

**Zmapování nejzávažnějších problémů
ve financování ošetrovatelské
a rehabilitační péče
v ústavech sociálních služeb**

Anna Červenková
Daniela Bruthansová
Věra Jeřábková

VÚPSV, v.v.i. Praha
2009

Publikace byla schválena ediční radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
doc. Ing. Miroslav Brdek, CSc.

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 387. publikaci
Vyšlo v roce 2009, 1. vydání, náklad 220 výtisků, počet stran 58
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: Jana Janků (Úřad městské části Praha 8)
PhDr. Ludmila Vostřáková (Ministerstvo zdravotnictví ČR)

ISBN 978-80-7416-032-5

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je v § 36 uložena zařízením sociálních služeb povinnost zajistit osobám, kterým poskytují pobytové služby, zdravotní péči, a to buď prostřednictvím zdravotnického zařízení anebo prostřednictvím vlastních zaměstnanců příslušného zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. S touto zákonem uloženou povinností vyvstala řada nových problémů, spojených především s ekonomickou otázkou poskytování zdravotnických služeb v sociálních zařízeních. Jelikož se jedná o zdravotní péči, uzavírají tato zařízení smluvní vztah s příslušnými zdravotními pojišťovnami, které by jim ji měly hradit podle stejného principu jako v případě zdravotnických zařízení.

Realita je však jiná: současná úprava úhrady zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je předmětem četných stížností jejich provozovatelů i zřizovatelů. Proto VÚPSV v roce 2008 realizoval dotazníkové šetření za účelem zmapování stávajících problémů financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Nejzávažnějším zjištěním bylo, že zdravotní pojišťovny odmítají některé zdravotní výkony uhradit, jiné hradí pouze částečně. Pobytová zařízení sociálních služeb jsou však povinna poskytovat ošetrovatelskou a rehabilitační péči v plném rozsahu, a tak ji jsou nucena financovat z běžných neinvestičních nákladů, tj. na úkor ostatních klientů. Dalším závažným problémem je nedostatečná pozornost věnovaná rehabilitaci jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak i samotných klientů zařízení.

Monografie VÚPSV doporučuje nápravu současného stavu především v přijetí jednotné závazné metodiky pro úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče jednotlivými zdravotními pojišťovnami, dále lze uvažovat i o vlastních finančních zdrojích poskytovatelů rezidenčních sociálních služeb (například použití příspěvku na péči). Pro větší využívání rehabilitace by pomohlo přijetí zákona o rehabilitaci.

Klíčová slova: pobytová zařízení sociálních služeb, zdravotní péče, ošetrovatelská péče, rehabilitace, zdravotní pojišťovny, příspěvek na péči

Abstract

The social services legal code number 108/2006 sb. stipulates in §36 that social care establishments must provide health care to persons to whom they render services. This must be done either through a health-care establishment or through their own duly qualified employees This legally mandated obligation brought out a number of new problems, mainly associated with economical questions about rendering health care services in social care establishments. Since this is a health care, these establishments enter into legal contracts with relevant health insurance companies, which should cover the care to them on the same basis as they cover it to health-care establishments.

The reality is however different. Current arrangement for cover of health care in long-term social care establishments is the subject of numerous complaints by the establishments and by their founding organizations. That is why RILSA performed a questionnaire-based survey in 2008 in order to map current problems in funding of health care and rehabilitation care in long-term social care establishments. The most important finding was that the health insurance companies refuse to cover some of the care and that they cover some of the care only partially. Long-term social service establishments are however required to provide full range of health and rehabilitation care services and are therefore required to cover it from current non-capital

expenditures, i.e. at the expense of other clients. Next important problem is lack of attention given to rehabilitation, both by health insurance companies and the clients of the establishments.

The treatise by RILSA recommends righting of the current situation first of all by adopting a common binding methodology for coverage of health care and rehabilitation care by all health insurance companies. Furthermore it suggests considering financial sources of providers of long-term social services, for example using of the care allowance for handicapped. For better use of rehabilitation services, it would be helpful to adopt legal norm covering rehabilitation.

Key words: social care establishments, residential social services, providers of social services, health care, rehabilitation, Health Insurance Companies, care allowance

Obsah

Úvod	7
1. Metodika a prameny	8
1.1 Dotazníkové šetření VÚPSV v rámci celé ČR	8
1.2 Analýza rezidenčních zařízení v Moravskoslezském kraji (MSK)	11
1.3 Analýza příspěvků na péči	12
2. Analýza dotazníků VÚPSV	13
2.1 Charakteristika zkoumaných zařízení (respondentů výzkumu)	13
2.2 Odpovědi na otázky dotazníku	14
3. Analýza krajských rezidenčních zařízení v Moravskoslezském kraji	41
3.1 Struktura klientů podle stupně závislosti (přiznaného příspěvku na péči).....	41
3.2 Vztah mezi stupněm závislosti u klientů a potřebou středních zdravotnických pracovníků (ZPBD).....	42
3.3 Přehled zdravotnických výkonů, prováděných vlastními pracovníky zařízení v MSK podle § 36 zákona č. 108/2006 Sb.....	46
3.4 Srovnání nákladů na zdravotnické výkony prováděné vlastními pracovníky zařízení s úhradou zdravotních pojišťoven	47
Závěry a doporučení	52
Literatura	57
Příloha	58

Úvod

S účinností od 1. 1. 2007 vstoupil v platnost z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v § 36 ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost, aby svým klientům zajišťovali i řádnou zdravotní péči. V úvahu přichází zejména péče ošetrovatelská a rehabilitační. Citovaný zákon ani žádný z prováděcích předpisů však neurčuje, jakým způsobem bude tato péče hrazena.

Tato skutečnost má za následek, že uplatnění tohoto zákonného ustanovení v praxi se v jednotlivých zařízeních sociálních služeb liší. Přestože na vyhodnocení financování zařízení poskytujících sociální služby podle nových právních předpisů je poměrně brzy, již v dnešní době se objevují problémy s financováním ošetrovatelské a rehabilitační péče v rezidenčních zařízeních poskytujících sociální služby. V důsledku zavedení příspěvku na péči vyvstává řada dalších problémů spojených především s otázkou vztahu mezi stupněm závislosti a potřebou ošetrovatelské a rehabilitační péče.

V České republice, stejně jako ve většině vyspělých evropských zemí přibývá počet osob, které jsou starší 65 let. Vzhledem ke stále se zlepšujícím životním podmínkám a pokroku v medicíně se průměrná doba dožití těchto seniorů neustále zvyšuje. Tato skutečnost však s sebou nese problémy dříve tolik nepociťované.

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 ať již v resortu zdravotnictví, tak v resortu ministerstva práce a sociálních věcí.

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

Ke skupině seniorů, kde potřeba ošetrovatelské a rehabilitační 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 v ČR statistická data o počtu zdravotně znevýhodněných osob v delší časové řadě neexistují², lze na základě nepřímých důkazů odhadovat, že počet zdravotně znevýhodněných osob v produktivním věku roste.³

Zmapování nejzávažnějších problémů ve financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v rezidenčních zařízeních poskytujících sociální služby bylo ve VÚPSV provedeno v roce 2008 na základě dotazníkového šetření.

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

² Jednorázové statistické šetření ČSÚ bylo provedeno v roce 2007 – viz publikace „Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007“, vydaná v červnu 2008 v řadě „Práce, sociální statistiky“.

³ BRUTHANSOVÁ, D. – ČERVENKOVÁ, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, Praha, VÚPSV 2004

1. Metodika a prameny

Výzkum byl prováděn dotazníkovým šetřením VÚPSV v rámci všech pobytových zařízení sociálních služeb v rámci celé ČR s návratností 34 %. Šetření bylo doplněno podrobnějšími poznatky, získanými Krajským úřadem Moravskoslezského kraje. Údaje o příspěvcích na péči jsou čerpány z materiálu MPSV „Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči (Analýza financování služeb v letech 2007 až 2009) MPSV únor 2009“, statistické údaje z ročenek MPSV „Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, Praha, MPSV 2007 a 2008“ a „Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007, Praha, MPSV 2008“

1.1 Dotazníkové šetření VÚPSV v rámci celé ČR

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

Při výběru respondentů jsme vycházeli z § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v němž jsou odkazem na § 34, odst. 1 písm. c) až f) uvedena zařízení sociálních služeb, jejichž poskytovatelé jsou povinni zajistit zdravotní péči osobám, jimž jsou poskytovány pobytové sociální služby.

Jsou to:

- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotními postiženími,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem.

Šlo o záměrný (úsudkový) výběr, provedený ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb. Z 350 rozeslaných dotazníků se navrátilo 119 - tj. 34 % (tabulka č. 2).

Dotazník, uvedený v úplném znění v příloze I., obsahoval celkem 12 otázek. Ve 119 zaslaných dotaznicích však nenajdeme odpovědi na všechny otázky. Výchozíkem pro rozbor byly pouze odpovědi validní (smysluplné). Počet validních odpovědí podle jednotlivých otázek uvádíme v tabulce č. 1.

Z tabulky č. 1 je patrné, že podíl validních odpovědí se pohybuje od 34 % do 98 %. V průměru podíl validních odpovědí nepatrně přesahuje čtyři pětiny (84 %), přičemž ale u jednotlivých respondentů neexistuje shoda v odpovědích na jednotlivé otázky. V důsledku toho u přepočtových ukazatelů, které vyjadřují vztah mezi zjišťovanými daty, může být validita ještě o něco nižší.

V Moravskoslezském kraji (MSK) oslovil krajský úřad všechna krajem zřizovaná rezidenční zařízení sociálních služeb, jichž je celkem 27. Návratnost byla 100 %. Většina respondentů jak v šetření VÚPSV, tak v krajském šetření Moravskoslezského kraje vyplňovala dotazníky s velkou péčí a zájmem o věc.

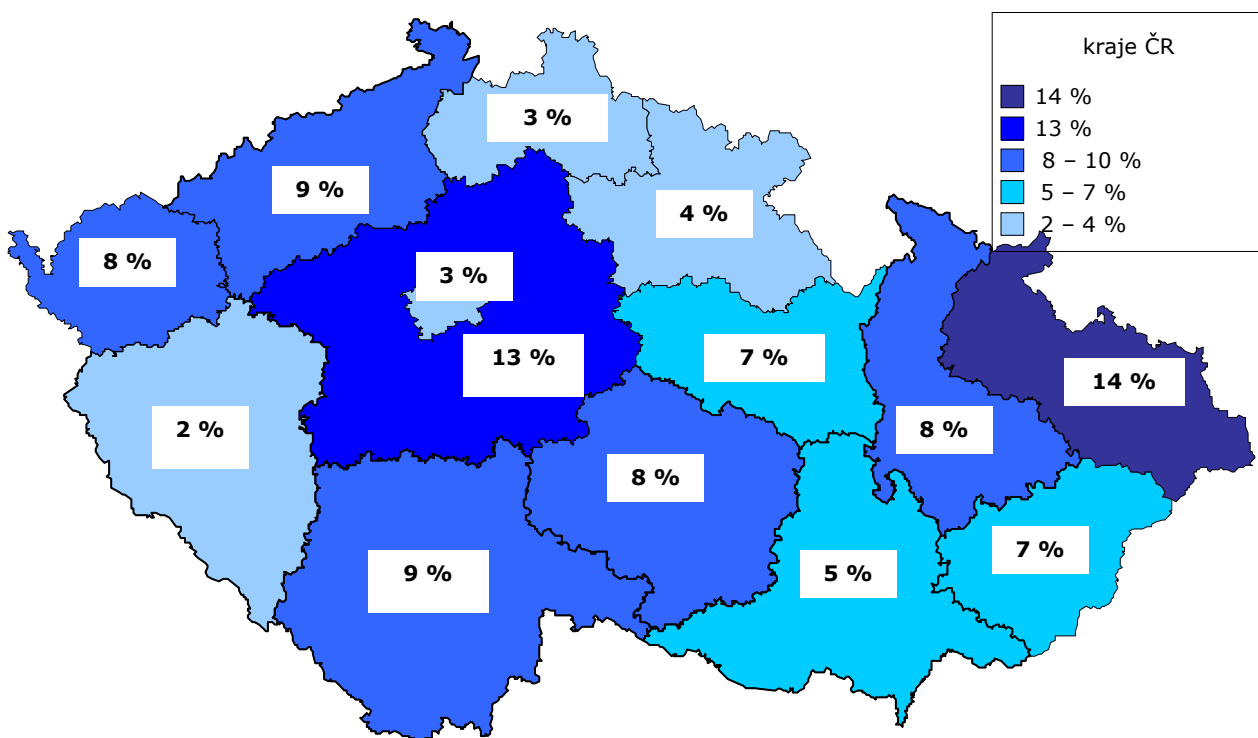
Počet analyzovaných dotazníků podle jednotlivých krajů shrnuje tabulka č. 2, graf č. 1 a 2. Z tabulky č. 2 a grafu č. 1 je patrné, že největší váhu odpovědí v tomto

výzkumu mají kraje Moravskoslezský (14 %) a Středočeský (13 %). Nicméně pokud zjistíme návratnost podle počtu zařízení podle § 34 odst. (1) písm. c - f zákona č. 108/2006 Sb. v jednotlivých krajích, je patrné, že nejvyšší „krajská“ návratnost (podíl vrácených dotazníků k celkovému počtu zařízení v kraji) je vykazována v kraji Karlovarském (33 %), nejnižší v kraji Plzeňském a Jihomoravském (graf 2). Celkový počet zařízení v jednotlivých krajích pro výpočet v tabulce č. 1 je čerpán z databáze MPSV.

Tabulka č. 1 **Šetření VÚPSV: Počet a podíl validních odpovědí z celkového počtu vrácených dotazníků**

otázka číslo	stručný obsah otázky	počet validních odpovědí	bez odpovědi	% validních odpovědí
1	celková kapacita (lůžka)	114	5	96%
1	ošetřovatelská kapacita (lůžka)	41	78	34%
2	příspěvek na péči	119	0	100%
3	pracovníci celkem	114	5	96%
3	pracovníci se zdravotnickou kvalifikací	111	8	93%
4	smlouvy se zdravotními pojišťovnami	111	8	93%
5	příklady prováděných výkonů (alespoň 1)	117	2	98%
6	rozsah zdravotnických výkonů - v minutách	44	75	37%
6	rozsah zdravotnických výkonů - počet osob	95	24	80%
7	úhrada od zdrav. pojišťoven na 1 lůžko	106	13	89%
8	doplácené částky z neinvestičních výdajů	82	37	69%
9	odmítnutí úhrady	109	10	92%
10	příspěvek klientů na péči	114	5	96%
11	nejzávažnější problémy	114	5	96%
12	názor na zavedení jednotné metodiky	114	5	96%

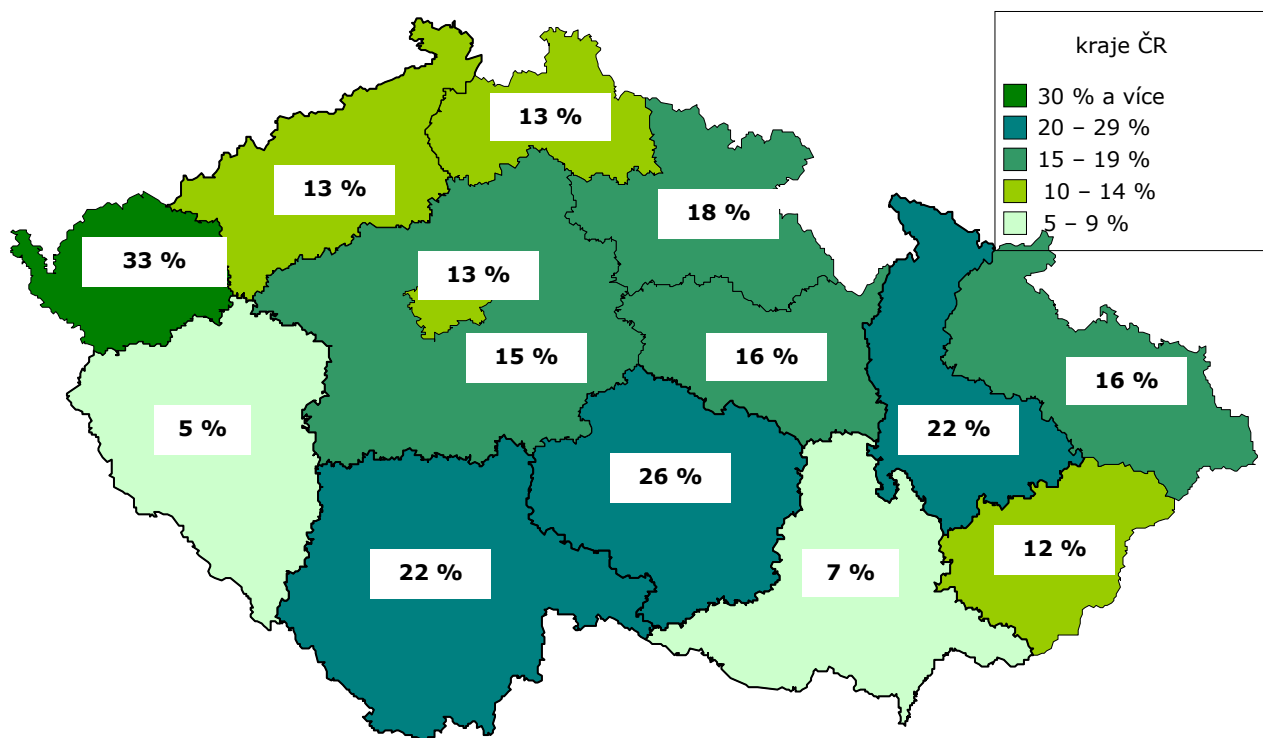
Graf č. 1 Podíl jednotlivých krajů na celkovém počtu vrácených dotazníků



Tabulka č. 2 Šetření VÚPSP: Počet respondentů a návratnost analyzovaných dotazníků podle jednotlivých krajů

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

Pramen: Analyzované dotazníky, databáze MPSV.

Graf č. 2 **Návratnost podle počtu zařízení v kraji (v %)**

1.2 Analýza rezidenčních zařízení v Moravskoslezském kraji (MSK)

Usnesením rady kraje č. 172/6167 ze dne 2. 4. 2008 byl všem sociálním zařízením pobytového typu (§ 34 odst. 1 písm. d)-f) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj, stanoven úkol:

Provést analýzu úhrad od zdravotních pojišťoven a vyhodnotit (vazba mezi počty uživatelů služby v daném stupni závislosti s objemem proplácených výkonů). Navrhnout personální zabezpečení k provozování zdravotnických úkonů.

Termín – do 30. 6. 2008

Analýza byla všemi 27 zařízeními provedena ve stanoveném termínu a u většiny zařízení data zahrnovala časový horizont roku 2007 a prvních pěti měsíců roku 2008.

Předmětem analýzy bylo:

1. zjištění struktury klientů podle stupně závislosti (přiznaného příspěvku na péči podle § 11 zákona č. 108/2006 Sb.),
2. vztah mezi stupněm závislosti u klientů a potřebou středních zdravotnických pracovníků (SZP),

3. přehled zdravotnických výkonů, prováděných vlastními pracovníky zařízení podle § 36 zákona č. 108/2006 Sb.,

4. srovnání nákladů na zdravotnické výkony, prováděné vlastními pracovníky zařízení s úhradou ze strany zdravotní pojišťovny (případně zdravotních pojišťoven).

Respondenty bylo celkem 27 rezidenčních zařízení sociální péče, a to: domovy pro seniory (DpS), dále domovy pro osoby se zdravotním postižením (ZP) a domovy se zvláštním režimem (ZR). Některé ústavy, zaměřené na různorodou klientelu (např. ZP + ZR), uvedly data i za jednotlivá oddělení, jiné jen za ústav jako celek.

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

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

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

1.3 Analýza příspěvků na péči

Údaje o příspěvcích na péči byly čerpány jak z dotazníkového šetření VÚPSV, tak i z analýzy rezidenčních zařízení v Moravskoslezském kraji. Kromě předchozích dvou šetření byla pramenem i analýza MPSV „Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči (Analýza financování služeb v letech 2007 až 2009)“, vydaná v MPSV v únoru 2009. Informace obsažené v tomto materiálu jsou vybraným souborem dat, kterými disponuje MPSV z vlastních finančních informačních systémů a informací, které předložili poskytovatelé sociálních služeb v rámci žádostí o státní dotaci. Údaje o příspěvku na péči (dále jen PnP) jsou čerpány ze statistického modulu informačního systému OK Služby, a to v daném okamžiku z nejaktuálnějšího souboru, tj. údajů za prosinec 2008. Jedná se o nejaktuálnější data, které systém generuje vždy cca v polovině následujícího měsíce. Statistický modul pracuje s přiznanými nároky na dávku v daném měsíci a v těchto souborech tudíž nejsou obsaženy údaje o objemu dávek v daném měsíci skutečně vyplaceném (PnP je vyplácen zpětně za dobu průběhu správního řízení o PnP).

2. Analýza dotazníků VÚPSV

2.1 Charakteristika zkoumaných zařízení (respondentů výzkumu)

Dotazníkové šetření bylo provedeno v zařízeních poskytujících pobytové služby. Charakter jednotlivých zařízení, která se zúčastnila výzkumu, je uveden v tabulce č. 2. Dvě pětiny dotazníků jsme obdrželi od domovů pro seniory (42,02 %), téměř třetinu (31,09 %) od domovů pro osoby se zdravotním postižením a 16,81 % je podíl domovů pro seniory spojených s domovy se zvláštním režimem.

Kombinace jednotlivých typů se vyskytují spíše zřídka (např. domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby apod.). Pro zjednodušení další analýzy rozdělujeme zařízení do 4 typů, přičemž domovy se zvláštním režimem zařazujeme do skupiny „Kombinovaná rezidenční zařízení bez terénních služeb“ (viz tabulka č. 2). Z tabulky je patrné, že převážnou většinu respondentů (téměř 95 %) tvoří čistě rezidenční (pobytová) zařízení; zařízení, která kromě pobytových služeb poskytují též služby terénní, představují pouze 5,04 % respondentů.

Tabulka č. 4 **Charakteristika zařízení sociálních služeb (respondentů výzkumu)**

charakteristika zařízení	počet vyplněných dotazníků	podíl (v %)	typ
domov pro seniory	50	42,02%	I.
domov pro osoby se zdravotním postižením	37	31,09%	II.
domov se zvláštním režimem	3	2,52%	III.
domov pro seniory, domov se zvláštním režimem	20	16,81%	III.
domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem	1	0,84%	III.
domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením	2	1,68%	III.
domov pro seniory, pečovatelská služba	1	0,84%	IV.
domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby	1	0,84%	IV.
domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby, TPS, centrum denních služeb	1	0,84%	IV.
domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionář, odlehčovací služby	1	0,84%	IV.
domov pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionář, denní stacionář	2	1,68%	IV.
CELKEM	119	100,00	

Jednotlivá zařízení poskytující sociální služby byla rozčleněna do 4 typů:

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

Tabulka č. 5 Zjednodušená charakteristika (4 typy zařízení)

charakteristika zařízení	počet vyplněných dotazníků	podíl (v %)	typ
domovy pro seniory	50	42,02%	I.
domovy pro osoby se zdravotním postižením	37	31,09%	II.
kombinovaná rezidenční zařízení bez terénních služeb	26	21,85%	III.
kombinovaná rezidenční zařízení s terénními službami	6	5,04%	IV.

Podle této charakteristiky budeme třídit jednotlivá rezidenční zařízení i v dalších rozborech.

2.2 Odpovědi na otázky dotazníku

Otázka 1. Kapacita zařízení k 31. 12. 2007 – pouze celoroční pobyty (ř. 21 sl. 2 výkazu V1-01 (počet osob) – z toho na ošetrovatelském oddělení, případně na ošetrovatelských lůžkách.

Pokud se nejprve zaměříme na průměrnou velikost jednotlivých typů zařízení, zjistíme, že průměrná velikost zařízení je největší u kombinovaných rezidenčních zařízení bez terénních služeb (142 lůžek) a naopak nejmenší je u kombinovaných rezidenčních zařízení s terénními službami (66 lůžek). (tabulka č. 6)

Tabulka č. 6 Kapacita zařízení podle 4 typů zařízení

typ zařízení	počet zařízení	počet zařízení (validní odpovědi) ⁴	celková kapacita (lůžek) ¹	průměrná kapacita zařízení (lůžek)
I. domov pro seniory	50	47	4911	104
II. domov pro osoby se zdravotním postižením	37	36	3121	87
III. kombinovaná rezidenční zařízení bez terén. služeb	26	26	3694	142
IV. kombinovaná rezidenční zařízení s terén. službami	6	5	330	66
CELKEM	119	114	12056	106

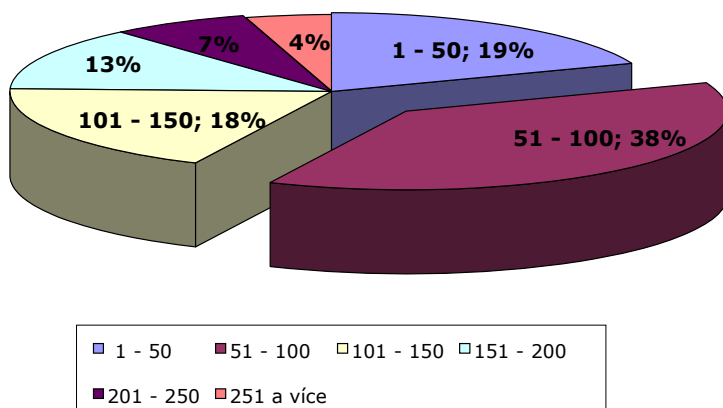
Celková kapacita zařízení v rámci celoročních pobytů k 31. 12. 2007 byla roztržena do šesti intervalů (tj. počet zařízení, která mají 1-50 klientů, 51-100 klientů, 101-150 klientů, 151-200 klientů, 201-250 klientů a 251 a více klientů). Kapacitu u jednotlivých typů zařízení zobrazuje graf č. 3, v němž je analyzováno celkem 114 odpovědí (non response 4,2 %).

Z grafu č. 3 vidíme názorně, že většinu našich respondentů tvoří rezidenční zařízení o kapacitě 51-100 klientů, tj. střední velikosti (z celkového počtu validních odpovědí je to 38 %). U rozdělení podle jednotlivých typů (graf č. 4) vidíme, že podíl zařízení této velikosti rovněž u většiny typů převažuje (40-47 %). Výjimkou jsou kombinovaná zařízení bez terénních služeb, kde podíl respondentů této velikosti tvoří necelou pětinu (19 %), naproti tomu oproti ostatním typům je nejvyšší podíl respondentů v intervalu 101-150 lůžek, který u tohoto typu tvoří téměř třetinu (31 %). Kombinovaná rezidenční zařízení s terénními službami necháme stranou, neboť jde o poměrně zanedbatelný počet. Respondenti s více jak 250 klienty se u všech typů

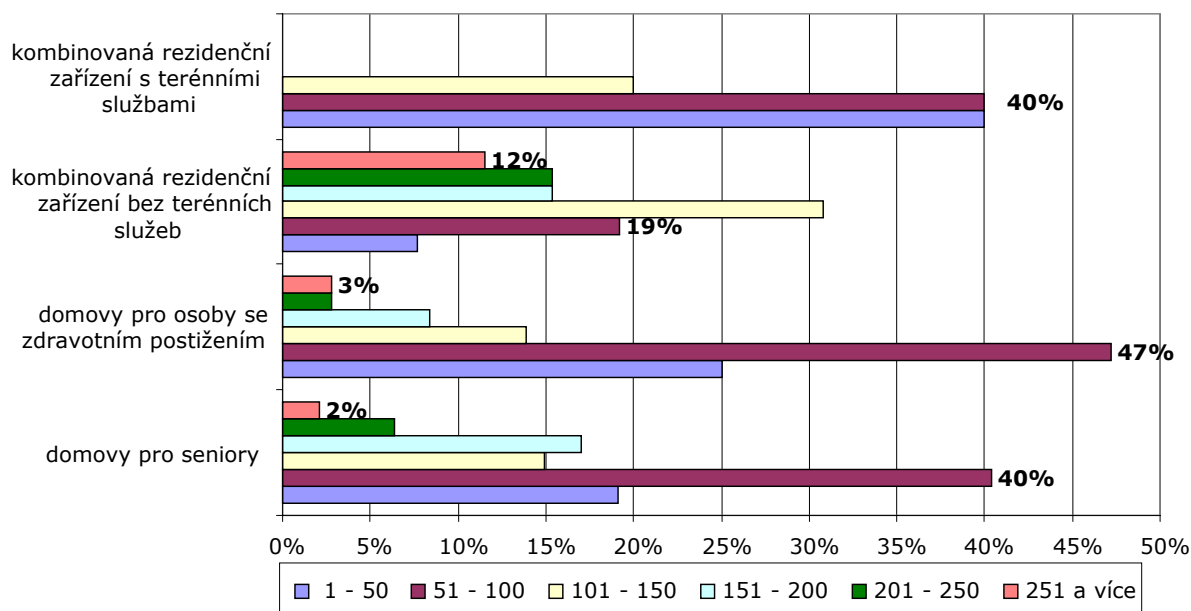
⁴ 5 zařízení kapacitu neuvvedlo

vyskytují spíše výjimečně (4 % celkem, tj. v absolutním vyjádření jde o 5 zařízení, z nich 1 je domov pro seniory, 1 domov pro osoby se zdravotním postižením a 3 jsou kombinovaná rezidenční zařízení bez terénních služeb).

Graf č. 3 **Kapacita (počet lůžek) k 31. 12. 2007 – intervalové rozdělení celkem**



Graf č. 4 **Kapacita (počet lůžek) intervalové rozdělení podle jednotlivých typů zařízení**



Ošetřovatelská lůžka

Cílem této otázky bylo rovněž zjistit, jakou část z kapacity celoročních pobytů tvoří pobyty na ošetřovatelském oddělení, příp. na ošetřovatelských lůžkách.

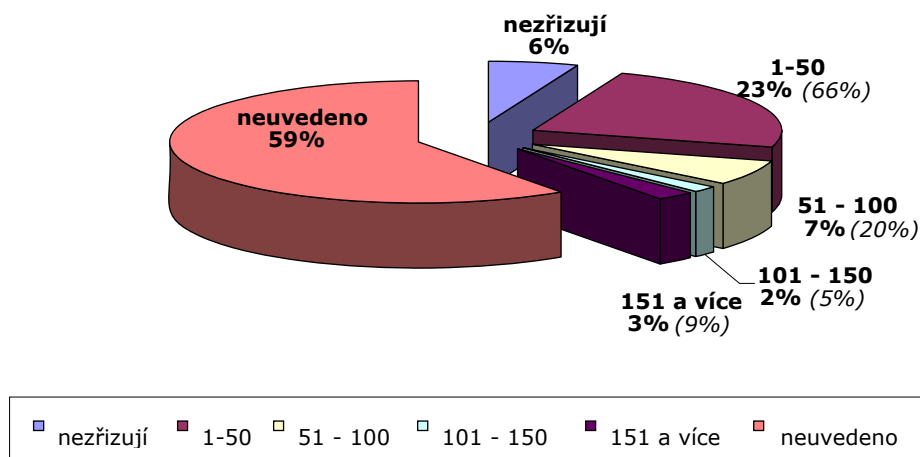
2. Analýza dotazníků VÚPSV

Z celkového počtu respondentů jich pouze 6 % výslovně uvedlo, že ošetrovatelská lůžka nezřizují, a více jak polovina (59 %) se k této otázce vůbec nevyjádřila.

Zbývá 41 (34 %) respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli (validní odpovědi). Na grafu č. 5 je **tučně** vyjádřen podíl odpovědí z celkového počtu respondentů, *kurzívou* je vyznačen podíl z celkového počtu validních odpovědí.

Z validních odpovědí většina (66 %) uvedla, že počet klientů na ošetrovatelském oddělení, případně na ošetrovatelských lůžkách se pohybuje v intervalu od 1 do 50. Dalších 20 % respondentů uvedlo, že počet klientů na těchto lůžkách se pohybuje od 51 do 100, 5 % od 101 do 150, a u 9 % respondentů je počet ošetrovatelských lůžek vyšší než 151, přičemž maximální je hodnota 229, což už představuje menší nemocnici.

Graf č. 5 **Kapacita ošetrovatelských lůžek celkem**



Tabulka č. 7 **Podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě**

typ zařízení	údaje podle dotazníkového šetření			podíl ošetrovatelské kapacity - celost. údaje
	kapacita	ošetrovatelská kapacita	podíl ošetrovatelské kapacity	
I. domovy pro seniory	1840	727	39,5%	38%
II. domovy pro osoby se zdrav. postižením	1005	489	48,7%	33%
III. komb. rez.zař.bez terénních služeb*	1933	824	42,6%	41%
IV. komb. rez.zař. s terénními službami	157	77	49,0%	.
CELKEM**	4935	2117	42,9%	37%

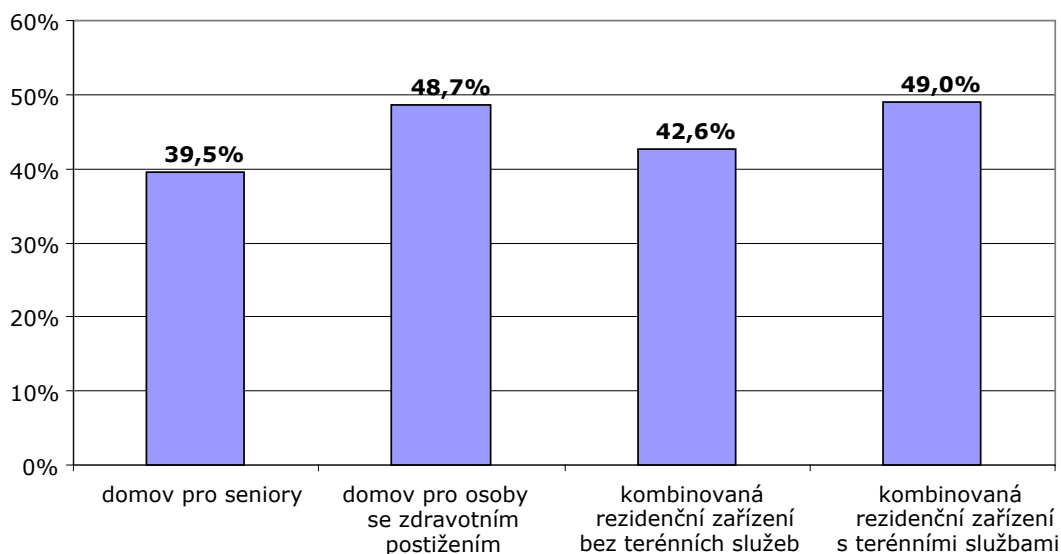
Poznámky: * u celostátních údajů pouze domovy se zvláštním režimem

** u celostátních údajů včetně týdenních stacionářů, kde podíl ošetrovatelských lůžek činí 11 %

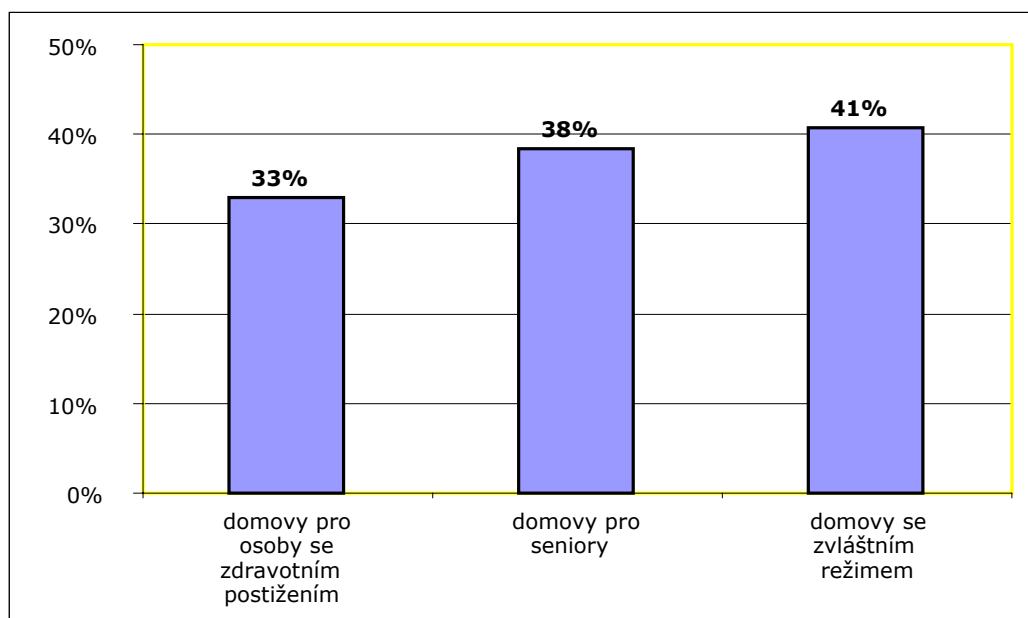
V grafu č. 6 uvádíme podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě zařízení. Podkladem pro tento graf byla pouze data, vycházející ze 41 validních odpovědí (tj. 34 % respondentů). Z grafu je zřejmé, že u těch respondentů, kteří na otázku po ošetrovatelské kapacitě odpověděli, se podíl ošetrovatelské kapacity na kapacitě celkem podle jednotlivých typů příliš neliší (rozdíl činí necelých 10 procentních bodů).

Nejvyšší podíl mají kombinovaná rezidenční zařízení s terénními službami (49 %), a naopak, nejnižší domovy pro seniory (39,5 %). Podíl ošetrovatelské kapacity v domovech pro osoby se zdravotním postižením (48,7 %) a v kombinovaných rezidenčních zařízeních s terénními službami (49 %) je přibližně stejný.

Graf č. 6 **Podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě podle 4 typů zařízení**



Graf č. 7 **Podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě – celostátní údaje**



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

Otázka 2. Jak velký počet (resp. podíl) z vašich klientů pobíral koncem roku 2007 příspěvek na péči podle stupně závislosti (uved'te zvlášť stupeň I - IV)

Respondenti uváděli počet klientů pobírajících příspěvek na péči na základě priznaného I. až IV. stupně závislosti jednak v absolutním vyjádření, jednak jako podíl z celkového počtu klientů, a to i ti z nich, kteří neuvedli celkovou kapacitu zařízení, takže počet validních odpovědí na tuto otázku můžeme hodnotit jako 100 %. Podíl osob, pobírajících příspěvek na péči, byl především analyzován podle jednotlivých typů zařízení poskytujících sociální služby (tj. domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, kombinovaná rezidenční zařízení bez terénních služeb, kombinovaná rezidenční zařízení s terénními službami). Největší podíl osob bez příspěvku na péči se - podle očekávání - nachází v domovech pro seniory (27 %), nejnižší je v domovech pro osoby se zdravotním postižením (8 %). Údaje jsou znázorněny na grafu č. 8.

V grafu č. 8 jsou u jednotlivých typů rezidenčních zařízení uvedeny podíly klientů podle toho, jaký druh příspěvku na péči pobírají (resp. na základě kterého stupně závislosti jim byl priznan) včetně podílu klientů bez příspěvku. Z grafu č. 8 je patrné, že u většiny uvedených typů zařízení (kromě kombinovaných rezidenčních zařízení s terénními službami) jsou nejvíce zastoupeni klienti s příspěvkem na péči II. stupně, a to jednou čtvrtinou až téměř jednou třetinou (26 % až 32 % klientů) - nejvyšší podíl je u domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Ve třech typech zařízení (v domovech pro seniory a kombinovaných rezidenčních zařízeních bez terénních služeb i s terénními službami) tvoří nejnižší podíl osoby s příspěvkem na péči na základě IV. stupně závislosti (10 až 15 % klientů), kdežto v domovech pro osoby se zdravotním postižením je podíl osob s úplnou závislostí značně vyšší - klienti se IV. stupněm závislosti tvoří celou pětinu všech klientů. Rovněž průměrný příspěvek na péči, vyjádřený v Kč, je u tohoto typu zařízení nejvyšší.

Pro srovnání je zde uveden i obdobný graf č. 8a, kde jsou znázorněny hodnoty, týkající se 27 rezidenčních zařízení Moravskoslezského kraje. Srovnávat můžeme strukturu podle příspěvků na péči pouze u dvou typů zařízení, a to u domovů pro seniory a u domovů pro občany se zdravotním postižením. Na první pohled je patrné, že u obou sledovaných typů zařízení je v Moravskoslezském kraji podstatně nižší podíl klientů bez příspěvku na péči - zejména u domovů pro seniory (27 % za ČR celkem, 7 % v Moravskoslezském kraji). U osob se zdravotním postižením je největší rozdíl ve IV. typu příspěvku, který je priznan na základě úplné závislosti - proti 20 % za celou ČR je to 32 % v Moravskoslezském kraji.

Z rozdílné struktury vyplývají i značné rozdíly v průměrné výši příspěvku na péči, která je vypočítaná jako vážený aritmetický průměr. Za ČR je její výše znázorněna na grafu č. 8 jako spojnicový diagram (vedlejší osa). Nejvyšší byla v domovech pro osoby se zdravotním postižením, a to 5 246 Kč, v Moravskoslezském kraji 6 441 Kč.

V domovech pro seniory za ČR celkem činila průměrná výše příspěvku na péči 3 574 Kč, kdežto v Moravskoslezském kraji 5 208 Kč. U zbývajících typů zařízení máme jen údaje za ČR: v kombinovaných rezidenčních zařízeních bez terénních služeb 4 380 Kč, v kombinovaných rezidenčních zařízeních s terénními službami 4 358 Kč.

U rezidenčních zařízení představuje příspěvek na péči příjem toho kterého zařízení. Podle § 11 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (v platném znění) činí výše příspěvku pro osoby starší 18 let 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost), 4 000 Kč, 8 000 Kč jde-li o stupeň III (těžká závislost) a 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV

(úplná závislost). U mládeže do 18 let věku jsou příspěvky pro stupeň I až III o 1 000 Kč vyšší; při úplné závislosti (stupeň IV) jsou příspěvky stejné. Vzhledem k tomu, že naši respondenti věk klientů neuvádějí, budeme při výpočtu celkového přínosu příspěvků počítat pouze s příspěvků pro dospělé, i když tím celkový výsledek může být trochu podhodnocen.

Tabulka č. 8 **Přínos příspěvků na péči podle typů zařízení - šetření VÚPSV - ČR**

	podíl v % – všechny typy zařízení	přínos celkem (tisíc Kč/měs.)	přínos u jednotlivých typů zařízení (v tis. Kč/měs.)			
			domovy pro seniory	domovy pro osoby se ZP	kombinovaná zařízení bez terénních služeb	kombinovaná zařízení s terénními službami
I. stupeň	25%	6 206	1250	754	1011	88
II. stupeň	28%	13 736	1265	1003	1088	78
III. stupeň	15%	14 304	596	518	624	50
IV. stupeň	14%	18 480	475	610	545	50
bez příspěvku	19%	0	0	0	0	0
CELKEM	100%	52 726	3586	2885	3268	266

Přínos příspěvků na péči pro finanční rozpočet zařízení sociálních služeb je nezanedbatelný. V tabulce č. 8 je proveden odhad, kolik by u respondentů dotazníkového šetření VÚPSV činil přínos z příspěvků na péči měsíčně.

Rovněž v celostátním měřítku znamenal příspěvek na péči nesporný přínos pro financování pobytových zařízení sociálních služeb, neboť došlo ke zvýšení podílu úhrady klientů. Srovnatelné celostátní údaje máme sice jen za domovy pro seniory, ale je z nich vidět, že za rok 2007 stoupla jak průměrná roční výše úhrady od jednoho klienta (o 30 529 Kč), tak její procentní podíl na neinvestičních výdajích (o 13 procentních bodů). Srovnání za jiné typy rezidenčních zařízení není možné v důsledku změny definic podle zákona č. 108/2006 Sb.

Tabulka č. 9 **Přínos příspěvků na péči u domovů pro seniory v ČR (2007)**

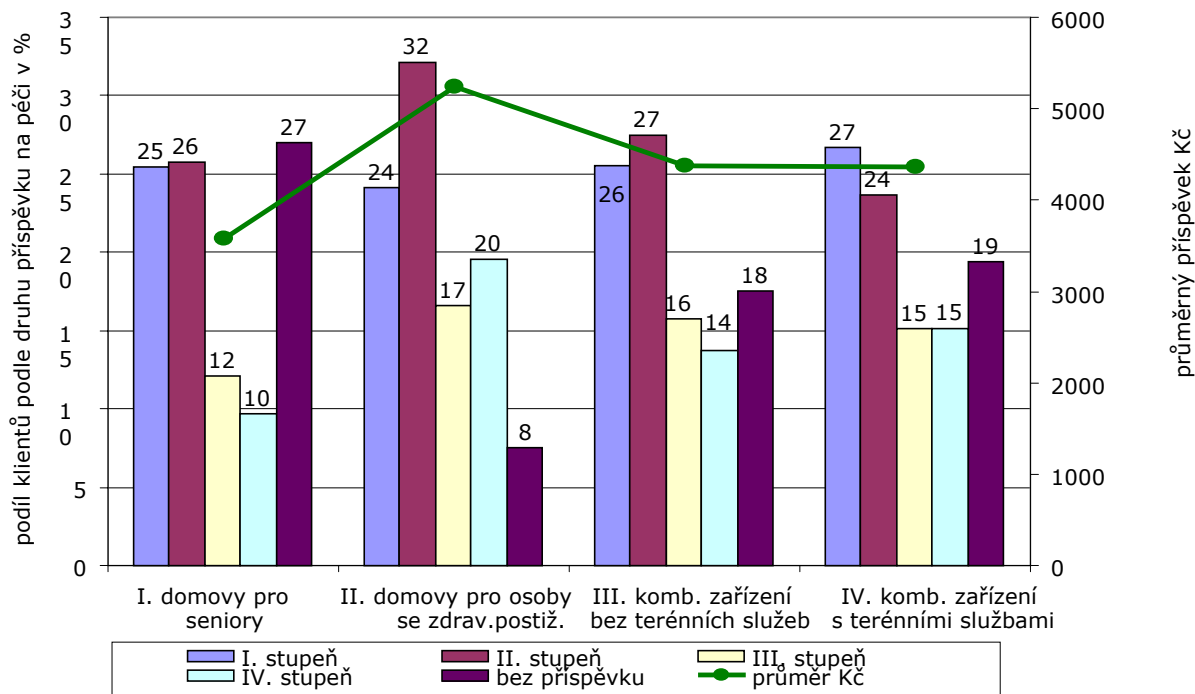
rok	průměrné neinvestiční výdaje na 1 místo a rok v Kč	průměrná úhrada od 1 obyvatele ročně v Kč	podíl úhrady na výši nákladů na 1 místo a rok v %
2005	202 473	72 044	35,58
2006	207 024	75 928	36,68
2007	214 000	106 457	49,75

Prameny: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v ČR ve vývojových řadách a grafech 2007, Praha, MPSV 2008;

PRŮŠA, L.: Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory, Praha, VÚPSV, v.v.i., 2008

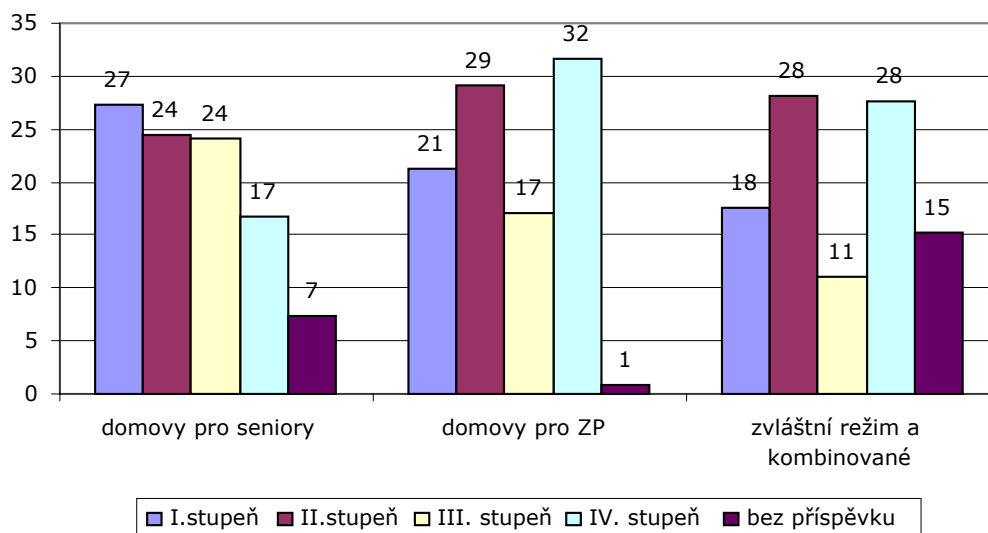
2. Analýza dotazníků VÚPSV

Graf č. 8 **Histogram rozdělení četností podle druhu příspěvku na péči u jednotlivých typů zařízení (dotazníkové šetření VÚPSV za ČR celkem)**



Poznámka: Součet za každý typ zařízení = 100 %

Graf č. 9 **Histogram rozdělení četností podle druhu příspěvku na péči u jednotlivých typů krajských zařízení Moravskoslezského kraje**



Poznámka: Součet za každý typ zařízení = 100 %

Strukturu klientů podle příspěvků na péči za ČR celkem podle šetření VÚPSV můžeme se strukturou klientů v krajských zařízeních MSK bezprostředně porovnávat jen u dvou typů zařízení, a to u domovů pro seniory (DpS) a u domovů pro osoby se zdravotním postižením (DZP). U obou typů zařízení je nápadný daleko nižší podíl klientů bez příspěvku na péči u krajských zařízení MSK. Rozdíl činí u DpS celých 20 procentních bodů, u DZP je sice menší, ale také pozorovatelný, a to 7 procentních bodů. Naopak, při porovnání podílu klientů s úplnou závislostí (IV. stupeň příspěvku na péči) je jejich podíl daleko vyšší v krajských zařízeních MSK.

Zajímavá je otázka vztahu mezi podílem osob pobírajících příspěvek na péči a potřebou zdravotní péče. Zatímco podíl klientů s různým stupněm závislosti na péči lze jednoznačně vyčíslit, otázkou zůstává, jak určit potřebu zdravotní péče. Nemůže to být podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě (viz tabulku č. 7), neboť závislost mezi podílem osob pobírajících příspěvek na péči v rámci IV. stupně závislosti a podílem ošetrovatelské kapacity nebyla prokázána.⁵ Korelační koeficient (0,035) můžeme na 5%, i 1% hladině významnosti označit za lineárně nezávislý. Tyto výsledky ovšem musíme brát obezřetně, neboť se vychází z malého počtu pozorování (79 % non response u ošetrovatelské kapacity).

Otázka 3. Průměrný evidenční počet pracovníků (přepočtený) v roce 2007 / z toho počet pracovníků se zdravotnickou kvalifikací

Počet pracovníků je vyjádřen jako přepočtený průměrný evidenční počet pracovníků, tzn., že je zohledněna výše pracovního úvazku (např. 2 pracovníci, kteří pracují na poloviční úvazek, jsou bráni jako 1 pracovník). Zatímco průměrný evidenční počet všech pracovníků (přepočtený) uvedli naprosto všichni respondenti, necelá 3 % respondentů neuvěděla počet pracovníků se zdravotnickou kvalifikací.

Základem pro přepočty byl počet lůžek (kapacita zařízení). Podle typů zařízení budeme sledovat počet pracovníků obsluhujících jedno lůžko (graf č. 9) i převrácenou hodnotu tohoto ukazatele - počet lůžek připadajících na jednoho pracovníka (graf č. 10)

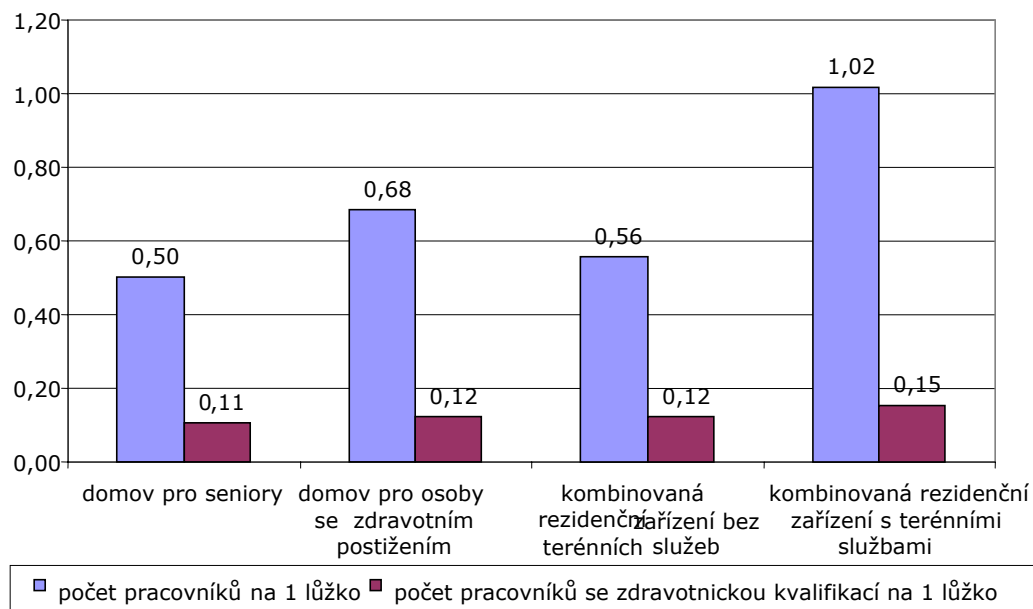
Graf č. 9 ukazuje počet pracovníků, resp. počet pracovníků se zdravotnickou kvalifikací přepočtený na jednoho lůžko. Lze si povšimnout, že nejvíce pracovníků na jednoho klienta (1,02) připadá v kombinovaných rezidenčních zařízeních s terénními službami, stejně tak jako počet pracovníků se zdravotnickou kvalifikací (0,15). Naopak, nejméně personálu na 1 lůžko zaznamenávají domovy pro seniory (0,5 pracovníka celkem a 0,11 pracovníka se zdravotnickou kvalifikací).

Po vyjádření počtu lůžek na jednoho pracovníka celkem zjistíme, že u naprosté většiny respondentů připadá na jednoho pracovníka celkem 1 - 2 lůžka. Jiná je situace u zdravotnických pracovníků, kde připadá na každého z nich 7 - 9 lůžek (graf č. 10). Podrobnější rozbor viz v otázce 6.

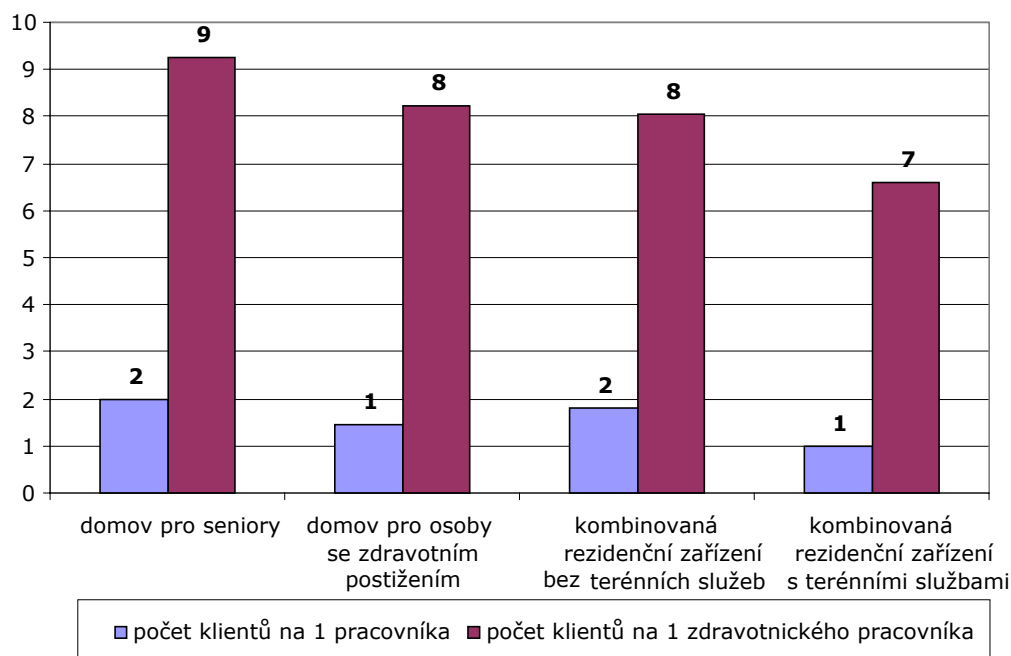
⁵ K podobnému zjištění docházela ve svých komentářích na základě empirických poznatků i bez náročného matematického aparátu řada rezidenčních zařízení v Moravskoslezském kraji....

2. Analýza dotazníků VÚPSV

Graf č. 10 **Počet pracovníků celkem a počet pracovníků se zdravotnickou kvalifikací připadajících na jedno lůžko (podle typů zařízení)**



Graf č. 11 **Počet lůžek na jednoho pracovníka**



Situaci v počtu pracovníků se zdravotnickou kvalifikací v rezidenčních zařízeních sociálních služeb, která vykazují ošetrovatelská lůžka, porovnáme se situací v léčebnách dlouhodobě nemocných. Srovnání je možné, neboť, jak bylo již dříve

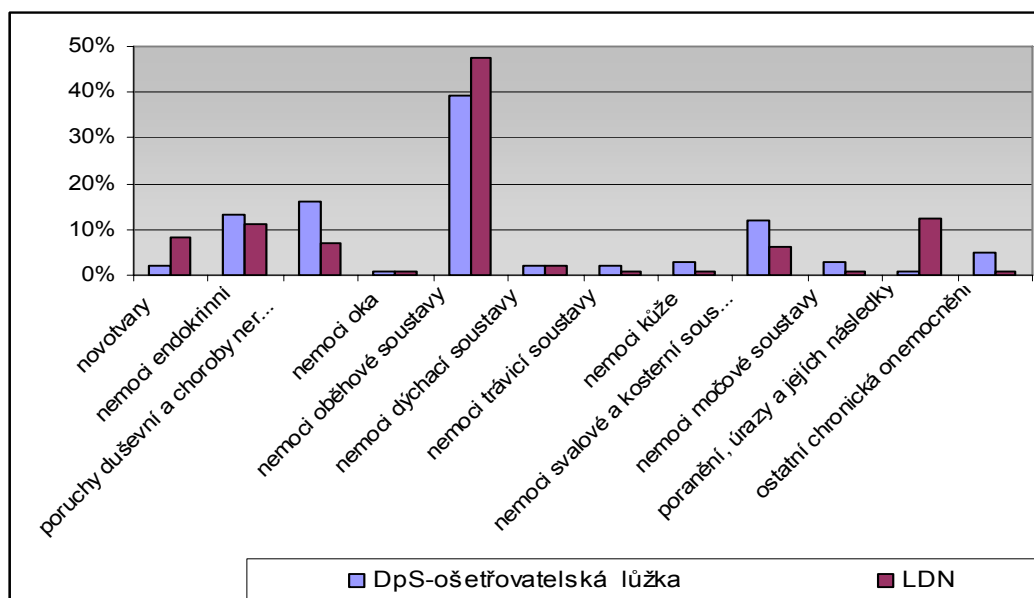
doloženo, zdravotní a věková struktura klientů rezidenčních zařízení (na ošetrovatelských lůžkách) a pacientů LDN je srovnatelná. O tom svědčí výsledky šetření VÚPSV, provedené v roce 2005, jehož předmětem bylo kromě jiného i zjištění, jaká je struktura diagnóz pacientů přijatých na ošetrovatelská lůžka v domovech důchodců (nyní v domovech pro seniory) a pacientů v LDN⁶.

Tabulka č. 10 **Struktura diagnóz klientů domovů pro seniory a pacientů LDN⁶**

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 2005

Graf č. 12 **Struktura diagnóz klientů domovů pro seniory a pacientů LDN 2005**



Pramen: dotazníkové šetření VÚPSV 2005 Poznámka: Vzhledem k polymorbiditě, která je u seniorů běžná, je počet diagnóz, který byl podkladem pro výpočet v tab. č. 9 a grafu č. 12, vyšší než počet pacientů/klientů.

⁶ viz Bruthansová, D. - Červenková, A. - Pechanová, M. *Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu.* Praha, VÚPSV, 2006.

Tabulka č. 11 **Relativní počet zdravotnických pracovníků v LDN a v pobytových zařízeních sociálních služeb**

	počet ošetrovatelských lůžek	počet zdravotnických pracovníků (ZPBD) ¹	počet ZPBD na jedno lůžko	počet lůžek na jednoho ZPBD
sledovaná rezidenční zařízení²	2 063	633	0,31	3,26
LDN podle ÚZIS	7 229	2 048	0,28	3,53

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

2) 39 validních odpovědí

Pramen: Dotazníkové šetření VÚPSV 2008, Síť zdravotnických zařízení 2007, Praha, ÚZIS 2008

Při srovnávání uvedených statistických dat je třeba mít na mysli, že pracovníci se zdravotnickou kvalifikací v pobytových zařízeních sociálních služeb nepečují jen o klienty na ošetrovatelských lůžkách (resp. na ošetrovatelských odděleních), ale v případě potřeby poskytují ošetrovatelské a rehabilitační služby i ostatním klientům v zařízení.

Otázka 4. Poskytují Vaši zaměstnanci Vaším klientům ošetrovatelské a rehabilitační služby na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami?

Na tuto otázku odpověděla naprostá většina respondentů (69 %) zásadně kladně, nicméně téměř jedna čtvrtina zařízení poskytujících sociální služby (24 %) výslovně uvedla, že ošetrovatelské služby poskytují na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami, nicméně rehabilitační služby nikoliv, a to zejména z následujících důvodů:

- na rehabilitační služby nemají uzavřenou smlouvu (13 %),
- rehabilitační služby zajišťují externě (2 %),
- rehabilitační služby poskytují, ale bez příslušných smluv (5 %),
- v zařízení není kvalifikovaný personál (rehab. pracovník či fyzioterapeut) (3 %),
- rehabilitační služby neposkytují, neboť vykazují pouze krátkodobou ošetrovatelskou rehabilitaci praktikovanou zdravotními sestrami (1 %).

Pouze 7 % respondentů výslovně uvedlo, že neposkytují ošetrovatelské ani rehabilitační služby na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Citujeme z dotazníku, který nám zaslal domov pro seniory s kapacitou 32 lůžek:

„Ne, neposkytujeme. Na trhu práce nejsou všeobecné sestry, a proto s námi zdravotní pojišťovny odmítly uzavřít smlouvu. Při tak malém počtu klientů by náklady na administrativu spojenou s korespondencí zdravotnických pojišťoven byly vyšší než skutečné příjmy.“

Otázka 5. Uved'te nejčastěji poskytované ošetřovatelské a rehabilitační výkony ve vašem zařízení (cca 5-10 příkladů)

Účelem této otevřené otázky bylo zjistit nejčastěji poskytované ošetřovatelské a rehabilitační výkony v zařízeních poskytujících sociální služby. Respondenti uváděli více možností (např. péče o ránu + odběry biologického materiálu + polohování), proto celkový součet všech evidovaných výkonů (796) téměř sedminásobně převyšuje počet respondentů. Dva respondenti na tuto otázku neodpověděli. Zajímavé je, že tito respondenti zároveň na otázku 4 sdělili, že nemají uzavřenou smlouvu s některou ze zdravotních pojišťoven (ZP). Ostatní 4 respondenti, kteří rovněž nemají uzavřenou smlouvu se ZP, však sdělili, že ošetřovatelské a rehabilitační výkony provádějí.

Tabulka č. 12 **Typy poskytovaných ošetřovatelských a rehabilitačních výkonů**

	podíl respondentů, kteří uvedený výkon poskytují
ošetřovatelské výkony	
aplikace léčebné terapie (06623)	97,5
péče o ránu (06629)	73,1
odběry biologického materiálu (06621)	68,9
ošetřovatelská intervence (06613)	33,6
komplex - klyzma, laváže, ošetření permanentních katétrů a zavádění perm. katétrů u žen (06631)	27,7
ošetření stomií (06639)	27,7
zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, admin.činnost sestry (06611)	24,4
měření fyziologických funkcí	22,7
polohování	18,5
prevence a ošetření dekubitů	16,0
ošetření permanentního katétru	14,3
strava, krmení	13,4
práce sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu (06649)	12,6
práce zdravotní sestry v době od 22:00 do 06:00 hodin (06645)	10,9
vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou	10,1
hygiena	10,1
aplikace inhalační terapie (06627)	9,2
péče o pokožku	6,7
krmení sondou	5,0
klyzma	5,0
kolostomie	4,2
pitný režim	4,2
ošetření kožních lézí	2,5
péče o umírajícího a zemřelého	2,5
asistence lékařům	2,5
zavádění nasogastrické sondy (066333)	2,5
cévkování	2,5
péče o lůžko a pokoj	1,7
zdravotní osvěta	1,7
bandáže dolních končetin	0,8
nácvik a zaučování aplikace inzulínu (06637)	0,8
péče o PEG sondu	0,8
péče o cévku	0,8

2. Analýza dotazníků VÚPSV

rehabilitační výkony	
ošetřovatelská rehabilitace	13,4
masáže	12,6
nácvik chůze	12,6
LTV	12,6
cvičení (individuální, skupinová, kondiční, motorická cvičení)	10,1
nácvik soběstačnosti	8,4
rehabilitační přístroje	7,6
nácvik mobility	5,9
dechová cvičení	5,0
pasivní cvičení	5,0
edukace	5,0
elektroléčba	4,2
vodoléčba	4,2
perličková koupel	4,2
posazování	3,4
bazální stimulace	3,4
aplikace parafínu	2,5
aktivní asistované cvičení	2,5
Vojtova metoda	2,5
vertikalizace	2,5
nácvik lokomoce	1,7
nácvik posturálních činností	0,8
relaxace	0,8
aktivizace klientů	0,8
bez odpovědi	1,7

V tabulce č. 12 se uvádí, jaká část z celkového počtu 119 respondentů uvedený výkon alespoň jednou poskytla. Z ošetřovatelských výkonů byla nejčastěji uváděna aplikace léčebné terapie (kód 06623), kterou uvedli téměř všichni respondenti (97,5 % z celkového počtu respondentů). Dále u velké části respondentů byla klientům poskytována péče o ránu (73 %) a byly prováděny odběry biologického materiálu (68,9 %). Lze si povšimnout, že respondenti kromě vlastních ošetřovatelských výkonů také uváděli činnosti spadající do oblasti sociálních služeb (např. přípravu stravy a krmení klientů, sledování pitného režimu, dodržování hygieny, péči o lůžko a pokoj). Na rozhraní mezi službou zdravotní a sociální je péče o umírajícího a zemřelého klienta (uvádějí tři respondenti).

Z rehabilitačních výkonů byly nejčastěji zmiňovány tyto položky: ošetřovatelská rehabilitace (13,4 %), masáže (12,6 %), nácvik chůze (12,6 %), LTV - léčebná a tělesná výchova (12,6 %), cvičení - individuální, skupinové, kondiční (10,1 %) a nácvik soběstačnosti (8,4 %). Dále zde byla uvedena např. elektroléčba, vodoléčba, perličková koupel, bazální stimulace, Vojtova metoda aj.

Otázka 6. Jakou kapacitu Vašeho zařízení tyto úkony vyžadují? Uveďte počet hodin denně nebo týdně nebo počet pracovníků vyčleněných na tuto práci.

Na tuto otázku odpovídali respondenti nejednotně. Více než polovina zařízení (56 %) uvedla pouze počet pracovníků provádějících dané úkony, naproti tomu 14 % respondentů zaznamenalo pouze počet hodin, který je těmito úkony denně věnován.

Více než jedna čtvrtina respondentů (26 %) uvedla jak počet hodin, tak počet vyčleněných pracovníků. Naprostá menšina (3 %) neodpověděla vůbec.

Tabulka č. 13 **Přehled odpovědí na otázku 6**

bez odpovědi	3,4%
pouze počet pracovníků	56,3%
pouze počet hodin	14,3%
oboje	26,1%

Pro výpočet délky zdravotní péče připadající na 1 klienta (přesněji: na 1 lůžko, protože vycházíme z údajů o kapacitě) potřebujeme znát počet minut zdravotní péče + počet lůžek. Časové údaje uvedlo 40 % respondentů, avšak u 3 % nebyla uvedena kapacita, takže bylo analyzováno 37 % dotazníků.

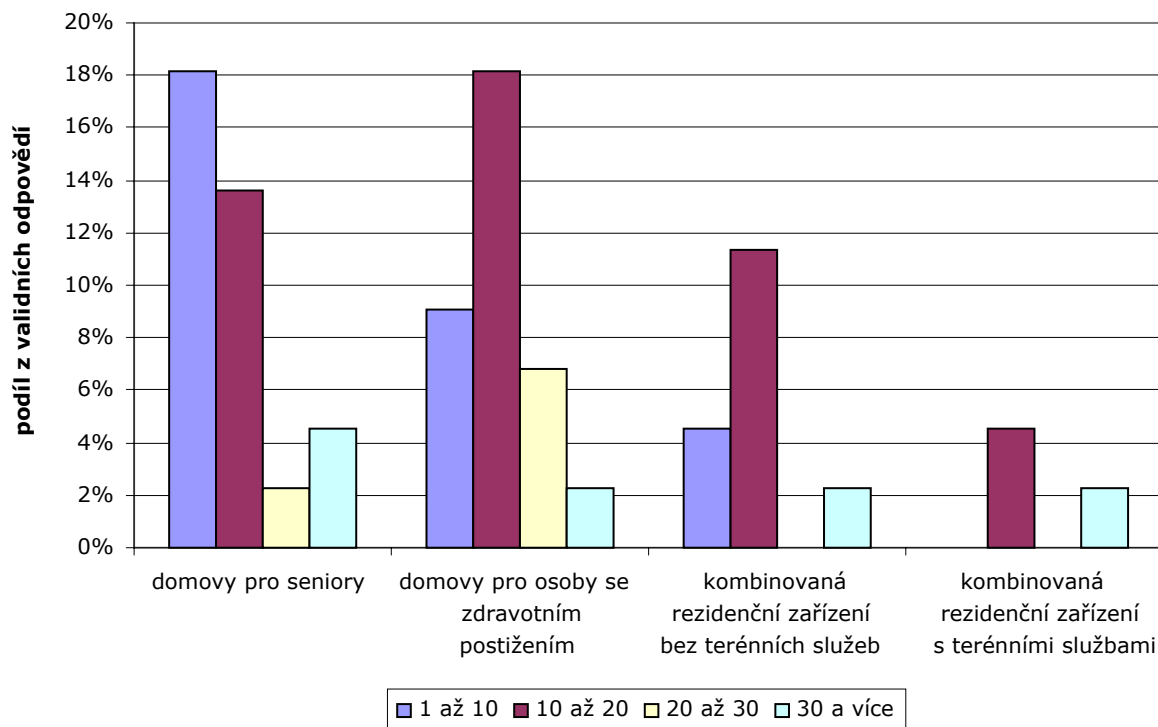
Vyjádřením počtu minut, věnovaných na tuto péči jednomu klientovi za den a současně jejich porovnáním podle jednotlivých typů zařízení je patrné, že v domovech pro seniory je klientům nejčastěji věnováno maximálně 10 minut (18 % validních odpovědí). Příznivější situace je v domovech pro osoby se zdravotním postižením, kde 18 % validních odpovědí uvádí, že na tuto péči je nejčastěji vyčleněno 10 až 20 minut na jedno lůžko. Obdobný rozsah péče je klientům věnován v kombinovaných rezidenčních zařízeních bez terénních služeb (11 % z validních odpovědí) i s terénními službami (5 %). Z grafu je dále patrné, že více než 30 minut ošetrovatelské a rehabilitační péče není v praxi příliš časté.

Z hlediska délky poskytované péče je klíčovým faktorem počet pracovníků s příslušnou odborností. Více než čtyři pětiny respondentů (82,4 %) uvedly konkrétní počet pracovníků, kteří vykonávají ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

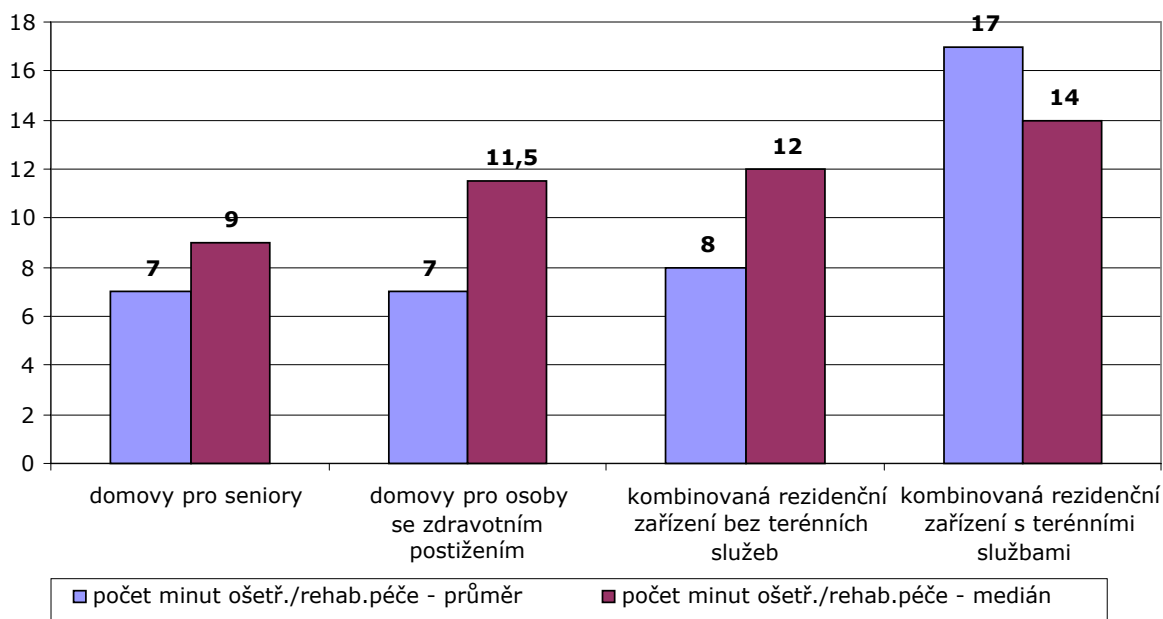
V grafu č. 11 je uveden počet klientů připadajících na jednoho pracovníka vyčleněného na tuto práci a jeho následné porovnání podle jednotlivých typů zařízení (analyzováno 80 % odpovědí). V domovech pro seniory nejčastěji připadá na jednoho pracovníka 1 až 10 klientů (16 %), zatímco v domovech pro osoby se zdravotním postižením 10 až 20 klientů (11 %). Rovněž u kombinovaných rezidenčních zařízení bez terénních služeb je patrný nejvyšší podíl u 10 až 20 klientů připadajících na jednoho pracovníka (14 %). V domovech pro seniory a v domovech pro osoby se zdravotním postižením připadá na jednoho pracovníka vykonávajícího ošetrovatelskou a rehabilitační péči shodně 30 a více klientů (7 %).

Diagram rozdělení četností v grafu č. 11 neukazuje dost názorně rozdíly v počtu minut ošetrovatelské a rehabilitační péče mezi jednotlivými typy zařízení. Pro porovnání jsou proto uvedeny i střední hodnoty, a to harmonický průměr a medián (graf č. 14).

Graf č. 13 **Procentuální podíly jednotlivých typů zařízení podle počtu minut věnovaných denně ošetrovatelské a rehabilitační péči na jedno lůžko**

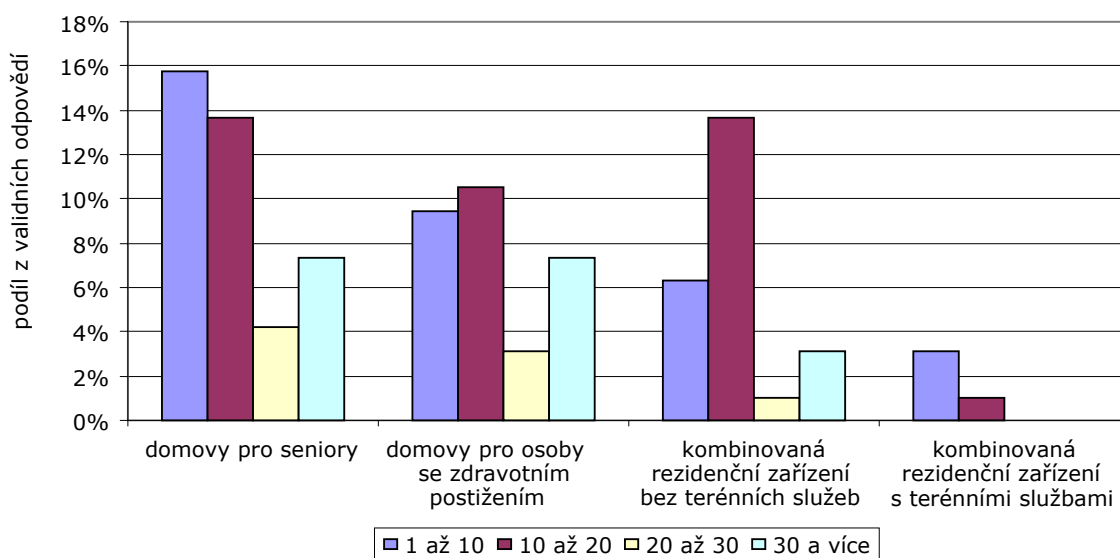


Graf č. 14 **Průměrný počet minut věnovaných denně ošetrovatelské a rehabilitační péči na jedno lůžko**

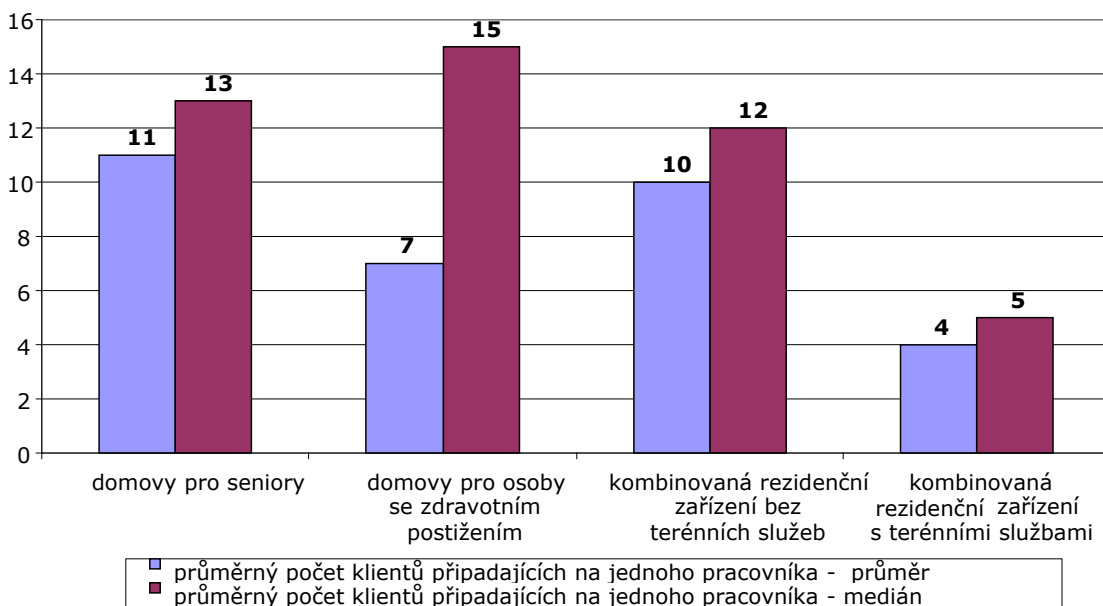


Necháme-li stranou kombinovaná rezidenční zařízení s terénními službami, jejichž počet je vcelku nepatrný, vidíme na grafu 14, že průměrný počet minut věnovaných na ošetrovatelskou a rehabilitační péči je zhruba stejný. Výsledky jsou však ovlivněny extrémními hodnotami, takže pro srovnání je lepší použít medián (tj. prostřední hodnotu z uspořádaného souboru). Medián počtu minut věnovaných ošetrovatelské a rehabilitační péči se u všech typů zařízení pohybuje od 9 do 14 minut.

Graf č. 15 **Procentuální podíly jednotlivých typů zařízení podle počtu lůžek na jednoho pracovníka vykonávajícího ošetrovatelskou a rehabilitační péči**



Graf č. 16 **Počet lůžek na jednoho pracovníka se zdravotnickou kvalifikací - průměr a medián**



Z hlediska uchování (resp. zlepšení) zdravotního stavu klientů lze průměrný počet minut věnovaných denně ošetrovatelské a rehabilitační péči na jedno lůžko (9 až 14 minut - viz graf č. 14) hodnotit jako minimální, případně nedostačující. Příčinu tohoto neutěšeného stavu lze hledat v nedostatku odborného personálu, v malé ochotě zdravotních pojišťoven ošetrovatelskou a rehabilitační péči proplácet a v neposlední řadě v malém zájmu klientů na rehabilitaci finančně přispívat.

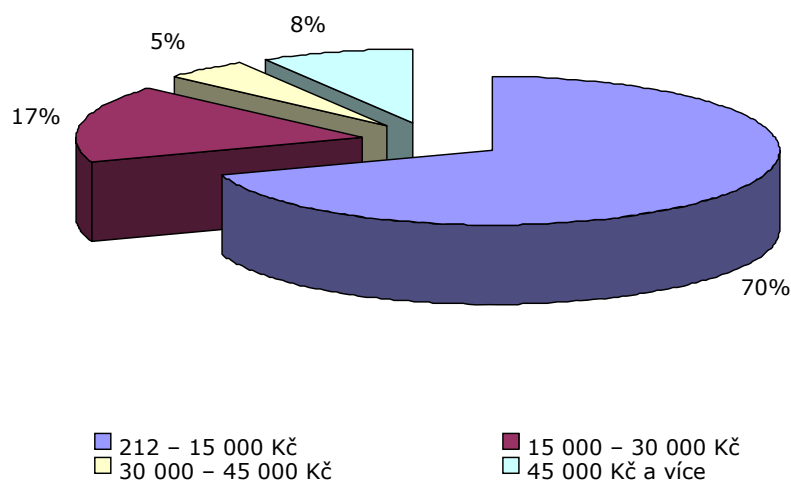
Otázka 7. Kolik činila v roce 2007 úhrada od zdravotních pojišťoven za tuto péči?

I přesto, že 8 respondentů uvedlo, že nemají uzavřenou smlouvu na poskytování ošetrovatelských a rehabilitačních služeb se zdravotní pojišťovnou, tři z nich uvedli konkrétní částku, která jim byla od pojišťoven proplacena. Tyto tři částky byly tudíž z analýzy vyjmuty. 1 respondent nechal tuto otázku bez odpovědi, takže ze 119 dotazníků jich bylo analyzováno 110 (tj. 92 %)

Částky hrazené od zdravotních pojišťoven, uvedené ve 110 analyzovaných dotaznících, se pohybují v rozmezí od 7 000 Kč až 11 999 520 Kč. Nemůžeme říci, že jsou tyto částky příliš ovlivněny kapacitou zařízení, neboť korelační koeficient ve výši 0,21 indikuje slabou závislost.

Po přepočtu uhrazených částek od zdravotní pojišťovny na jedno lůžko chyběl u některých respondentů údaj o kapacitě, takže bylo analyzováno pouze 89 % zaslaných dotazníků. Výše úhrady se pohybuje v rozmezí 212 Kč až 134 776 Kč na jedno lůžko ročně. Naprosté většině respondentů (70 %) jsou hrazeny částky do 15 000 Kč na jedno lůžko/rok, přičemž částky nad 45 000 Kč získává 8 % zařízení (graf č. 17).

Graf č. 17 Podíly zařízení podle uhrazených částek od zdravotních pojišťoven na ošetrovatelskou a rehabilitační péči na jedno lůžko v roce 2007 (v %)

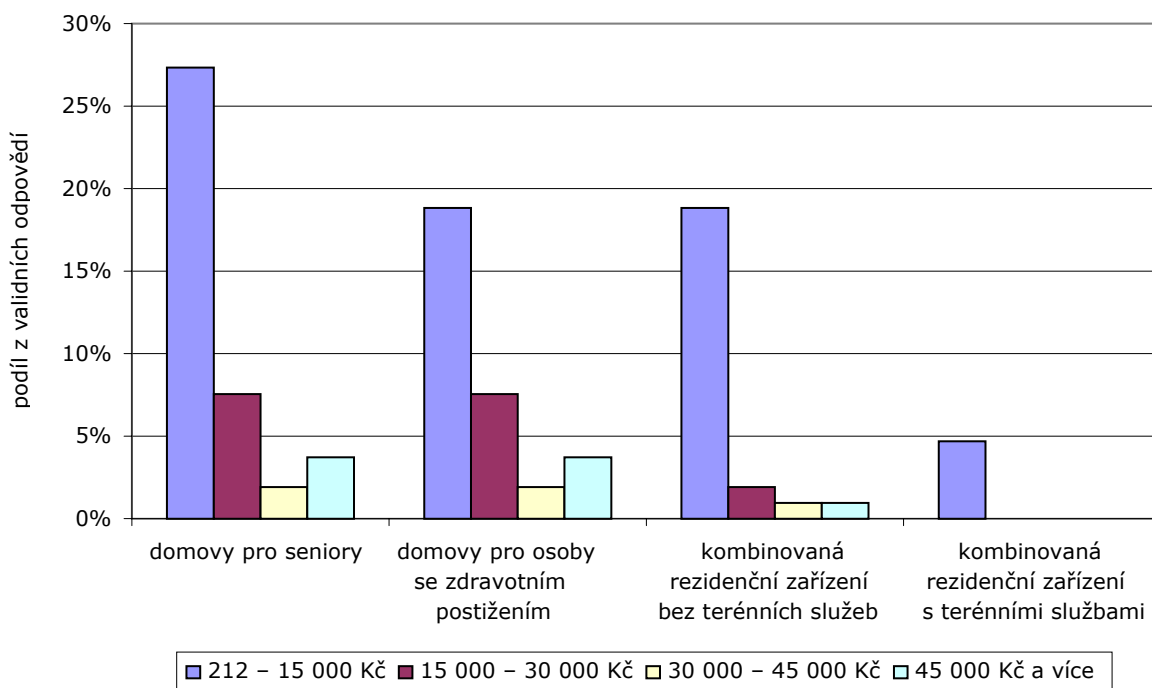


Z dalšího grafu č. 18 je patrné, že nejnižší interval 212 až 15 000 Kč je nejčastější u domovů pro seniory (27 %); častý je i u domovů pro osoby se zdravotním postižením a u kombinovaných rezidenčních zařízení bez terénních služeb (u obou posledních shodně 19 %). Částky v rozmezí 15 000 až 20 000 Kč na jedno lůžko jsou nejvíce zastoupeny v domovech pro seniory a v domovech pro osoby se

zdravotním postižením. V případě kombinovaných rezidenčních zařízení s terénními službami jsou hrazeny pouze částky do 15 000 Kč na jedno lůžko.

Zajímavý pohled nám poskytuje rozložení výše úhrad podle jednotlivých krajů. Z grafu č. 19 je zřejmé, že Moravskoslezskému kraji jsou hrazeny částky pouze do výše 15 000 Kč na jednoho klienta (17 %), stejně tak jako kraji Vysočina (8 %), Jihomoravskému (6 %), Plzeňskému (2 %) a Libereckému (2 %). Největší podíl uhrazených částek nad 45 000 Kč na jednoho klienta náleží Karlovarskému kraji (8 % z validních odpovědí, 56 % z daného intervalu). Jihočeský kraj má nejvyšší podíl uhrazených částek na jedno lůžko jak v intervalu 15 000 až 30 000 Kč (6 %), tak i v intervalu 30 000 až 45 000 Kč (2 %).

Graf č. 18 **Struktura sledovaných zařízení podle výše uhrazených částek od zdravotních pojišťoven na ošetrovatelskou a rehabilitační péči na jedno lůžko (v %)**



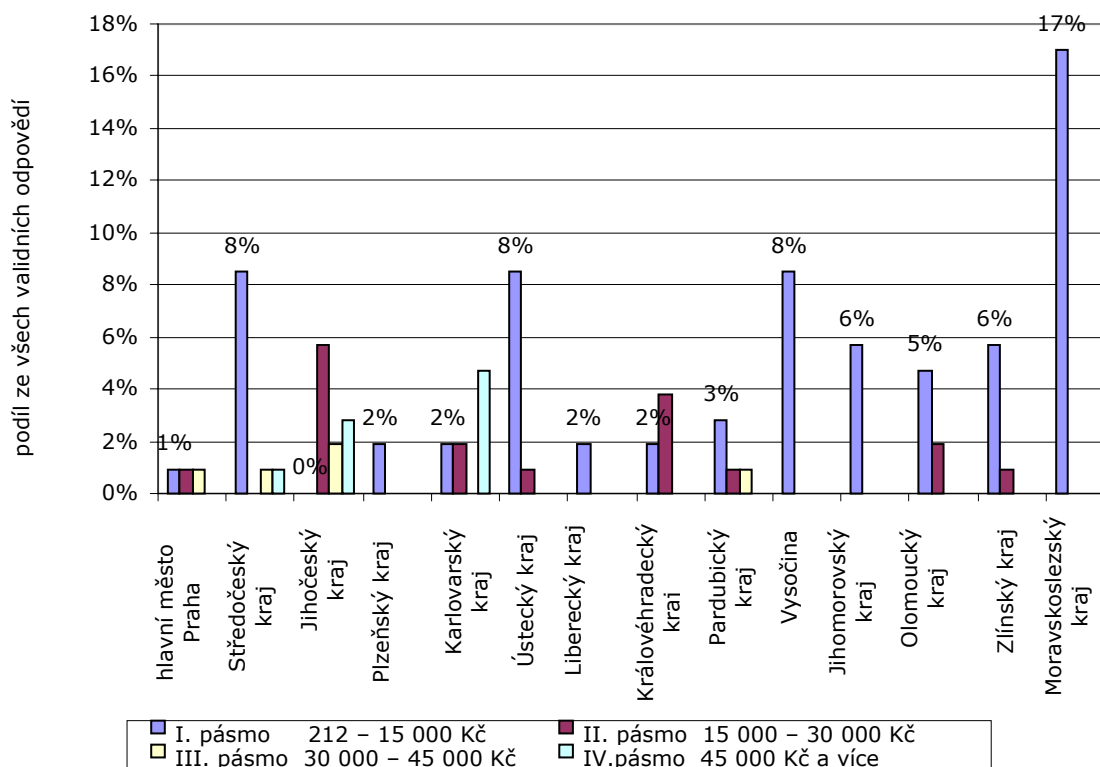
Graf č. 19 znázorňuje, jak se jednotlivé kraje podílejí na jednotlivých intervalech výše úhrad od zdravotních pojišťoven. Zjišťujeme například, že v Moravskoslezském kraji se všechny úhrady pohybují v I. pásmu, tj. v rozmezí 212-15 000 Kč, přičemž jde o téměř pětinu (17 %) validních odpovědí všech respondentů. Pro názornost jsme u odpovědí, spadajících do I. pásma, uvedli v grafu příslušná procenta, jejichž součet dává dohromady 70 % (viz graf č. 17).

Vzhledem k tomu, že nelze předpokládat velké rozdíly ve struktuře nemocnosti a z toho vyplývající náročnosti na zdravotní péči u seniorů a osob se zdravotním postižením podle jednotlivých krajů, lze z grafu č. 19 usuzovat na nejednotnost metodiky zdravotních pojišťoven při proplácení jednotlivých úkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče. Nelze zřejmě najít jiný důvod, proč pouze ve Středočeském,

2. Analýza dotazníků VÚPSV

Jihočeském a Karlovarském kraji nezanedbatelné procento respondentů spadá do IV. pásma úhrady (nad 45 000 Kč) a v jiných krajích se tato částka vůbec nevyskytuje.

Graf č. 19 **Rozložení výše úhrad od zdravotních pojišťoven podle krajů**



Otázka 8. Odhadněte, kolik jste v roce 2007 na tuto péči dopláceli z běžných neinvestičních výdajů (v Kč)

Výsledky šetření v tomto bodě nejsou dost dobře srovnatelné, neboť struktura částek, kterou uvádí respondenti, je značně rozdílná. Někteří uvádí hrubý odhad bez mzdových nákladů a někteří pro změnu celkové náklady na zdravotnický provoz či pouze doplácené částky na mzdové prostředky, odvody na sociální a zdravotní pojištění, příp. administrativní náklady.

Odpovědi respondentů se liší nejen strukturou částky, kterou doplácí na ošetrovatelskou a rehabilitační péči, ale i typem odpovědi. Kromě konkrétních částek jsou zde uvedeny následující případy:

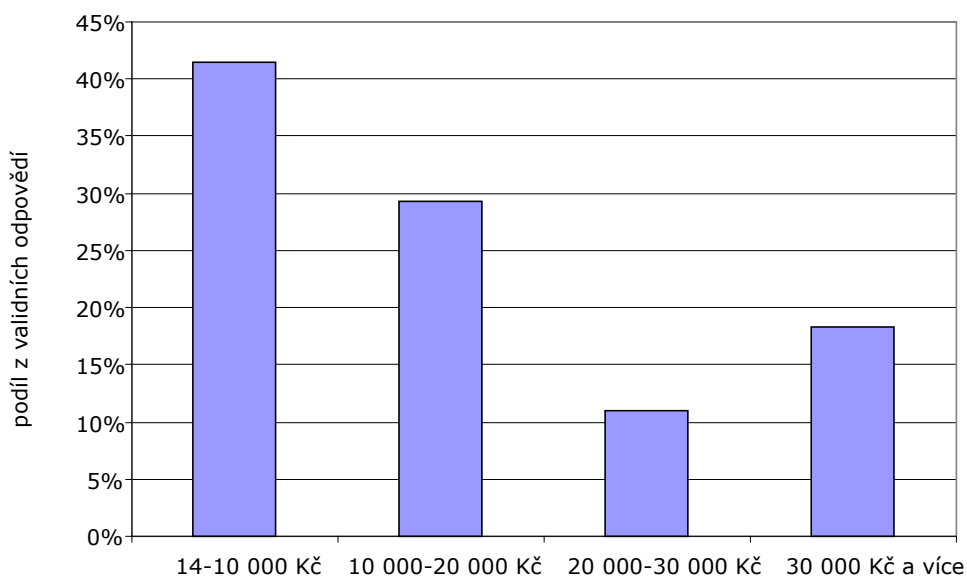
1. náklady na ošetrovatelskou a rehabilitační péči se v daném zařízení vůbec nesledují (1 %),
2. platby od zdravotní pojišťovny nepokryjí mzdové náklady - částka, která je doplácena na tuto péči, již uvedena není (1 %),
3. ano, doplácí; konkrétní částka rovněž není uvedena (1 %),
4. částku, která se doplácí z běžných neinvestičních výdajů, nelze odhadnout (8 %),
5. bez odpovědi (10 %).

Menšina respondentů (8 %) uvedla, že na ošetrovatelskou a rehabilitační péči nic nedoplácí. Zbývajících 71 % respondentů uvedlo konkrétní částky, přičemž nejnižší byla hodnota 2 000 Kč a nejvyšší překvapivě 17 437 000 Kč.

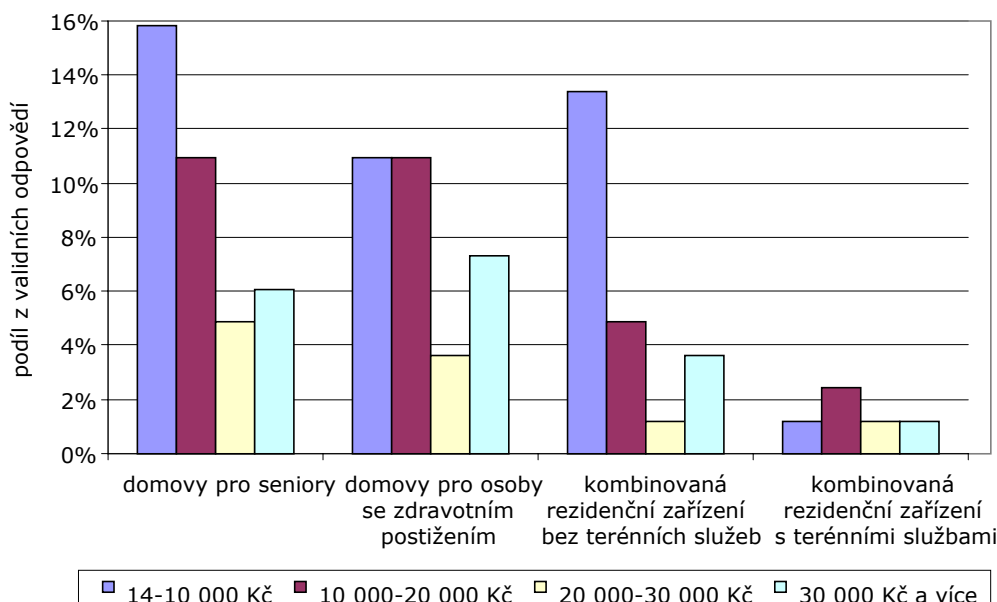
Po přepočtu jednotlivých částek doplácených z běžných neinvestičních výdajů na jedno lůžko (69 % validních odpovědí) činila minimální hodnota 14 Kč a maximální 142 180 Kč. V grafu č. 20, který zobrazuje intervalové rozdělení těchto částek, si lze povšimnout, že většina doplácených částek z běžných neinvestičních výdajů na jednoho klienta nepřesáhla 10 000 Kč (41 %). Nejméně je zastoupen interval 20 000 až 30 000 Kč na jednoho klienta (11 %).

Pokud takto přepočtené částky zanalyzujeme podle jednotlivých typů zařízení (graf č. 21) zjistíme, že doplácené částky z běžných neinvestičních výdajů nepřesahující 10 000 Kč na jedno lůžko mají největší podíl v domovech pro seniory (16 %) a v kombinovaných rezidenčních zařízeních bez terénních služeb (13 %). Naopak částky, které přesahují 30 000 Kč, jsou nejvíce zastoupeny v domovech pro osoby se zdravotním postižením (7 %).

Graf č. 20 **Procentuální podíly všech zařízení podle doplácených částek na ošetrovatelskou a rehabilitační péči (v Kč) na 1 lůžko**



Graf č. 21 **Procentuální podíly jednotlivých typů zařízení podle doplácených částek na ošetrovatelskou a rehabilitační péči (v Kč) na 1 lůžko**



Poznámka: Součet všech podílů = 100 %

Otázka 9. Které výkony vám zdravotní pojišťovny na základě rozhodnutí jejich revizních lékařů odmítly zcela nebo částečně hradit? (vyjmenujte nejčastější případy a zdůvodnění revizního lékaře)

O proplacení či neproplacení ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v rámci pobytových zařízení sociálních služeb rozhodují revizní lékaři příslušné zdravotní pojišťovny. Pouze malá část respondentů uvádí, že buď nemají uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou (5 %) nebo revize u nich vůbec neproběhla (5 %). Pouze 17 % respondentů výslovně uvedlo, že jim zdravotní pojišťovny proplatily všechny vykázané výkony. Ostatní respondenti uvádějí konkrétní případy, které pojišťovny odmítají zcela či částečně hradit. Nejčastěji se jedná o výkon **06623 - aplikace léčebné terapie - podávání léků per os** (45 % respondentů). Zdůvodnění některých revizních lékařů zní následovně:

„Pokud je klient schopen přijímat stravu, nepotřebuje dohled při užívání léků ani z důvodu demence ani po amputaci horní končetiny.“

„Až na výjimky nehradí VZP podávání léků ústy - nelze vykazovat vlastní aplikaci léků uživatelem. To je považováno ze strany VZP za úkon sociální pomoci. Popis tohoto výkonu, podle seznamu výkonů, zahrnuje také přípravu dokumentace, pomůcek, přípravu a kontrolu léku, správnost, dávku, čas podání, expiraci, způsob podání. Dále sestra sleduje vedlejší a nežádoucí účinky a účinnost léku samotného.“

„Domov pro seniory není lůžkové oddělení, klienti nemají od neurologa potvrzení, že mají poruchu polykacího reflexu. Zapomínání a demence není dle VZP důvodem k podávání léků zdravotnickým personálem.“

„Léky lze vykazovat jen v ojedinělém případě - na základě lékařské diagnózy a velmi vážného zdravotního stavu. Klient, který je schopen léky polknout, ale není schopen si

je nachystat, podat do úst nebo vůbec nechápe, k čemu léky jsou, není indikován k podávání léků sestrou a může mu tedy lék podat kdokoliv jako doma. Tento výkon proto nebude uhrazen."

„Podávání léků u klienta má být hrazeno z jiných prostředků (příspěvek na péči)."

Respondenti také často uvádějí neproplácení tzv. bonifikačních kódů (14 %) - tj. práce zdravotní sestry v době od 22:00 do 6:00 hodin a v době pracovního volna nebo pracovního klidu. Citují:

„Nesmíme nic vykazovat v noci a přitom musíme mít zaručen 24hodinový servis ošetrovatelské péče. Na všechno je slyšet argument, že klient má příspěvek na péči a z toho by v domácnosti také hradil tyto výkony. Na tyto argumenty si vždy představím umírání mého otce v domácích podmínkách bez jakékoliv zdravotnické pomoci, opory... hrozné."

Jako další výkony byly nejčastěji uváděny výkon 06635 - Komplex - vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou, ošetření kožních lézí přístrojovou technikou - např. EKG, glykémie (12 %) a výkon 06611 - Zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, administrativní činnost sestry (5 %).

Respondenti uváděli většinou několik výkonů najednou. Kromě výše zmíněných se dále jednalo o rehabilitaci (6 %), polohování (5 %), prevenci dekubitů (3 %), měření TK (4 %), fyzioterapii (1 %), sledování příjmu potravy a tekutin (1 %), komplexní hygienickou péči (1 %) a cévkování (1 %). Citují:

„Nelze vykázat cévkování, neboť tento výkon je uváděn jako: „cévkování a péče o permanentní katétr". Samotné cévkování, přestože je převážnou částí výkonu, vykázat nelze."

Jeden respondent shrnul celkovou situaci následovně:

„Rozchází se zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 424/2006 Sb. a metodika ZP. Podle zákona musí výkony provádět osoba k tomu způsobilá (SZP), ale podle metodiky je nemusí v pobytových zařízeních sociální péče vykonávat SZP, a proto je nehradí. Např. podávání stravy, polohování, aplikace léku p.o. SZP musí být náležitě zdůvodněno."

Dalším problémem je proplácení **rehabilitační péče**. Rehabilitační péči pojišťovny v zásadě neproplácejí. Rehabilitační péče je podceňována jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak i ze strany klientů. Přitom přínos rehabilitační péče je zdůrazňován ze strany odborníků, a to nejenom odborníky z rehabilitačního lékařství, ale i neurology, geriatry atd.

V systému péče o seniory a osoby se zdravotním postižením je význam rehabilitační péče nezastupitelný. Léčebná rehabilitace zde představuje klíčový faktor. Diagnostická a léčebná rehabilitační péče zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů u těchto osob. Důsledně uplatňovaná léčebná rehabilitace může zabránit vzniku takového stupně zdravotního postižení, kdy se klient stává méně soběstačným nebo zcela nesoběstačným. Jde zejména o rehabilitaci poúrazových stavů, rehabilitaci stavů po proběhlé cévní mozkové příhodě a obecné udržování fyzické kondice a tím nepřímo i o udržení dobrého duševního stavu, čímž se předchází možné sociální exkluzi. Nezanedbatelným přínosem léčebné rehabilitace je její účinek preventivní. Např. nejen polohováním, ale i cvičením s pacientem na lůžku se např. předchází dekubitům, jejichž léčba je vleklá a drahá.

Otázka 10. Podílejí se na úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče též Vaši klienti (mimo rámec běžné úhrady za pobyt)? Uveďte prosím nejčastější příklady takto placené péče.

Téměř **tři čtvrtiny respondentů (74 %)** jednoznačně odpověděly, že se jejich klienti **nepodílejí** na úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče. Některá zařízení poskytující sociální služby uvedla, že klienti hradí pouze **rehabilitační péči** (7 %), přičemž nejčastěji se jedná o masáže, parafínové zábaly, elektrickou léčbu, motoped, rotoped, perličkovou koupel, hipoterapii apod. Další formy odpovědí zněly následovně:

- 1) klienti hradí pouze regulační poplatky ve zdravotnictví a doplatky za léky (7 %);
- 2) ošetřovatelská a rehabilitační péče je poskytována v rámci příspěvku na péči (3 %);
- 3) ošetřovatelská péče se hradí z příspěvků na péči, rehabilitační péči si hradí klienti pouze u některých výkonů (1 %);
- 4) klienti se podílejí na úhradě pouze ve výjimečných případech (např. úkon na vlastní žádost uživatele, nadstandard) (1 %).

Pouze 3 % respondentů výslovně uvedla, že se jejich klienti podílí na úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče (zejména dokupování zdravotnického materiálu) a 4 % na tuto otázku neodpověděla.

Otázka 11. V čem vidíte nejzávažnější problémy v poskytování a úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče ve Vašem zařízení?

K problematice v poskytování a úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče se vyjádřili téměř všichni respondenti (non response 1 %), přičemž pouhých 8 % uvedlo, že nemají žádné problémy.

Podle odpovědí respondentů lze nejzávažnější problémy v poskytování a úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče v zařízeních poskytujících sociální služby (někteří uváděli více problémů) rozčlenit do následujících pěti hlavních skupin: **vztahy s pojišťovnou** (uvedlo 21 % respondentů); **nedostatek, resp. vytížení personálu** (20 %); **úhrada rehabilitační péče** (18 %); **administrativa** (17 %) a **problémové vztahy s lékaři, příp. revizními lékaři** (9 %).

V případě **problematických vztahů s pojišťovnou** se jednalo zejména o **proplácení ošetřovatelských výkonů, nejednotnost přístupu k jejich vykazování a obtížnou komunikaci**. Cituji:

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

„Zdravotní pojišťovna proplácí jen úkony, které určila sama. Z navrhovaných 20 jich zůstalo přibližně 8...“

„Protože nemáme SZP v nepřetržitém provozu (neslouží noční), nesplňujeme podmínku zdravotní pojišťovny k vykazování bonifikace za SO, NE, SV i přesto, že výkony SZP provádíme (v SO, NE, SV 7–19 hod.).“

„Ošetřovatelská péče je nutná, avšak pojišťovnou často neohodnocena. Proplácen je jen kód 06613 - časová intervence, ostatní kódy nejsou uznány.“

„Sazebník výkonů nezahrnuje úkony ošetrovatelské intervence v oblasti prevence - pokud provádím důsledně prevenci imobilizačního syndromu a sleduji nutriční parametry klienta, hodnotím rizika pádů a provádím patřičné ošetrovatelské intervence - je nižší výskyt dekubitů, úrazů, kontraktur, zánětlivých komplikací (močové infekce, bronchopneumonie...) atd. - a tím také nižší úhrada péče od zdravotních pojišťoven!!! Paradoxně tedy, čím horší péče, tím více výkonů, které pojišťovna uhradí (zařízení je hodnoceno jako „lepší“, protože na zdravotní péči více vydělá).“

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

„Všeobecná zdravotní pojišťovna nedostatečně informuje, velmi obtížně komunikuje a její metodika není poskytovatelům služeb jasná. Chybí zpětná kontrola správnosti postupu VZP - nepřehledné vyúčtování za fakturované úkony, na fakturách jsou chyby atd. „

Nedostatek personálu, příp. jeho vytižení úzce souvisí s nedostatkem finančních prostředků. To potvrzuje i následující názor, cituji:

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

Závažné problémy vidí respondenti také v **úhradě rehabilitační péče**, která je pro klienty potřebná (zejména po cévní mozkové příhodě apod.). Cituji:

„Neuhrazení rehabilitační péče, která je nutná ke zlepšení nebo zachování stávajících smyslových, pohybových i intelektuálních schopností klienta. ...Napomáhá k aktivizaci, zvýšení tělesné kondice, často odpomůže alespoň částečně od bolestí a sníží čas a náklady potřebné na ošetrovatelskou péči personálu.“

„Neuznání vykazování rehabilitační péče i přesto, že máme registrované fyzioterapeuty.“

„Rehabilitační výkony nám nejsou propláceny, neboť k jejich vykonávání potřebujeme registrovaného diplomovaného fyzioterapeuta, který je pro nás finančně náročný. Přesto tyto výkony jsou nezbytné a provádí je ošetrovatelský personál bez možnosti vykázat je pojišťovně.“

„V případě ošetrovatelské a rehabilitační péče chybí jednotná metodika pro poskytovatele, indikujícího lékaře a zdravotní pojišťovny. Podle stávající metodiky VZP - výklad vyhlášky 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.

134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, ošetrovatelskou péčí (danou vyhláškou 424/2004 Sb.) nelze vykazovat kódem 06613, citace: „Výkon nelze indikovat a hradit z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro činnosti, které jsou dle zákona o sociálních službách součástí základních činností sociálních služeb (hygiena, aktivizace, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, zvládání běžných úkonů atd.)“...kde se vytratil imobilní a nesoběstačný klient? Rehabilitační péči lze vykázat kódem 06613, citace: „v některých (vždy zdravotním stavem odůvodněných) případech lze indikovat v nezbytném rozsahu a trvání k provedení přechodné rehabilitační péče (např. po úrazech, CMP, apod.)“. A v domovech pro seniory? Rehabilitační ošetřování (dané vyhláškou 424/2004 Sb.) v plném rozsahu nelze vykazovat.“

Problematika v poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče spočívá i v **komunikaci s lékaři**. Cituji:

„Někteří lékaři se staví k předepisování ošetrovatelské péče laxně, jako by úhrady za tuto péči od pojišťovny našemu zařízení ukrajovaly ze svého krajíce.“

„Lékařům není zcela jasná metodika, co mohou předepisovat...obávají se, zda financování péče nepůjde na jejich „vrub“...“

„Vše je závislé na posouzení revizního lékaře - chybí jednotný systém. Existují velké rozdíly v ochotě registrujících praktických lékařů indikovat péči. Revizní lékaři posuzují poskytování a vykazování péče rozdílně v různých zařízeních a nejsou ochotni akceptovat ani výklady MZČR, např. podávání léků na základě indikace praktického lékaře. Naše zařízení v loňském roce tyto problémy nemělo. Vykazovat péči jsme začali od 1. 1. 2007 a k vykazování jsme přistupovali velmi zodpovědně. Již předem jsme jednali s lékaři našich obyvatel, ti z velké většiny byli přístupní a indikovali potřebnou péči pro obyvatele. Možná zde je zajímavý fakt, že naši obyvatelé při pobytu v domově zůstávají registrováni u svých lékařů a ten je zná a vzhledem ke zkušenostem lékařů s naším zařízením nemá problém indikovat. A navíc lékař neindikuje pro 30 obyvatel, ale pro 3-4. Ani pro revizního lékaře pak možná není příjemné dohadovat se o nesprávné indikaci opakovaně s více lékaři.“

Respondenti také poukazují na to, že **neexistuje jasné vymezení hranic mezi sociální a zdravotní péčí** a že **chybí jednotná metodika**, která by sjednotila uznávání a proplácení výkonů **ve všech krajích**.

Otázka 12. Odstranilo, resp. zmírnilo by Vaše problémy s financováním ošetrovatelské a rehabilitační péče přijetí a zavedení metodiky pro poskytování a úhradu této péče zdravotními pojišťovnami?

V rámci této otázky jsme zjišťovali postoj respondentů k zavedení jednotné metodiky pro poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče. Naprostá většina respondentů (66 %) **souhlasí** s názorem, že zavedení jednotné metodiky by odstranilo, resp. zmírnilo problémy s financováním ošetrovatelské a rehabilitační péče. Cituji:

„Metodiku uvítáme každou. Největší problém zatím vidíme v nejednotném postupu revizních lékařů pojišťoven v jednotlivých krajích. Některý kraj uzná aplikace léků u všech např. hluboce mentálně retardovaných klientů, jiný jen u těch klientů, kteří mají obtížné polykání, riziko aspirace apod.“

Někteří (3 %) **zhodnotili stávající stav** a uvedli, cituji:

„Je velice smutné, že kvalitní metodika nebyla připravena již před uvedením zákona 108/2006 Sb. do praxe. Dostat metodiku VZP k vykazování výkonů 21. 6. 2007 svědčí o nepřipravenosti celého systému.“

„Jde o věcný obsah metodiky: metodika může pomoci, může také uškodit, když je zpracována nebo použita (např. kontrolním orgánem) nesprávně.“

Návrh konkrétního způsobu řešení problémů s financováním ošetrovatelské a rehabilitační péče uvedlo téměř 8 % respondentů. Cituji:

„Dle mě by bylo nejméně administrativně náročné pro všechny zúčastněné nastavení tarifů, resp. paušálů. Ty by mohly být navázány na úroveň příspěvku na péči.“

„Pokud by nedošlo k souladu metodiky s platným zákonem tak, aby došlo k jejímu respektování všemi zúčastněnými stranami, naše problémy s financováním zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační péče to neodstraní. Problém spolupráce MPSV, VZP, MZ a MF je všem dlouhodobě znám.“

„Určitě by pomohlo zavedení placených úkonů péče např. formou sazebníků platných pro pobytová zařízení, s vymezením celostátně platných úkonů VZP a ne jako dosud - jiný kraj, jiné uplatnění sazby od VZP.“

„Usnadnilo by nám práci, pokud bychom dostávali částku peněz na zdravotní péči na klienta paušálně, např. podle výše příspěvku na péči a nemuseli bychom dále vykazovat jednotlivé úkony zdravotní pojišťovně - ušetřili bychom čas, který můžeme věnovat klientům.“

„Jasně definovaná metodika bude mít smysl, jen pokud bude dodržována. Kódy pro vykazování péče jsou také jasně definovány, a pak jsou zamítnuty nebo devalvovány a omezovány.“

„Ano, věříme, že problém by vyřešil (zmírnil) paušál. Snížila by se, doufáme, i administrativa a sestra by se mohla více věnovat ošetrovatelské péči.“

„Pokud by metodika znamenala paušální platby, pak ano - odpadlo by úřadování a věděli bychom, s čím můžeme počítat. Takto nevíme, kdy začnou pojišťovny šetřit, zda budou platby krátit a v jakém poměru, a jestli samotné vykazování nebude mít v konečném důsledku vyšší náklady než tržby za poskytovanou péči - ačkoliv ošetrovatelskou péči poskytovat nepřestaneme.“

„Problémy s financováním ošetrovatelské a rehabilitační péče by pomohly řešit následující kroky:

1. Rozšíření seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro odbornost 913 (vyhláška MZ ČR č.620/2006) o výkony, které jsou prováděny v PZSS odborným zdravotnickým personálem. Např.: dohled nad průběhem infúzní terapie, péče o žilní přístup, podávání stravy pacientovi s poruchami polykání, sledování fyziologických funkcí (TK, P, TT, dech), péče o neklidného pacienta, komplex - asistence v průběhu a po záchvatovitých stavech apod.

2. Vyřešení úhrady rehabilitační péče, která je v PZSS prováděna odborným personálem.

3. Existence metodiky vyplývající z platných právních předpisů a tím zajištění jednotného postupu všech revizních lékařů. Dosud se názory v jednotlivých krajích výrazně liší.“

Několik (5 %) zařízení poskytujících sociální služby by **přijetí metodiky** pro poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče uvítalo, ale pouze **za určitých podmínek**. Cituji:

„Pokud by tato metodika obsahovala i zákonné směrnice, které by upravovaly úhradu plateb pojišťovnami, pak jistě ano.“

„Pouze v případě, že by tato metodika byla dostatečně konkrétní, a především by musela vycházet z diagnóz (i vedlejších), které jsou u této věkové skupiny časté a které vyžadují, aby ošetrovatelskou péči u našich uživatelů prováděl odborný personál.“

„Částečně ano - musela by být stručná, srozumitelná a nesměla by vzrůst administrativa (resp. dusivá a všeobjímající byrokracie). Při dalším nárůstu byrokracie by se jednalo o kontraproduktivní opatření.“

„Pokud by byla metodika napsaná srozumitelně a někým, kdo zná problematiku těchto zařízení, tak ano.“

Záporný postoj vůči přijetí jednotné metodiky zastává téměř 13 % respondentů, a to zejména z důvodu existence daných metodik. Cituji:

*„Tato metodika dle mého názoru existuje a je totožná s metodikou domácí zdravotní péče. Možná ji poskytovatelé neumějí používat. Možná neumí komunikovat dobře s lékaři a pojišťovnami. A možná opravdu je často na libovůli revizního lékaře, jak indikace a vykazování posoudí. **Možná by bylo vhodné mít metodiku pro kontrolu vykazování péče, aby revizní lékaři postupovali jednotně.**“*

„Metodika existuje, ale znevýhodňuje sestry pracující v sociálních službách. Metodika musí vycházet z cílové skupiny uživatelů pobytového zařízení a měla by zohledňovat při všech výkonech individuální potřebu ošetrovatelských intervencí - časových. Např. uživatel s těžkou mentální retardací a podávání léku i.m.=5 min, má-li sestra pracovat dle předpisů MZ, již při přípravě injekce a následně provedení bezpečné a šetrné aplikace, nemůže 5 minut stačit apod.“

Naprosté minimum respondentů (3 %) uvedlo, že nedokáže danou situaci posoudit, neboť s pojišťovnou nemají žádné problémy, případně s ní nemají uzavřenou smlouvu (non response 4 %).

Zařízení poskytující sociální služby jsou si vědoma, že přístup jednotlivých poboček Všeobecné zdravotní pojišťovny není v rámci republiky jednotný. Uvítala by proto paušální úhrady za ošetrovatelskou a rehabilitační péči stanovené podle jednotlivých typů zařízení, které jim přijde mnohem spravedlivější než doposud uplatňované způsoby.

3. Analýza krajských rezidenčních zařízení v Moravskoslezském kraji

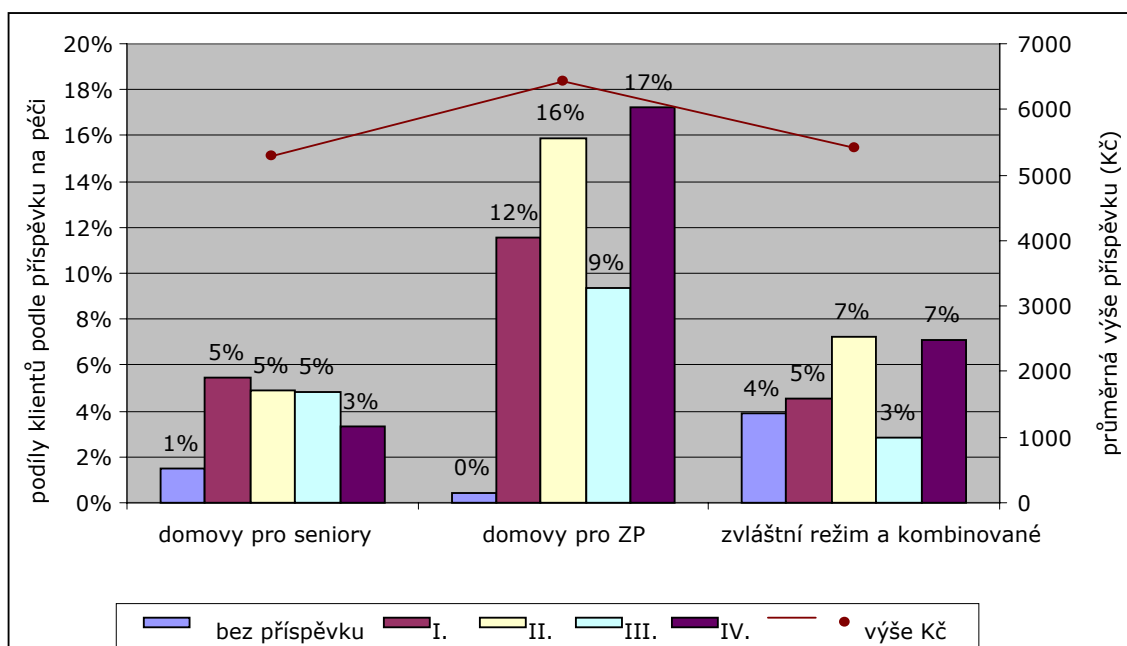
Při upřesňování některých dat z dotazníků rezidenčních zařízení v Moravskoslezském kraji nám vedení kraje vyšlo neobyčejně vstřícné a poskytlo nám ke statistickému zpracování dotazníky z ankety, kterou krajský úřad provedl v 1. pololetí roku 2008. Po statistickém zpracování uvádíme stručný souhrn výsledků při zachování anonymity respondentů.

3.1 Struktura klientů podle stupně závislosti (přiznaného příspěvku na péči)

Zjišťování struktury klientů podle přiznaného příspěvku na péči bylo možné pouze u 20 respondentů, neboť 7 respondentů příslušné údaje neuvodilo. Další rozbor se tedy týká pouze 20 zařízení, přičemž u některých z nich byla potřebná data vypočtena z nepřímých údajů. Údaje o struktuře klientů podle stupně závislosti neuvodily většinou domovy pro seniory, takže výsledky za tento typ ústavů mohou být zkreslené.

Některá zařízení, která mají oddělení pro různé typy klientů (např. DpS + ZR), uvedla data o příspěvku na péči za jednotlivá oddělení - v takovém případě jsme počítali každé oddělení zvlášť; u těch ústavů, které uvedly jen souhrnné údaje, jsme poskytnutá data zařadili podle zaměření, jehož kapacita převažovala. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 14 a v grafu č.22.

Graf č. 22 **Struktura klientů rezidenčních zařízení Moravskoslezského kraje podle přiznaného příspěvku na péči**



Z tabulky i grafu je patrné, že v domovech pro osoby se zdravotním postižením se klienti bez příspěvku prakticky nevyskytují. Ze všech sledovaných typů zařízení je v domovech pro ZP nejvyšší podíl klientů s příspěvkem IV. stupně a rovněž průměrný příspěvek je zde nejvyšší. Údaje o stupni závislosti nemohou být než přibližné, protože u řady klientů nepřetržitě probíhá přehodnocování stupně závislosti ze dvou důvodů: není dokončeno přehodnocování původně stanovené bezmocnosti na stupeň závislosti a s rostoucím věkem klientů ubývá jejich schopnosti sebeobsluhy, takže stupeň závislosti se zvyšuje.

Tabulka č. 14 **Struktura klientů rezidenčních zařízení Moravskoslezského kraje podle priznaného příspěvku na péči**

	bez příspěvku	stupeň závislosti				celkem	průměrná výše příspěvku Kč
		I.	II.	III	IV		
domovy pro seniory	1%	5%	5%	5%	3%	20%	5 298
domovy pro ZP	0%	12%	16%	9%	17%	54%	6 441
zvl. režim a kombinované	4%	5%	7%	3%	7%	26%	5 406
celkem	6%	22%	28%	17%	28%	100%	5 948

3.2 Vztah mezi stupněm závislosti u klientů a potřebou středních zdravotnických pracovníků (ZPBD)

V zadání úkolu bylo zejména zjistiť "vazbu mezi počty uživatelů služby v daném stupni závislosti s objemem proplácených výkonů". Jde o velice složitou dvojitou vazbu, tj.

1. vztah mezi stupněm závislosti klientů a potřebou zdravotní péče,
2. vztah mezi zdravotní péčí poskytovanou a proplácenou.

Pro značnou složitost jednoznačná odpověď na zadanou otázku zjištěna nebyla. Po zjištění názoru respondentů na tuto otázku byla provedena určitá statistická analýza. Svě názory na otázku vztahu mezi stupněm závislosti klientů a potřebou zdravotní péče však uvedli všichni respondenti.

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

Celkem 7 respondentů vyslovilo jednoznačný **souhlas**, i když někteří nepřímou, např.: " Je zřejmé, že v našem případě nedosahujeme předpokládaných zisků od VZP, ačkoliv uživatelé ve III. a IV. stupni závislosti tvoří polovinu našich klientů." Nebo jiné zařízení, kde 93 % klientů je ve III. a IV. stupni závislosti: "Pouze u čtyř uživatelů ve III. a IV. stupni závislosti není potřeba zajišťovat zvýšenou odbornou ošetrovatelskou a zdravotní péči." Jeden z respondentů, souhlasících s uvedeným názorem, odůvodňuje svůj názor porovnáním podílu klientů podle stupně závislosti s podílem na celkových úhradách od zdravotních pojišťoven.

I když údaje tabulky č. 15 vycházejí pouze z jednoho zařízení, ukazují názorně, že čím je v tomto zařízení vyšší stupeň závislosti, tím vyšší je čerpání zdravotní péče.

Dále je z tabulky patrné, že na 16 % klientů bez závislosti nepřipadá prakticky žádný podíl z úhrad za zdravotní péči, kdežto 14 % klientů s III. stupněm závislosti se podílí téměř jednou třetinou (32 %) na úhradách za zdravotní péči.

Tabulka č. 15 **Analýza úhrad od zdravotních pojišťoven ve vztahu k danému stupni závislosti v jednom ze sledovaných zařízení MSk (leden až květen 2008)**

stupeň závislosti	průměrná úhrada na 1 klienta Kč	podíl klientů podle stupně závislosti (%)	% celkových úhrad
žádný	25	16%	0%
I.	1 224	34%	21%
II.	2 589	30%	38%
III.	4 473	14%	32%
IV.	3 559	5%	9%

Opačný názor projevilo 6 respondentů, např.: "Výše proplácených zdravotních výkonů nesouvisí a není závislá na přiznaném stupni příspěvku na péči, ale na zdravotním stavu uživatelů." Nebo: "Objem proplácených výkonů nemá přímou vazbu na výši příspěvku uživatele" či: "Ne vždy je stáří a závislost v úkonech péče přímou úměrou ke zdravotnímu stavu uživatele ve smyslu vykazování kódů pro pojišťovny", případně: "Z uvedených údajů nelze jednoznačně dovodit, že výše proplácených zdravotních výkonů je v přímé úměrnosti k rostoucímu stupni závislosti". Nebo jinde: „Na základě ordinace lékaře jsou prováděny zdravotní úkony a tyto nejsou vždy odvislé od stanovené výše přiznaného příspěvku na péči. Nelze tedy vždy očekávat více výkonů u klientů s nejvyšším příspěvkem."

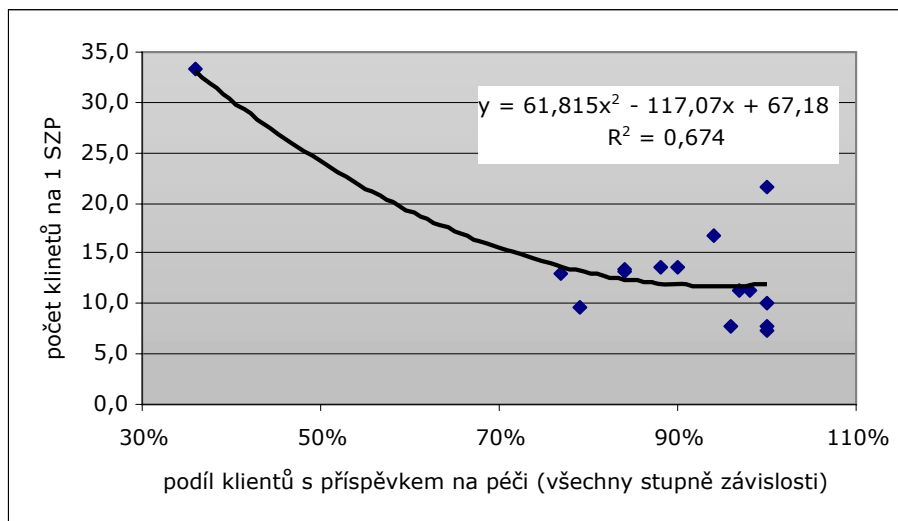
Zbývajících 14 respondentů, tedy o něco více než polovina, na otázku vztahu mezi stupněm závislosti klientů a potřebou zdravotní péče **neprojevilo žádný názor**.

Vztah mezi přiznaným příspěvkem na péči a potřebou ošetrovatelské péče výstižně charakterizoval jeden z respondentů, který upozorňuje, že příspěvek na péči má mít charakter dávky sociální, nikoli zdravotní: „Příspěvek na péči je určen na zajištění potřebné pomoci zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti prostřednictvím sociálních služeb." **Závislost na péči není ukazatel zdravotní, nýbrž sociální** a jako takový by měl být přiznáván a interpretován. Proto stanovení jeho stupně by nemělo být výhradně v rukou posudkového lékaře podle klasifikace MKN-10, nýbrž mělo by být přihlíženo i k možnostem aktivity a participace podle klasifikace MKF.

Pro zjištění vztahu mezi závislostí klientů na péči a objemem zdravotní péče je problém, jak objem potřebné zdravotní péče měřit. Ideální by bylo zjistit počet minut zdravotní péče u klientů, jimž byl přiznán příspěvek na péči, a to podle jednotlivých stupňů závislosti. Tyto údaje však nejsou k dispozici a jejich získání by bylo neobyčejně pracné. Proto u jednotlivých zařízení porovnáme podíl klientů s přiznanou závislostí na péči (všechny stupně) s počtem klientů připadajících na jednoho středního zdravotnického pracovníka.

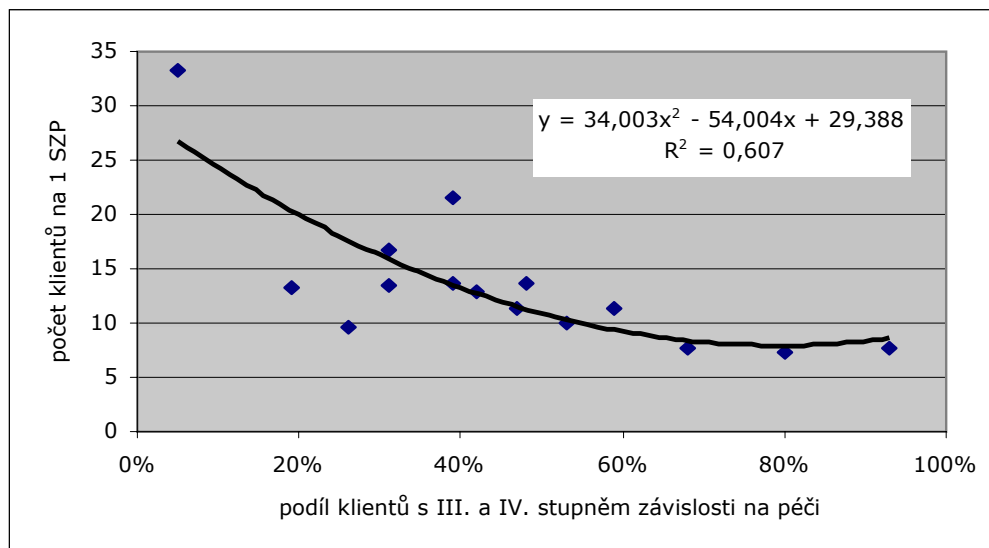
V následujícím grafu č. 23 se zjišťuje, jaký je u jednotlivých zařízení vztah mezi podílem klientů s přiznanou závislostí na péči (všechny stupně) a počtem klientů, připadajících na jednoho na 1 středního zdravotnického pracovníka. Potíž byla v tom, že ne všechna zařízení uvádějí strukturu klientů podle stupně závislosti a ne u všech je možné zjistit počet středních zdravotnických pracovníků, takže ve vzorku je pouze 15 validních odpovědí.

Graf č. 23 **Vztah mezi podílem klientů s přiznanou závislostí na péči a počtem klientů na 1 středního zdravotnického pracovníka (všechny stupně závislosti)**



Index determinace R^2 v grafu vyčísluje těsnost vztahu, která je poměrně vysoká. Jde o ověření hypotézy, že větší závislost na péči znamená větší náročnost na zdravotnické služby. Tato hypotéza je v grafu č. 23 vyjádřena jako vztah nepřímé úměrnosti: čím vyšší je podíl klientů se závislostí na péči, tím méně klientů připadá na 1 sestru (SZP) neboli tam, kde je stupeň závislosti vysoký, zvládá sestra péči o menší počet pacientů. Závislost je poměrně velmi silná; korelační koeficient zde činí 0,75176.

Pro upřesnění byl v grafu č. 24 znázorněn ještě obdobný vztah, týkající se ale pouze III. a IV. stupně závislosti. Stejně jako v předchozím vztahu je i zde závislost poměrně silná, ale slabší než v předchozím případě - korelační koeficient činí pouze 0,70262. Zdá se tedy - pokud lze usuzovat z pouhých 15 případů - že stupeň příspěvku na péči nemá jednoznačně určující vliv na potřebu zdravotní péče a lze tedy souhlasit s názorem těch respondentů, kteří se domnívají, že závislost na péči není ukazatel zdravotní, nýbrž sociální a jako takový by měl být přiznáván a interpretován.

Graf č. 24 **Vztah mezi podílem klientů s přiznanou závislostí na péči III. a IV. stupně a počtem klientů na 1 středního zdravotnického pracovníka**

Statisticky vykazovaný počet klientů na 1 sestru naráží však v praxi na problém zajištění ošetrovatelské péče po celých 24 hodin, takže během své směny má sestra na starosti klientů daleko více. Zákonná povinnost poskytování zdravotní péče je součástí sociálních služeb, přičemž odpovědnost za neprovedený nebo špatně provedený zdravotní výkon, a to včetně trestně-právní zodpovědnosti, nese poskytovatel.

Pro kontrolu byl poté tento vztah zjišťován i z údajů dotazníkového šetření VÚPSV. Zde se však ukázalo, že závislost není zdaleka tak těsná jako ve vzorku 15 krajských rezidenčních zařízení MSK - naopak. Ve většině případů se obě veličiny jeví jako vzájemně nezávislé (tabulka č. 16).

Tabulka č. 16 **Korelační koeficienty, vyjadřující závislost mezi PnP a náročností na zdravotní péči podle dotazníkového šetření VÚPSP**

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

3.3 Přehled zdravotnických výkonů, prováděných vlastními pracovníky zařízení v MSk podle § 36 zákona č. 108/2006 Sb.

Podle sdělení respondentů, jednotlivá zařízení sociálních služeb začala uzavírat zvláštní smlouvy se zdravotními pojišťovnami v lednu 2007 po vydání vyhlášky č.620/2006 Sb., ve které je stanovena odbornost 913 - všeobecná sestra v sociálních službách a která má obsaženy kódy pro vykazování zdravotní péče s odvoláním na § 41 prováděcí vyhlášky (k zákonu č. 96 /2004 Sb.) č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a dále s odvoláním na vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách.

Zdravotním pojišťovnám jsou vykazovány tyto výkony:

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

Podle sdělení respondentů, největší problémy jsou s těmito výkony:

6623, a to:

podávání léků per os s následnou kontrolou dutiny ústní

aplikace injekcí i. m.

měření fyziologických funkcí

aplikace inzulínu

glykémie

6613 - zdravotní rehabilitace

6629 - méně náročná ošetření, aplikace mastí, bandáže DK, ošetření krvácivých ran

6635 - EKG

6639 - ošetřování stomie

ošetřování kožních lézí

Problém je zejména s podáváním léků per os. VZP proplácí tento úkon pouze u zvláště indikovaných pacientů. Přitom klienti domovů jsou často lidé staří, s oslabenou pamětí, neschopni léky správně dávkovat. Manipulace s léky však nemůže být náplní práce sociálního pracovníka. Např. Domov Fontána Hlučín uvádí k této problematice doslova: " *Medikaci mělo naordinovanou 113 uživatelů, ale pouze u 59 uživatelů bylo indikováno podávání léků jako výkon ošetřovatelské péče.*"

Dalším problémem jsou náklady na platy zdravotnických pracovníků za práci v noci, kdy ošetrovatelské úkony nejsou prováděny nebo jsou prováděny v minimálním rozsahu. Riziko vyplývající z nepřítomnosti zdravotní sestry v těchto hodinách je však příliš veliké. Nejčastější náhlé stavy s nutností resuscitace se odehrávají právě v nočních hodinách.

Při žádosti o proplacení VZP často namítá, že některé úkony jsou součástí povinností, vyplývajících z kapitační platby praktického lékaře, u něhož jsou klienti ústavů registrováni, a že tedy by je sociální pracovníci ústavů měli dopravit k praktickému lékaři. V jiných případech doporučuje použití externích zdrojů, např. agentur Domácí péče. K tomu uvádí Domov Sirius Opava, jehož klientům je z 93 % přiznána závislost III. a IV. stupně: *" Využití externích zdrojů není v současné době možné (viz. vyhláška MZČR 331/2007 Sb., kapitola 2 14 oddíl), neboť zajišťování zdravotní péče agenturami Domácí péče je možné hradit pouze pojištěncům v domácí péči. Pojištěnec žijící v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby je považován za pojištěnce žijící v náhradní domácí péči. Proto nelze zdravotní a ošetrovatelskou péči realizovat prostřednictvím agentur Domácí péče. Zajišťování zdravotní péče pouze pracovníky v sociálních službách a doprovodem do zdravotnických zařízení je vzhledem k počtu uživatelů (potřeby úkonů) a pracovníků v sociálních službách v současné době nereálný. Riziko zanedbání péče je vysoko nad hranicí přijatelnosti."*

3.4 Srovnání nákladů na zdravotnické výkony prováděné vlastními pracovníky zařízení s úhradou zdravotních pojišťoven

Respondenti mají vesměs uzavřeny smlouvy s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Ne všichni však tento fakt výslovně deklarují. V tabulce č. 17 proto uvádíme zvláště počet respondentů, kteří výslovně uvedli uzavření smlouvy s VZP a počet respondentů, kteří pod pojmem pojišťovna/pojišťovny automaticky myslí pouze VZP. Některá zařízení poskytují péči i pojištěncům jiných zdravotních pojišťoven, avšak počet těchto pojištěnců je poměrně malý.

Je velice nesnadné přesně určit náklady na zabezpečení zdravotní péče dle § 36 zákona č.108/2006 Sb. Určitým vodítkem by bylo porovnání platů SZP (všeobecných sester pracujících bez dohledu) včetně odvodů na sociální a zdravotní pojištění a nákladů na zdravotnický materiál s platbami zdravotních pojišťoven za provedené výkony, ovšem přesné účetní oddělení nákladů na zdravotnický materiál od jiných druhů režijních nákladů by bylo velmi pracné.

Jeden z respondentů proto porovnává mzdové náklady na zdravotnické pracovníky s úhradami od zdravotních pojišťoven celkem: *"Mzdové náklady naší organizace na zdravotnické pracovníky pro rok 2007 činily 1 851 581,- Kč včetně OON. Úhrady od zdravotních pojišťoven činily celkem 528 800,- Kč. Z toho 421 776,- Kč na mzdové náklady a 107 024,- Kč na materiállové náklady, tedy pojišťovny hradily pouze **28,5 % mzdových nákladů** a to nepřihlížíme ke spotřebě zdravotnického materiálu. Za období leden až květen 2008 činily mzdové náklady organizace na zdravotnické pracovníky 842 386,- Kč a úhrady zdravotních pojišťoven celkově 251 270,- Kč, což je **30 % mzdových nákladů** na zajištění základní zdravotní a ošetrovatelské péče dané zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách."*

Na základě odhadů a sdělení dalších respondentů lze usuzovat, že úhrada VZP pokrývá 7-30 % nezbytných mzdových nákladů na zajištění ošetrovatelské péče

interními pracovníky. U jiných pojišťoven, které jsou tolerantnější při uznávání výkonů a mají i vyšší sazbu za 1 bod (1,03 Kč oproti 1,- Kč u VZP), je situace nesrovnatelně lepší, avšak jde jen o malou část klientů, neboť převážná část klientů jsou pojištěnci VZP.

Jeden z respondentů např. uvádí: " Vedle sebe žijí dva klienti, oba ve stupni č. IV: první klient je pojištěný u **VZP** a má nakódováno např. 38 bodů (to je 38 Kč,-) za měsíc, druhý klient (**u jiné pojišťovny**) se stejným stupněm příspěvku a s obdobnou ošetrovatelskou péčí má např. 380,- Kč za měsíc, protože jinými pojišťovnami nejsme tak omezováni ve vykazování péče".

Tabulka č. 17 **Počet krajských zařízení MSK, která mají smluvní vztah s následujícími zdravotními pojišťovnami**

VZP – výslovně neuvedeno	16
uvedena smlouva s VZP	11
CELKEM	27
počet rezidenčních zařízení, kde je alespoň 1 pojištěnec jiných pojišťoven:	
Česká národní pojišťovna	2
Revírní bratrská pokladna (RBP)	7
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (HZP)	6
Vojenská zdravotní pojišťovna	1
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra	2
Oborová zdravotní pojišťovna bank, pojišťoven a stavebnictví	1

Počet klientů u oborových zdravotních pojišťoven je relativně nízký. Jako ilustrace mohou sloužit údaje, které uvádí jedno ze zařízení se 187 lůžky (138 lůžek domova pro seniory, 49 lůžek domova se zvláštním režimem) za červen 2008:

Počet uživatelů dle druhu zdravotní pojišťovny (smluvní vztah):

VZP - 156 uživatelů (83 %) - cca měsíčně 158 000 bodů

RBP - 28 uživatelů (15 %) - cca měsíčně 38 000 bodů

HZP - 3 uživatelé, (2 %) - cca měsíčně 4 000 bodů

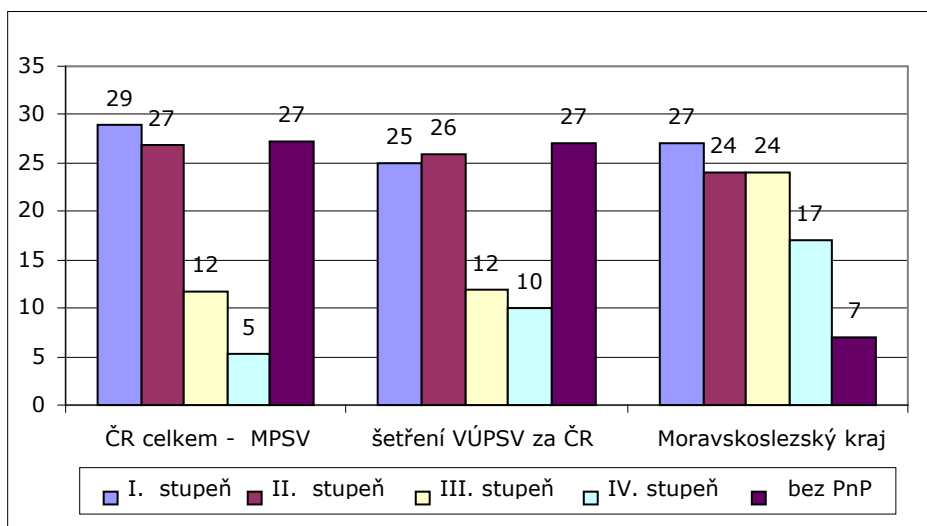
Ve sledovaném měsíci bylo na jednoho pojištěnce VZP vykázáno 1 013 bodů, Revírní bratrské pokladny 1 357 bodů a Hutnické zaměstnanecké pojišťovny 1 333 bodů.

Majoritní podíl pojištěnců VZP na počtu klientů zařízení poskytující sociální služby znamená, že v důsledku neuznání úhrady řady zdravotnických výkonů dochází k přesunu neinvestičních prostředků ve prospěch úhrady nezbytné zdravotní péče. Chybějící neinvestiční prostředky pak jsou neřídka doplněny dotací ze strany zřizovatele. Vzhledem k tomu, že postoj ostatních zdravotních pojišťoven k úhradě výkonů je vstřícnější, stálo by za úvahu navrhnout jednotlivým zařízením, aby zvážila, zda by z hlediska výše úhrady zdravotní péče nebylo vhodné doporučit jednotlivým klientům (případně jejich opatrovníkům), aby zvážili změnu zdravotní pojišťovny.

Struktura PnP u klientů pobytových zařízení sociálních služeb v ČR a podle krajů

Struktura přiznaných příspěvků na péči u klientů v domovech pro seniory a v domovech pro osoby se zdravotním postižením, a to podle tří pramenů: údaje MPSV, šetření VÚPSV a údaje za 27 krajem zřizovaných zařízení v Moravskoslezském kraji, je zobrazena na grafech č. 25 a 26. Na obou grafech je názorně vidět, že struktura příjemců příspěvků na péči podle údajů MPSV a šetření VÚPSV je v zásadě podobná (což mimo jiné svědčí i o reprezentativnosti struktury respondentů v dotazníkovém šetření VÚPSV). Odlišnou strukturu však vykazují krajská zařízení v Moravskoslezském kraji. Zaráží zejména podstatně menší podíl klientů, kteří nepobírají žádný příspěvek, a to jak v domovech pro seniory (7 % proti 27 %), tak i v domovech pro osoby se zdravotním postižením (1 % proti 8-10 %). Naproti tomu je však v Moravskoslezském kraji daleko vyšší podíl příjemců s úplnou závislostí (příspěvek IV. stupně), a to zejména v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Graf č. 25 **Histogram rozdělení četností podle druhu PnP u klientů domovů pro seniory (v %)**

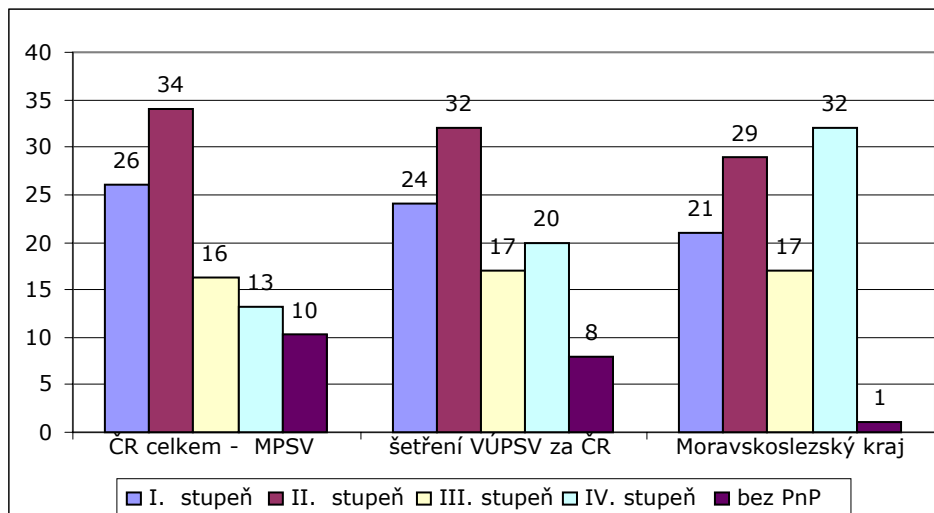


Prameny: 1) Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči MPSV únor 2009, 2) šetření VÚPSV, 3) šetření KÚ Moravskoslezského kraje

V Moravskoslezském kraji jde vesměs o domovy, jejichž zřizovatelem je kraj, kdežto u ostatních pramenů jsou zahrnuta i zařízení, kde zřizovatelem jsou obce, neziskové organizace i soukromé osoby. V grafu č. 27 jsme proto porovnali strukturu příspěvků na péči podle krajů u všech pobytových zařízení (bez ohledu na zřizovatele).

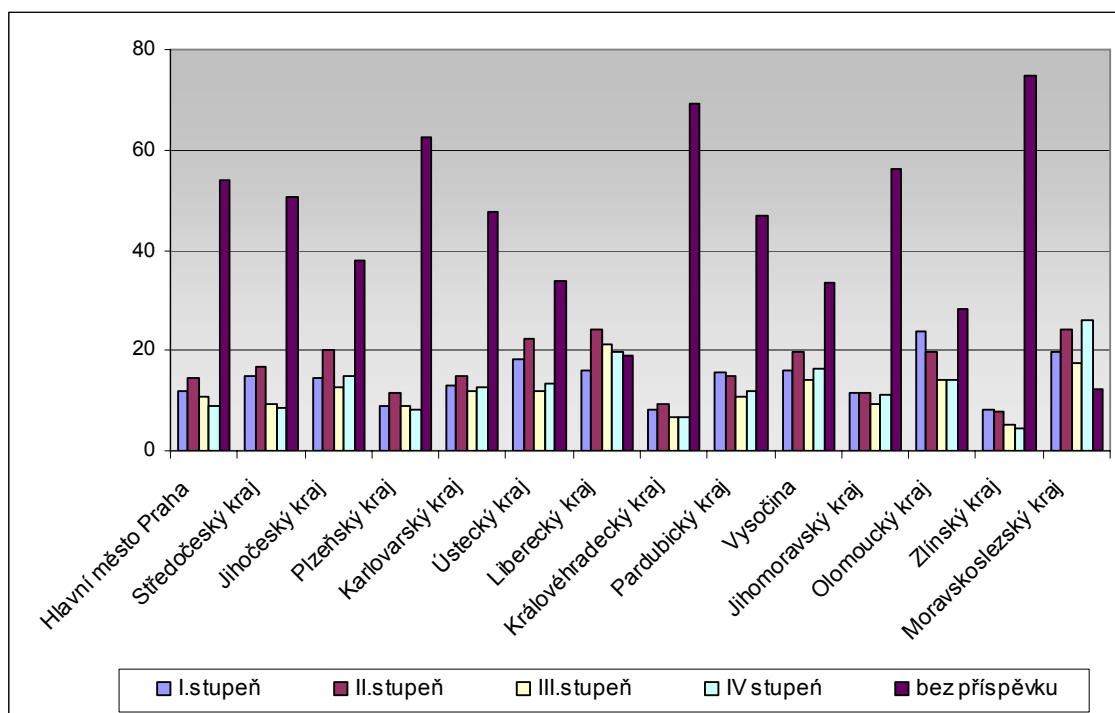
I z pouhého odhadu podílu klientů pobytových zařízení bez příspěvku na péči lze vyvodit některé zajímavé souvislosti. V Moravskoslezském kraji je podíl klientů bez PnP nejmenší a stejně jako v kraji Libereckém nedosahuje ani 20 %. Naproti tomu v těchto krajích je nejvyšší podíl klientů se IV. stupněm PnP (s úplnou závislostí), a to v Moravskoslezském kraji 26 % a v kraji Libereckém 20 %. Regionální vlivy zde nemohou hrát roli, neboť právě opačný poměr je v sousedních krajích, Zlínském a Královéhradeckém (Zlínský 75 % bez PnP a 4 % PnP IV. stupně, Královéhradecký 69 % bez PnP a 8 % PnP IV. stupně).

Graf č. 26 **Histogram rozdělení četností podle druhu příspěvku na péči u klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením (v %)**



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

Graf č. 27 **Struktura klientů pobytových zařízení sociálních služeb podle krajů 2008**



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

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

Tabulka č. 18 **Počet krajů v intervalech podle podílu klientů pobytových zařízení bez PnP**

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

Tabulka č. 19 **Počet krajů v intervalech podle podílu klientů pobytových zařízení se IV. stupněm PnP**

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

Rozdílností ve struktuře příspěvků na péči podle jednotlivých krajů se projevuje nejednotnost v metodice uznávání stupně závislosti a přiznávání PnP. Závislost na péči není ukazatel čistě zdravotní, nýbrž sociální a jako takový by měl být přiznáván a interpretován. Proto stanovení jeho stupně by nemělo být výhradně v rukou posudkového lékaře podle klasifikace MKN-10, nýbrž mělo by být přihlíženo i k možnostem aktivity a participace podle klasifikace MKF⁷.

⁷ tj. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, která oproti čistě zdravotním hlediskům klasifikace MKN-10 představuje komplexnější způsob hodnocení. Tím, že účinně propojuje medicínské hledisko s hledisky sociálního charakteru, účinně napomáhá objektivně hodnotit situaci osob se zdravotním znevýhodněním a předcházet tak jejich sociálnímu vyloučení.

Závěry a doporučení

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ukládá v § 36 poskytovatelům sociálních služeb zajišťovat jejich klientům řádnou zdravotní péči. V úvahu přichází zejména péče ošetrovatelská a rehabilitační. Citovaný zákon ani žádný z prováděcích předpisů však neurčuje, jakým způsobem bude tato péče hrazena. Proto bylo ve VÚPSV, v.v.i. pristoupeno k rozsáhlému výzkumu konkrétních dopadů této povinnosti na finanční situaci v rezidenčních zařízeních sociálních služeb.

Výzkum byl prováděn dotazníkovým šetřením s návratností 34 %, šetření bylo doplněno poznatky získanými Krajským úřadem Moravskoslezského kraje. Většina respondentů vyplňovala dotazníky s velkou péčí a zájmem o věc, nicméně se ukázalo, že nebylo možné pokrýt celou šíři problematiky, a proto by bylo třeba v jejím sledování pokračovat. Z obou pramenů shodně vyplývá, že poskytovatelům sociální péče hradí zdravotní pojišťovny na základě uzavřených smluv pouze část poskytované zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny tak využívají nedostatečného definičního rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí. Vzhledem k tomu, že poskytovatelé jsou povinni svým klientům zdravotní péči zajistit, financují ji z běžných provozních (neinvestičních) nákladů, tj. vlastně na úkor klientů relativně zdravých. Podle jednotlivých respondentů proplácují ústavy ze svých běžných nákladů 50-70 % provedených zdravotních výkonů.

Nejčastějšími příčinami sporu je **podávání léků per os** (tj. do úst uživatele). Tento způsob podávání léků je indikován např. u některých klientů s psychickou poruchou a u klientů s poruchou polykacího reflexu. VZP v mnoha případech indikace neuznává. U ležících pacientů je dále problémem proplácení **polohování**, což je důležitý výkon pro předcházení dekubitům. V těchto a dalších případech **dochází k rozporu mezi zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních a vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, na jedné straně s metodikou zdravotních pojišťoven, zejména VZP, na straně druhé**. Podle cit. zákona (§ 5 - kvalifikační předpoklady) a vyhlášky musí výkony provádět osoba k tomu způsobilá (odbornost: všeobecná sestra v sociálních službách, dále SZP), ale podle metodiky ZP je v pobytových zařízeních sociální péče SZP vykonávat nemusí. Proto tyto výkony VZP nehradí, ačkoli zákon je vždy právním předpisem vyšší právní síly než metodika zdravotní pojišťovny.

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

Zařízení si nemohou dovolit ošetrovatelskou péči neposkytnout a poskytují ji tedy z běžných neinvestičních výdajů. Ačkoli pojišťovna inkasuje ze státního rozpočtu pojistné na klienty rezidenčních zařízení sociálních služeb, nutí tato zařízení hradit ošetrovatelskou péči z vlastních prostředků (dotací). Z rozložení výše úhrad podle jednotlivých krajů je zřejmé, že Moravskoslezskému kraji jsou hrazeny částky pouze do výše 15 000 Kč na jednoho klienta (17 %), stejně tak jako kraji Vysočina (8 %), Jihomoravskému (6 %), Plzeňskému (2 %) a Libereckému (2 %). Největší podíl uhrazených částek nad 45 000 Kč na jednoho klienta náleží Karlovarskému kraji (8 % z validních odpovědí, 56 % z daného intervalu). Jihočeský kraj má nejvyšší podíl uhrazených částek na jedno lůžko jak v intervalu 15 000 až 30 000 Kč (6 %), tak i v intervalu 30 000 až 45 000 Kč (2 %).

Dalším problémem je proplácení **rehabilitační péče**. Rehabilitační péči pojišťovny v zásadě neproplácejí. Úhrada z vlastních prostředků klientů je vskutku nepatrná (viz odpovědi na otázku 10). Rehabilitační péče je podceňována jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak i ze strany klientů. Přínos rehabilitační péče je zdůrazňován ze strany odborníků, a to nejenom odborníky z rehabilitačního lékařství, ale i neurology, geriatry atd. Přitom význam rehabilitační péče je nesporný. Léčebná rehabilitace představuje klíčový faktor v systému péče o seniory a osoby se zdravotním postižením. Diagnostická a léčebná rehabilitační péče zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů u těchto osob. Důsledně uplatňovaná léčebná rehabilitace může zabránit vzniku takového stupně zdravotního postižení, kdy se klient stává méně soběstačným nebo zcela nesoběstačným. Jde zejména o rehabilitaci poúrazových stavů, rehabilitaci stavů po proběhlé cévní mozkové příhodě a obecné udržování fyzické kondice, a tím nepřímo i udržení dobrého duševního stavu, čímž se předchází možné sociální exkluzi. Nezanedbatelným přínosem léčebné rehabilitace je její účinek preventivní. Např. nejen polohováním, ale i cvičením s pacientem na lůžku se např. předchází dekubitům, jejichž léčba je vleklá a drahá.

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

Vzhledem k tomu, že VZP proplácí zdravotnické výkony podle sazebníku, problémem jsou **náklady na platy zdravotnických pracovníků za práci v noci**, kdy zdravotní úkony i ošetrovatelská péče nejsou prováděny nebo jsou prováděny v minimálním objemu. Riziko vyplývající z nepřítomnosti zdravotní sestry je však příliš veliké, neboť nejčastější náhlé stavy s nutností resuscitace se odehrávají právě v nočních hodinách.

Pojišťovny ve snaze využít kapacitu praktických lékařů, kteří pobírají za klienty ústavů sociální péče kapitační platby, naléhají na pracovníky ústavů, aby místo ošetření „doma“ doprovázeli své klienty na ošetření ke smluvním lékařům, případně využívali agentury domácí péče. To ale není z mnoha důvodů možné.

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

Jednotná metodika úhrad by přinesla zřehlednění současného stavu, zavedla by spravedlivější financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a do značné míry by omezila financování zdravotnických výkonů z obecných neinvestičních výdajů. Jedním z významných zdrojů financování rezidenčních ústavů sociální péče se ve stále větší míře stává příspěvek na péči. Na základě srovnání údajů o počtech příjemců příspěvku na péči v dotazníkovém šetření za ČR jako celek a v Moravskoslezském kraji se jeví Moravskoslezský kraj daleko „štedřejší“ v uznávání závislosti a přiznávání příspěvků: ve srovnání s ČR jako celkem je podíl závislosti vyšších stupňů (III.a IV.) zastoupen ve větší míře.

Použité zkratky

DOZ - domov pro osoby se zdravotním postižením

DpS - domov pro seniory

DZR - domov se zvláštním režimem

MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

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

MSK - Moravskoslezský kraj

PnP - příspěvek na péči

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

VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna

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

ZZ - zdravotnické zařízení

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Šetření VÚPSV: Počet a podíl validních odpovědí z celkového počtu vrácených dotazníků
- Tabulka č. 2 Šetření VÚPSP: Počet respondentů a návratnost analyzovaných dotazníků podle jednotlivých krajů
- Tabulka č. 3 Počet krajem zřizovaných rezidenčních zařízení sociální péče a jejich kapacita v Moravskoslezském kraji (1. pololetí 2008)
- Tabulka č. 4 Charakteristika zařízení sociálních služeb (respondentů výzkumu)
- Tabulka č. 5 Zjednodušená charakteristika (4 typy zařízení)
- Tabulka č. 6 Velikost zařízení podle 4 typů zařízení
- Tabulka č. 7 Podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě
- Tabulka č. 8 Přínos příspěvků na péči podle typů zařízení – šetření VÚPSV – ČR
- Tabulka č. 9 Přínos příspěvků na péči u domovů pro seniory v ČR (2007)
- Tabulka č. 10 Struktura diagnóz klientů domovů pro seniory a pacientů LDN
- Tabulka č. 11 Relativní počet zdravotnických pracovníků v LDN a v pobytových zařízeních sociálních služeb
- Tabulka č. 12 Typy poskytovaných ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů
- Tabulka č. 13 Přehled odpovědí na otázku 6
- Tabulka č. 14 Struktura klientů rezidenčních zařízení Moravskoslezského kraje podle řízeného příspěvku na péči
- Tabulka č. 15 Analýza úhrad od zdravotních pojišťoven ve vztahu k danému st. závislosti v jednom ze sledovaných zařízení MSK (leden až květen 2008)
- Tabulka č. 16 Korelační koeficienty, vyjadřující závislost mezi PnP a náročností na zdravotní péči podle dotazníkového šetření VÚPSP
- Tabulka č. 17 Počet krajských zařízení MSK, která mají smluvní vztah s následujícími zdravotními pojišťovnami
- Tabulka č. 18 Počet krajů v intervalech podle podílu klientů pobytových zařízení bez PnP
- Tabulka č. 19 Počet krajů v intervalech podle podílu klientů pobytových zařízení se IV. stupněm PnP

Seznam grafů

- Graf č. 1 Podíl jednotlivých krajů na celkovém počtu vrácených dotazníků
- Graf č. 2 Návratnost podle počtu zařízení v kraji (v %)
- Graf č. 3 Kapacita (počet lůžek) k 31. 12. 2007 – intervalové rozdělení celkem
- Graf č. 4 Kapacita (počet lůžek) intervalové rozdělení podle jednotl. typů zařízení
- Graf č. 5 Kapacita ošetrovatelských lůžek celkem
- Graf č. 6 Podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě podle 4 typů zařízení
- Graf č. 7 Podíl ošetrovatelské kapacity na celkové kapacitě – celostátní údaje
- Graf č. 8 Histogram rozdělení četností podle druhu příspěvku na péči u jednotlivých typů zařízení (dotazníkové šetření VÚPSV za ČR celkem)
- Graf č. 9 Histogram rozdělení četností podle druhu příspěvku na péči u jednotlivých typů krajských zařízení Moravskoslezského kraje
- Graf č. 10 Počet pracovníků celkem a počet pracovníků se zdravotnickou kvalifikací připadajících na jedno lůžko (podle typů zařízení)
- Graf č. 11 Počet lůžek na jednoho pracovníka
- Graf č. 12 Struktura diagnóz klientů domovů pro seniory a pacientů LDN 2005
- Graf č. 13 Percentuální podíly jednotlivých typů zařízení podle počtu minut věnovaných denně ošetrovatelské a rehabilitační péči na jedno lůžko
- Graf č. 14 Průměrný počet minut věnovaných denně ošetrovatelské a rehabilitační péči na jednoho lůžko
- Graf č. 15 Percentuální podíly jednotlivých typů zařízení podle počtu lůžek na jednoho pracovníka vykonávajícího ošetrovatelskou a rehabilitační péči
- Graf č. 16 Počet lůžek na jednoho pracovníka se zdravotnickou kvalifikací – průměr a medián
- Graf č. 17 Podíly zařízení podle uhrazených částek od zdravotních pojišťoven na ošetrovatelskou a rehabilitační péči na jedno lůžko v roce 2007 (v %)
- Graf č. 18 Struktura sledovaných zařízení podle výše uhrazených částek od zdravot. pojišťoven na ošetrovatelskou a rehabilitační péči na jedno lůžko (v%)
- Graf č. 19 Rozložení výše úhrad od zdravotních pojišťoven podle krajů
- Graf č. 20 Percentuální podíly všech zařízení podle doplácených částek na ošetrovatelskou a rehabilitační péči (v Kč) na 1 lůžko
- Graf č. 21 Percentuální podíly jednotlivých typů zařízení podle doplácených částek na ošetrovatelskou a rehabilitační péči (v Kč) na 1 lůžko
- Graf č. 22 Struktura klientů rezidenčních zařízení Moravskoslezského kraje podle přiznaného příspěvku na péči
- Graf č. 23 Vztah mezi podílem klientů s přiznanou závislostí na péči a počtem klientů na 1 středního zdravotnického pracovníka (všechny stupně závislosti)
- Graf č. 24 Vztah mezi podílem klientů s přiznanou závislostí na péči III. a IV. stupně a počtem klientů na 1 středního zdravotnického pracovníka
- Graf č. 25 Histogram rozdělení četností podle druhu PnP u klientů domovů pro seniory (v
- Graf č. 26 Histogram rozdělení četností podle druhu PnP u klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením (v %)
- Graf č. 27 Struktura PnP u klientů pobytových zařízení sociálních služeb podle krajů 2008

Literatura

Bruthansová, D. - Červenková, A. - Pechanová, M. *Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu.* Praha: VÚPSV, 2006. 85 s. ISBN 80-87007-35-2

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

Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory.* Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. 57 s. ISBN 978-80-7416-018-9

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

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

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

Příloha**Dotazník pro zařízení sociálních služeb poskytující pobytové služby**

Název a adresa zařízení, telefon, e-mail:

Charakteristika zařízení (zaškrtněte): a) domov pro seniory
 b) domov pro osoby se zdravotním postižením
 c) domov se zvláštním režimem⁸
 d) jiné (uvedte jaké)

Odpovědný pracovník (ředitel):

Zřizovatel:

1. Kapacita zařízení k 31. 12. 2007 - pouze celoroční pobyty (ř. 21 sl. 2 výkazu V1-01 (počet osob) - z toho na ošetřovatelském oddělení, případně na ošetřovatelských lůžkách

2. Jak velký počet (resp. podíl) z Vašich klientů pobíral koncem roku 2007 příspěvek na péči podle stupně závislosti (uvedte zvlášť stupeň I. – IV.)

stupeň závislosti	počet	podíl z celkového počtu klientů v % (stačí odhad)
I. - lehká závislost		
II. - středně těžká závislost		
III. - těžká závislost		
IV. - úplná závislost		

3. Průměrný evidenční počet pracovníků (přepočtený) v roce 2007 / z toho počet pracovníků se zdravotnickou kvalifikací

4. Poskytují Vaši zaměstnanci Vašim klientům ošetřovatelské a rehabilitační služby na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami?

5. Uvedte nejčastěji poskytované ošetřovatelské a rehabilitační výkony ve vašem zařízení (cca 5–10 příkladů)

6. Jakou kapacitu Vašeho zařízení tyto úkony vyžadují? Uvedte počet hodin denně nebo týdně nebo počet pracovníků, vyčleněných na tuto práci.

7. Kolik činila v roce 2007 úhrada od zdravotních pojišťoven za tuto péči?

8. Odhadněte, kolik jste v roce 2007 na tuto péči dopláceli z běžných neinvestičních výdajů (v Kč)?

9. Které výkony vám zdravotní pojišťovny na základě rozhodnutí jejich revizních lékařů odmítly zcela nebo částečně hradit? (vyjmenujte nejčastější případy a zdůvodnění revizního lékaře)

10. Podílejí se na úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče též Vaši klienti (mimo rámec běžné úhrady za pobyt)? Uvedte prosím nejčastější příklady takto placené péče

11. V čem vidíte nejzávažnější problémy v poskytování a úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče ve Vašem zařízení?

12. Odstranilo, resp. zmírnilo by vaše problémy s financováním ošetřovatelské a rehabilitační péče přijetí a zavedení metodiky pro poskytování a úhradu této péče zdravotními pojišťovnami?

⁸ V domovech nezvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách.