číslo řádku	ano = 1 ne = 2	Počet uživatelů		
			Děti a mládež do 18 let	Dospělí	
				Muži	Ženy
a	b	12	13	14	15
Krizová pomoc	54				
Osobní asistence	55				
Pečovatelská služba	56				
z toho tísňová péče	56a				
Poradenství	57				
Raná péče	58				
Kontaktní práce	59				
z toho nízkoprahová centra	59a				
Respitní péče	60				
Stacionáře	61				
Denní centrum	62				
Komunitní centrum	63				
Centrum denních služeb	64				

**VI. Krizová lůžka**

Komplex služeb	Číslo řádku	ano = 1 ne = 2	Počet uživatelů		
			Děti a mládež do 18 let	Dospělí	
				Muži	Ženy
a	b	16	17	18	19
Kapacita	65				
Počet umístěných osob	66				



## Vysvětlivky k výkazu Soc (MPSV) V 1-01

Druh zařízení:

A1a - domov důchodců, A1b - domov-pension pro důchodce, A1c - společné zařízení DD+DPD - pokud se nevede oddělené účetnictví, A2 - ústav pro tělesně postižené dospělé občany, A3 - ústav pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, A4 - ústav pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami, A5 - ústav pro smyslově postižené dospělé občany, A6 - ústav pro ment. postižené dospělé občany, A7 - ústav pro chronické alkoholiky a toxikomany, A8-ústav pro chronické psychotiky a psychopaty, B1 - ústav pro tělesně postiženou mládež, B2 - ústav pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, B3 - ústav pro tělesně s více vadami, B4 - ústav pro mentálně postiženou mládež, C1 - zvláštní zařízení pěstounské péče vč. Dětské vesničky SOS, C2 - domov pro matky s dětmi, C3a - azylové domy, C3b - domy na půl cesty, C3c - noclehárny, C3d - zařízení pro denní pobyt osob bez přístřeší, C4 - charitní domov pro řeholnice (pro přestárlé řeholnice, které již nepracují-obdoba DD), C5 - ostatní zařízení (uveďte jaké)

Metodické vysvětlivky k výkazu:

V odd.1 sl.1-se uvede celkový počet, vč. celoročních, týdenních a denních

ř.21-uvádí se kapacita míst v zařízení stanovená zřizovatelem. Kapacita zahrnuje místa určená pro celoroční, týdenní a denní pobyt.

Dojde-li oproti předchozímu i v průběhu sledovaného roku ke změně kapacity (trvale i na přechodnou dobu) z jakéhokoliv důvodu, přiložte komentář. U zařízení typu C2 se uvede počet míst pro matky. Ř 21 sl.1 rovná se součtu sl. 2, 3 a 4. V ř. 21b sl.2 se za celoroční pobyt považuje péče poskytovaná během celého týdne včetně sobot a nedělí

ř.22-uvádí se celková kapacita míst v samostatných zařízeních určených jen pro denní pobyty

ř.23-údaj vyjadřuje využití kapacity zařízení, obsahuje prům. z počtu obyvatel přijatých a platících úhradu za pobyt, vč. částečné úhrady,

je-li obyvatel mimo zařízení. Při celoročním pobytu se počítají všechny dny v roce tj. 365 resp. 366 dní, při týdenním a denním pobytu se počítají pouze dny provozu (pouze pracovní dny bez sobot, nedělí a svátků, příp. bez dnů, kdy je zařízení mimo provoz např.

uzavřeno z důvodu dovolené)

ř.24,25,26-údaj vypovídá o kategorii zařízení a bude sloužit jako podklad pro návrhy na změny úhrad za pobyt v zařízeních sociální péče (úhrada se liší podle počtu lůžek v místnosti)

V odd.II sl.5, 6 - Obyvatelé: vykazuje se podle OE "Denní záznam" na ř.27 a ř.31

ř.27-rovná se počtu vykazovaných obyvatel (svěřenců) uvedeném ve výkaze předchozího roku na ř.31

ř.28-přijatým obyvatelem je osoba, která po vydání rozhodnutí o přijetí skutečně nastoupí do zařízení

ř.31-počet obyvatel (svěřenců)se rovná součtu ř.27a ř.28 mínus ř.29 mínus ř.30

ř.32 a ř.33-vykazuje se podle zdravotnické dokumentace

ř.34-počet osob vyžadujících nákladnější stravování schválené lékařem (dietní strava)

ř.34 a - uveďte počet osob přijatých ve sledovaném roce na přechodný pobyt celkem (bez ohledu na délku pobytu)

ř.35- uvádět na 1 desetinné místo

ř.36-úvazek lékaře primární lékařské péče (lékařské místo)

ř.38-v případech provádění hygien.epidemiolog. dozoru lékařem uvede se hodnota úvazku na tuto činnost

V odd.III sl.7 - Ekonomické ukazatele

ř.40- veškeré příjmy RO,PO a ostatních subjektů vč. dotací ze státního rozpočtu a event. dalších dotací

ř.40 musí být větší nebo se rovná součtu ř.41 a ř.41a

ř.41- z ř. 40 pouze příjmy z úhrad za pobyt občanů (dospělých i mládeže) v zařízení v Kč

ř.41a - z ř.40 příjmy zařízení kromě příjmů z úhrad obyvatel (svěřenců) za pobyt v zařízení a dotací ze SR na lůžka/místa

ř.42-celkové výdaje zařízení v Kč bez ohledu na hospod.-org. právní formu (včetně investic)

ř.42 se rovná součtu ř.43 a ř.44

ř.43-z ř.42 pouze výdaje neinvestičního charakteru

ř.44-z ř.42 pouze výdaje investičního charakteru

ř.45-přijaté sponzorské dary v Kč od právnických i fyzických osob (evidované jako ostatní nedaňové příjmy jinak nespecifikované - pol. 2329)

ř.46- uvádět na 2 desetinná místa

ř.48 a ř.64-jste-li zařízení dle A1 - C4 a poskytujete-li další služby dle "komplexů sociálních služeb" vyplňte tabulku č. IV a č.V.

Jste-li poskytovatel dle C5 (Váš zřizovatel není stát ani obec), nebo jste-li příjemcem dotace MPSV, vyplňte pouze identifikační údaje o organizaci a tabulku č. IV a č. V.

ř.65 a ř.66 - vyplňte v případě, že zřizujete krizová lůžka; (krizové lůžko - je poskytováno osobám, které se ocitnou v situaci bezprostředního ohrožení, max. délka pobytu 7 dnů)

ř.66 - uvede se počet osob, kterým byla ve sledovaném roce poskytnuta jednorázově nebo opakovaně tato služba