

**Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační  
zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních  
služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb  
a v lůžkových zdravotnických zařízeních**

závěrečná zpráva o řešení projektu

Analýza systému poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v PZSS a LZS v kontextu zákona o sociálních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění

Ladislav Průša a kolektiv

VÚPSV, v.v.i. Praha

2009

Publikace byla schválena ediční vědeckou 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)  
Ing. Jan Molek, CSc. (JU, České Budějovice)

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.  
Praha 2, Palackého náměstí 4  
jako svou 406. publikaci  
Vyšlo v roce 2009, 1. vydání, náklad 220 výtisků, počet stran 87  
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D. (katedra soc. práce a soc. politiky,  
Jihočeská univerzita)  
Ing. Iva Merhautová (Městská poliklinika Praha)

ISBN 978-80-7416-030-1

<http://www.vupsv.cz>

## **Abstrakt**

Poskytování a financování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních představuje jeden z nejaktuálnějších problémů, který brání dalšímu rozvoji sociálních služeb. Cílem projektu je zmapovat rozsah takto poskytované péče a navrhnout systémová řešení, která přispějí k vyřešení tohoto problému.

**Klíčová slova:** sociální služby, zdravotní péče

## **Abstract**

Delivering and financing of nursing and physiotherapy health care for users of residential social services in seniors houses, residential social care facilities for adults and youth and in hospitals is one of the most topical problems, that limited possibilities of further social services development. The aim of this project is to analyze the extent of such care and to propose solutions, that should help to solve this problem.

**Key words:** social services, health care



## Obsah

<b>Úvod</b> .....	7
<b>1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení</b> .....	10
1.1 Krátký historický exkurz .....	10
1.2 Poznátky získané z doposud realizovaných výzkumů a šetření v předmětné oblasti .....	13
1.3 Zákon o sociálních službách a zdravotní péče.....	22
1.4 Popis problémů provázejících souběh poskytování zdravotní a sociální péče (SWOT analýza) .....	23
1.5 Specifikace rozsahu a náplně ošetrovatelské a rehabilitační péče hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění .....	26
<b>2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření</b> .....	29
2.1 Charakteristika výzkumného vzorku .....	29
2.2 Okruh sledovaných úkonů a výkonů .....	29
2.3 Zmapování rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v rámci předvýzkumu .....	30
2.4 Zmapování rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb .....	35
2.5 Zmapování rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné .....	50
<b>3. Navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče a jejich testování</b> .....	54
3.1 Navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče.....	54
3.2 Testování variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče.....	56
3.3 Další stanoviska, návrhy a doporučení vedoucí k odstranění problémů při poskytování a financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.....	57
<b>Závěr</b> .....	59
<b>Literatura</b> .....	61
<b>Tabulková a grafická příloha</b> .....	63



## Úvod

Jedním z nejaktuálnějších problémů při poskytování sociálních služeb je otázka financování zdravotní péče, která je poskytována uživatelům v pobytových zařízeních. Přestože k přechodu na systém veřejného (dříve všeobecného) zdravotního pojištění došlo již v r. 1993, otázka financování poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče byla dlouhodobě neřešeným problémem, poskytovaná zdravotní péče byla uživatelům pobytových zařízení sociálních služeb financována na úkor poskytovaných sociálních služeb převážně z rozpočtu jednotlivých pobytových zařízení.

K jednoznačnému legislativnímu ukotvení ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované uživatelům sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb došlo teprve přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V zájmu objektivizace nákladů takto definované péče vyhlásilo ministerstvo práce a sociálních věcí projekt vědy a výzkumu "Analýza systému poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních v kontextu zákona o sociálních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění". Předložená monografie sumarizuje poznatky získané v průběhu řešení tohoto projektu.

Monografie je strukturována do tří hlavních bloků.

V rámci první kapitoly je soustředěna pozornost na sumarizaci poznatků získaných v průběhu uplynulých let. V tomto směru je pozornost soustředěna na vyhodnocení poznatků řady knih, studií, statí a pracovních materiálů, které se věnují problematice sociálních služeb. Na tomto základě byla následně zpracována SWOT analýza, v jejímž rámci jsou identifikovány hlavní problémy provázející poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Tyto poznatky byly využity při přípravě terénního šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Druhá kapitola monografie je věnována vyhodnocení poznatků získaných v rámci provedeného terénního šetření. Cílem tohoto šetření bylo zjistit, jaký je skutečný objem ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, porovnat tento rozsah s výší úhrad, které daným zařízením poskytují zdravotní pojišťovny, a kvantifikovat dopady zjištěného objemu péče ošetrovatelské a rehabilitační na systém veřejného zdravotního pojištění. Vzhledem k tomu že lůžková zdravotnická zařízení (vč. LDN) neměla zájem zapojit se do realizovaného průzkumu, neboť nechtěla odkrýt své "volné" kapacity, vzhledem k tomu, že přiznání sociálních hospitalizací vede ke snížení nasmlouvané lůžkové kapacity ze strany zdravotních pojišťoven, byl v průběhu řešení projektu po dohodě s jeho odborným garantem rozšířen okruh pobytových zařízení sociálních služeb, v nichž bylo realizováno šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče z pěti na devět a naopak počet zdravotnických zařízení, v nichž bylo realizováno šetření o rozsahu poskytovaných služeb sociální péče, z pěti na jedno.

Ve třetí části jsou na základě zjištěných poznatků navrženy variantní způsoby vykazování a úhrady sociální a zdravotní péče, které jsou na několika modelových případech otestovány. Na tomto základě jsou následně koncipovány návrhy a doporučení, které by měly být v následujícím období realizovány tak, aby byly odstraněny problémy, které v současné době provázejí poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Při jejich koncipování byly využity i ty

poznatky, které byly v této oblasti získány v rámci předchozích výzkumných šetření i podkladových materiálů a studií. V tomto smyslu je proto tuto pasáž možno považovat jako ucelený soubor poznatků, návrhů a doporučení, jejichž realizace by přispěla k takovému systému poskytování a financování ošetrovatelské a rehabilitační péče, který by v plném rozsahu naplňoval dikci zákona o veřejném zdravotním pojištění. Příležitostí vyřešit existující problémy je skutečnost, že v současné době je v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR předložen k projednání vládní návrh novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, do něhož by příslušné úpravy mohly být doplněny např. formou poslaneckých návrhů. Dopady, které by tato řešení měla na systém veřejného zdravotního pojištění, by mohla být pokryta z rezervních fondů zdravotních pojišťoven.

Cílem projektu, na jehož základě je uvedená monografie zpracována, bylo poskytnout objektivní poznatkovou základnu pro oboustranně efektivní změny systému souběhu poskytování zdravotní a sociální péče. Stávající nastavení základních mechanismů organizace, poskytování a financování zdravotní a sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb nevytváří potřebné "zrcadlo", kdy zejména:

- ošetrovatelská a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb není poskytována na základě srovnatelných podmínek, jaké s lůžkovými zdravotnickými zařízeními uzavírají zdravotní pojišťovny,
- sociální péče ve zdravotnických zařízeních je poskytována v minimálním rozsahu, klient po dobu pobytu v lůžkovém zdravotnickém zařízení není příjemcem příspěvku na péči.

Při řešení výzkumného projektu byla pozornost zaměřena na tyto stěžejní problémové okruhy:

1. vyhodnocení již provedených analýz a výzkumu v předmětné oblasti,
2. popis problémů provázejících souběh poskytování zdravotní a sociální péče (SWOT analýza) a jejich vyhodnocení s návrhem opatření,
3. specifikace rozsahu a náplně ošetrovatelské a rehabilitační péče hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění,
4. objektivizace nezbytných nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče, hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění,
5. navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče a jejich testování na modelovém způsobu financování sociální a zdravotní péče ve vybraných zdravotnických a sociálních zařízeních.

V návaznosti na stanovený cíl projektu byly při jeho řešení uplatněny především tyto strategie a metody řešení:

- sekundární analýza literatury zaměřené na otázky poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních,
- analýza jednotlivých aspektů ovlivňujících vzájemné vztahy mezi poskytováním ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče poskytované uživatelům v lůžkových zdravotnických zařízeních jednotlivými sociálními systémy,



- 
- formulace doporučení pro decizní orgány, zejména ministerstvo práce a sociálních věcí a pro ministerstvo zdravotnictví, pro jejich rozhodování o formě úprav podmínek pro poskytování a financování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče poskytované uživatelům v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Při realizaci těchto strategických a metodologických přístupů byly využity tyto výzkumné techniky:

- obsahová analýza odborné literatury, právních norem a programových dokumentů,
- analýza statistických pramenů,
- terénní šetření zaměřené na objektivizaci objemu ošetrovatelské a rehabilitační péče uživatelům v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních,
- matematické modelování jednotlivých alternativních návrhů a doporučení.

Projekt byl realizován v období od září 2008, průběžná zpráva o realizaci projektu byla odsouhlasena odborným garantem projektu v lednu 2009.

Projekt byl představen na semináři Asociace poskytovatelů sociálních služeb v Jihlavě dne 18.2.2009, tento seminář byl zaměřen na řešení aktuálních problémů v této oblasti.

Na řešení grantového projektu participovali:

- doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.
- JUDr. Eduard Kaplan
- MUDr. Libor Svět, MBA
- Ing. Věra Jeřábková
- JUDr. Daniela Bruthansová
- Ing. Anna Červenková
- Mgr. Zdeňka Galetová
- Mgr. Lenka Krinesová
- Monika Kolářová

Sběr dat ve vybraných pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních realizovalo, připravilo a provedlo občanské sdružení OPORA v zastoupení MUDr. Liborem Světem, MBA ve spolupráci s JUDr. Eduardem Kaplanem, kteří se rovněž podíleli na vyhodnocení provedeného šetření.

# 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

## 1.1 Krátký historický exkurz

Až do konce r. 1991 byla zdravotní péče v ústavech sociální péče poskytována ve smyslu ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, podle něhož stát poskytoval zdravotní služby prostřednictvím svých zařízení, přičemž nebyla rozlišena zdravotnická zařízení a ústavy sociální péče. Ustanovení § 11 odst. 2 téhož zákona upravovalo zdravotnická zařízení jako místo, kde se zdravotní péče poskytuje, přičemž nešlo o oprávnění tohoto subjektu k poskytování zdravotní péče, neboť zákon vycházel z toho, že se zdravotní péče poskytuje i jinde než ve zdravotnických zařízeních.

Do 31.12.1991 byly tedy ústavy sociální péče na základě citovaných ustanovení přímo ze zákona jako státní zařízení oprávněny poskytovat zdravotní péči. Na základě novely zákona č. 20/1966 Sb. provedené zákonem č. 548/1991 Sb., která nabyla účinnosti od 1.1.1992, však mohou poskytovat zdravotní péči pouze zdravotnická zařízení státu, obcí a právnických a fyzických osob. Na rozdíl od dřívější právní úpravy mohou tedy poskytovat zdravotní péči pouze zdravotnická zařízení, tedy subjekty, které mají statut zdravotnických zařízení, resp. které mají oprávnění k poskytování zdravotní péče udělené státním orgánem. Po této novele mohou ostatní právnické osoby (kromě státních zdravotnických zařízení, mezi které nepatří krajské ani obecní domovy důchodců ani ústavy sociální péče) získat oprávnění k poskytování zdravotní péče pouze na základě rozhodnutí o registraci ve smyslu § 10 zákona č. 160/1992 Sb.

V r. 1992 byl zaveden systém všeobecného (dnes veřejného) zdravotního pojištění, z jehož fondů jsou prováděny úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením na základě smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výjimku v tomto smyslu tvoří pouze kojenecké ústavy, dětské domovy, jesle, zdravotnická záchranná služba a některé úkony pohotovostní služby, kde jsou náklady zdravotní péče hrazeny z rozpočtu daného zařízení.

Dříve stát ústavům, které byly rozpočtovými organizacemi, jednou platbou prostřednictvím okresních úřadů hradil jak náklady na zdravotní péči, tak i náklady na vlastní sociální služby poskytované ústavem. Od zavedení systému zdravotního pojištění jsou však ze strany státu tyto složky péče v ústavech sociální péče financovány odděleně - náklady zdravotní péče jsou povinny hradit zdravotní pojišťovny, zatímco sociální péče je hrazena ústavům sociální péče formou příspěvku na lůžko.

Zdravotní pojišťovny byly podle zákona č. 48/1997 Sb. povinny zajistit pojištěnci zdravotní péči ve veškerém potřebném rozsahu ve věcných dávkách. VZP však v rozporu s výše uvedenými právními předpisy odmítala dostát svým závazkům vůči svým pojištěncům, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svobod a z uvedeného zákona a byla toho názoru, že náklady ústavů sociální péče na jimi poskytnutou zdravotní péči nemají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, neboť tato zařízení mají povinnost poskytovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci a hradit ji ze svého rozpočtu. VZP tvrdila, že ústavy sociální péče nejsou zdravotnickými zařízeními ve smyslu § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a že s nimi tedy ani nemůže uzavírat smlouvy na úhradu poskytované zdravotní péče.

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

Tuto argumentaci VZP vyvrátil soud v řízení mezi VZP a domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10 v r. 1997. Soud potvrdil, že:

- zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d/ zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv. zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění,
- ústavy sociální péče mohou být registrovány jako nestátní zdravotnická zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., přičemž tato registrace zároveň ústavy aktivně legitimuje k účasti na výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a na jeho základě k uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Na základě podané žádosti o registraci jako nestátní zdravotnické zařízení a předložení příslušných dokladů mohl dříve vydat okresní úřad správní rozhodnutí o registraci. Pokud by okresní úřad nevyhověl žádosti o registraci, mohl ústav sociální péče podat prostřednictvím okresního úřadu k ministerstvu zdravotnictví odvolání. Pokud by ani toto odvolání nebylo úspěšné, bylo možno požádat soud o přezkum tohoto rozhodnutí.

Po nabytí právní moci tohoto rozhodnutí získal ústav sociální péče ve smyslu § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb. právo navrhnout a účastnit se výběrového řízení na zajištění zdravotní péče o jeho obyvatele (v rozsahu registrací povolených druhů zdravotní péče) a na základě kladného výsledku tohoto řízení pak zdravotní pojišťovnu požádat o uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Pokud by k uzavření této smlouvy nedošlo buď proto, že ústav nebyl ve výběrovém řízení vybrán nebo pojišťovna odmítla uzavřít smlouvu i přesto, že ústav vybrán byl, musela pojišťovna ve smyslu odst. 1 § 46 na své náklady zabezpečit tuto péči zdravotnickým zařízením, s kterým smlouvu uzavřenou má. Neexistence smlouvy mezi ústavem a pojišťovnou však po dobu, dokud by nebyla obyvatelům poskytována jiným (smluvním) zdravotnickým zařízením, nezbavovala pojišťovnu povinnosti uhradit ústavu náklady poskytnuté zdravotní péče. Ustavení odst. 2 § 40 zákona č. 48/1997 Sb. totiž stanoví, že "pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, popř. jiným subjektem poskytujícím zdravotní péči, smlouva sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou zdravotní péči uhradit za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu podle odst. 1 § 17".

Na základě tohoto judikátu se v polovině r. 1998 obrátil odbor sociálních služeb MPSV na vedoucí referátů sociálních věcí okresních (obvodních) úřadů a magistrátů měst s doporučením, aby ústavy sociální péče, které tak dosud neučinily, požádaly ve smyslu § 10 zákona č. 160/1992 Sb. příslušný okresní úřad o registraci nestátního zdravotnického zařízení, a to v rozsahu těch zdravotnických činností, které provádějí vlastními zaměstnanci. Přitom bylo rovněž upozorněno na skutečnost, že rozhodnutí o registraci by ústavy sociální péče měly získat nejenom z důvodů výše uvedených možností uzavření smlouvy podle odst. 1 § 17 zákona č. 48/1997 Sb., resp. uplatnění nároku vzniklého podle odst. 2 § 40 téhož zákona, ale též proto, že z hlediska platného právního řádu takto vlastní poskytování zdravotní péče zlegalizují a nebudou tedy, jako do té doby, poskytovat tuto péči tzv. extra legem.

Některé ústavy sociální péče tuto situaci řešily, nechaly se zaregistrovat jako nestátní zdravotnické zařízení a splňovaly tak podmínky pro poskytování zdravotní péče a pro uzavírání smluv podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. Zatímco v řadách sociálních pracovníků byl tento postup s povděkem kvitován, uvnitř zdravotnické veřejnosti byl velmi ostře kritizován a hodnocen jako forma tunelování systému

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

zdravotního pojištění, a to přesto, že ze soudně znaleckého posudku zpracovaného odborníky Geriatrické kliniky VFN a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze jednoznačně vyplývá, že vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku obyvatel domovů důchodců je třeba hodnotit zdravotnickou péči poskytovanou obyvatelům těchto zařízení jako nutnou a neodkladnou, přičemž jejím odložením by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu.

Přestože dříve platná právní úprava nebránila ústavům sociální péče poskytovat zdravotní péči a zdravotním pojišťovnám tuto péči hradit, zdravotním pojišťovnám neukládala povinnost uzavírat smlouvy s jinými než zdravotnickými zařízeními. V rámci vládního návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb., kterou vláda na podzim r. 2001 předložila na jednání Poslanecké sněmovny Parlamentu (avšak v návaznosti na politická jednání ji následně z jednání tohoto zastupitelského sboru stáhla), se podařilo tento problém vyřešit tím, že podle dikce § 2 odst. 1 bylo navrženo za zdravotnická zařízení pro účely zdravotního pojištění považovat též zdravotnická pracoviště státních i nestátních ústavů sociální péče, která zajišťují zdravotnickými pracovníky zvláštní ambulantní péče o osoby umístěné v těchto ústavech, pokud tato pracoviště splňují požadavky na věcné, technické a personální vybavení.

V souvislosti s přípravou návrhu věcného záměru zákona o sociálních službách v r. 2000 proto bylo nezbytné věnovat pozornost otázce legislativního zakotvení poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče. V zájmu aktualizace kvantifikace finančních dopadů tohoto postupu byl do výzkumného plánu Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí na rok 2001 a 2002 zařazen projekt "Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče". Cílem tohoto projektu bylo ve spolupráci s VZP provést aktuální analýzu rozsahu a objemu zdravotní péče poskytované v zařízeních sociální péče tak, aby došlo k jednoznačnému vymezení působnosti zdravotní péče v systému sociálních služeb a na tomto základě následně upravit dikci platných či připravovaných právních norem tak, aby byl komplexně a systémově správně upraven postup v oblasti financování a úhrady zdravotní péče poskytované v zařízeních sociální péče.

Na základě metodiky zpracované ve spolupráci se VZP probíhalo v uvedeném období v 5 vybraných domovech důchodců a ústavech sociální péče šetření, z jehož výsledků vyplynulo, že<sup>1</sup>:

- v ÚSP byla odborná ošetrovatelská péče hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění indikována průměrně jen u každého 2. - 4. pojištěnce,
- souhrn této péče činil v průměru 3 - 8,5 hod./1 den na celý ústav.

Na základě promítnutí těchto údajů do celé struktury domovů důchodců a ústavů sociální péče bylo odhadováno, že celkové náklady na poskytování ošetrovatelské péče v těchto zařízeních činí cca 100 mil. Kč.<sup>2</sup> V rámci diskusí s odborníky z řad poskytovatelů sociálních služeb i zdravotní péče se přitom objevila řada názorů o účelovém podhodnocení rozsahu poskytované ošetrovatelské péče v ústavech sociálních služeb ze strany VZP tak, aby VZP prokázala, že rozsah ošetrovatelské péče v ústavech sociální péče je nepatrný v porovnání s dlouhodobým finančním propadem v oblasti sociálních hospitalizací, jejichž nevyužívání je mj. i výsledkem dlouhodobě nedostatečné revizní činnosti ze strany VZP.

---

<sup>1</sup> viz *Odborná ošetrovatelská péče a léčebná rehabilitace hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění - současný stav v LDN, na ošetrovatelských lůžkách, v domácí péči a v ÚSP*. Praha: VZP, 2003

<sup>2</sup> viz PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI 2007

Tyto domněnky potvrdily rovněž některé práce, které byly následně realizovány podle stejné metodiky,<sup>3</sup> podle nichž celkové náklady na poskytování ošetřovatelské péče ve sledovaných domovech důchodců a ústavech sociální péče nikdy neklesly pod 40 % celkových provozních nákladů těchto ústavů.<sup>4</sup>

## 1.2 Poznátky získané z doposud realizovaných výzkumů a šetření v předmětné oblasti

Problematicke poskytování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb byla v uplynulém období věnována pozornost pouze v rámci několika výzkumných šetření, v odborné literatuře věnované sociálním službám je této problematice věnována minimální pozornost.

### **B. Misconiová, I. Merhautová, L. Průša - Podmínky poskytování ošetřovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče, VÚPSV, Praha 2003**

Jedná se o první studii, která se snažila zmapovat uvedenou problematiku, která mj. analyzuje právní podmínky pro poskytování ošetřovatelské péče v ústavech sociální péče. Ve spolupráci s VZP bylo realizováno terénní šetření v 5 ústavech sociální péče, jehož cílem bylo kvantifikovat celkový rozsah finančních prostředků nezbytných ke krytí nákladů zdravotní péče ze systému zdravotního pojištění. Všeobecná zdravotní pojišťovna, která metodicky celé šetření řídila, konstatovala, že z jeho výsledků vyplývá, že:

- v ÚSP byla odborná ošetřovatelská péče hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění indikována průměrně jen u každého 2. - 4. pojištěnce,
- souhrn této péče činil v průměru 3 - 8,5 hod./1 den na celý ústav.

Ambicí členů řešitelského kolektivu nebylo hodnotit, zda se jedná o vysoký či nízký rozsah poskytované péče, protože skutečný objem nákladů ošetřovatelské péče poskytované v ústavech sociální péče vyplyne v okamžiku, kdy VZP i ostatní zdravotní pojišťovny přistoupí k naplňování svých zákonem stanovených povinností a budou tuto péči ze svých zdrojů financovat. Nicméně autoři považovali za potřebné sdělit, že:

1. vítají prohlášení VZP o zákonnosti financování ošetřovatelské péče v ústavech sociální péče a z toho vyplývající její participaci na řešení tohoto projektu,
2. vítají, že zvolená metodika byla VZP použita i při hodnocení nákladů ošetřovatelské péče v příbuzných typech zařízení a péče,
3. v rámci diskusí s odborníky z řad poskytovatelů sociálních služeb i zdravotní péče se objevila řada názorů o účelovém podhodnocení rozsahu poskytované ošetřovatelské a rehabilitační péče v ústavech sociální péče ze strany VZP tak, aby prokázala, že rozsah této péče v ústavech sociální péče je nepatrný v porovnání s dlouhodobým finančním propadem v oblasti sociálních hospitalizací, jejichž nevyužívání je m.j. i výsledkem její nedostatečné revizní činnosti.

---

<sup>3</sup> viz např. CÍLKOVÁ, J. *Zdravotní péče v sociálních zařízeních*. České Budějovice: ZSF JČU, 2004 nebo PĚČOVÁ, L. *Zdravotní péče poskytovaná v ústavech sociální péče*. České Budějovice: ZSF JČU, 2005

<sup>4</sup> viz kap. 1.2.

**B. Misconiová, L. Průša, H. Vostrovská - Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče, VÚPSV, Praha 2003**

Cílem tohoto projektu bylo navrhnout ucelený systém integrované domácí sociálně zdravotní péče. V posledních letech dochází v souvislosti s prodlužováním lidského věku ke hledání optimální formy zabezpečení potřeb člověka jak z humánního, tak i technického a ekonomického hlediska. Významné místo přitom patřilo konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti, je prosazován vícezdrojový princip při financování sociálních služeb. Tyto skutečnosti vedou k tomu, že v rámci reformy sociálních služeb jsou v naší zemi hledány možnosti poskytování služeb občanům v jejich vlastních domácnostech.

V rámci realizovaných terénních šetření se ukázalo, že převodem pečovatelských služeb z okresních úřadů na obce došlo především v malých obcích pro její nedostatečné finanční zabezpečení ke stagnaci až zániku řady těchto služeb, řada měst poskytuje pečovatelskou službu pouze pro vlastní občany, řada terénních sociálních služeb chybí (domovinky, respite péče, osobní asistence), některé služby naopak nejsou využívány (tlumočnická služba, péče o děti, dohled nad občanem). Problémem je rovněž skutečnost, že legislativně není definován pojem "sociální práce".

Z hlediska dostupnosti domácí zdravotní péče bylo zjištěno, že alarmující je především skutečnost, že o možnostech jejího poskytování nemá řada pracovníků referátů sociálních věcí na pověřených obecních úřadech dostatek informací, stejně tak jako skutečnost, že pouze přibližně polovina praktických lékařů spolupracuje s agenturami domácí péče. V některých případech byla tato spolupráce nedostatečná i z obav z represí od zdravotních pojišťoven.

V obecné rovině stávající systémy terénních sociálních služeb a domácí zdravotní péče fungují na uspokojivé úrovni. Z hlediska jejich vzájemného propojení lze pozitivně hodnotit vzájemnou spolupráci především v těch regionech, kde již v současné době obce (města) poskytují sociální služby.

Studie konstatovala, že propojení sociálních a zdravotních služeb by se však nemělo omezovat na pouze propojení pečovatelské služby a domácí zdravotní péče, ale bylo by účelné usilovat o kooperaci všech segmentů sociální a zdravotní péče. V tomto smyslu se jedná např. o objektivizaci úhrad za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních, o úhradu zdravotní péče poskytované v ústavech sociální péče ze systému zdravotního pojištění a o zvážení úhrady tzv. hotelových služeb při pobytu ve zdravotnických zařízeních.

**D. Bruthansová, K. Koldinská, M. Vysokajová - Právní úprava sociálních služeb vybraných evropských zemí, VÚPSV, Praha 2001**

Cílem této studie je charakterizovat právní úpravu sociálních služeb v 6 vybraných evropských zemích - v Rakousku, v Irsku, v Dánsku, ve Francii, v Nizozemsku a ve Švýcarsku. Pozornost přitom byla soustředěna na to, zda je oblast sociálních služeb upravena zvláštním právním předpisem či zda je součástí jiného právního předpisu, na charakteristiku okruhu příjemců sociálních služeb, na postup při poskytování sociálních služeb, na charakteristiku subjektů poskytujících sociální služby a na typy poskytovaných sociálních služeb.

Studie ukázala, že v žádném ze sledovaných států není problematika sociálních služeb upravena samostatným právním předpisem, ale zpravidla je upravena v rámci zákona o sociální pomoci, přičemž míra podrobnosti právní úpravy se výrazně liší. V některých státech jsou upraveny pouze kompetence jednotlivých sociálních úřadů, v

některých zemích jsou upraveny podrobně jednotlivé typy sociálních služeb vč. podmínek, za nichž jsou tyto služby poskytovány. Ve všech sledovaných zemích se projevuje poměrně široká působnost státu, který je zpravidla finančním garantem sociální pomoci, což však nevylučuje široké zapojení obcí, měst a regionálních orgánů do oblasti poskytování sociálních služeb.

Propojení sociálních a zdravotních služeb v rámci této studie nebylo explicitně sledováno, nicméně např. ve Francii jsou sociální služby součástí systému sociální a zdravotní péče, kdy stát sice garantuje finanční prostředky na tuto oblast, nicméně hlavní roli v otázce rozhodování o nejvhodnější formě pomoci hrají departamenty a obce.

### **D. Bruthansová, A. Červenková, I. Holmerová - Sociální hospitalizace, VÚPSV, Praha 2000**

Cílem této studie bylo posoudit možnosti a perspektivy sociální hospitalizace, její místo v sociálním systému, ekonomicky vyhodnotit její finanční náročnost a navrhnout možnosti spolupráce resortu práce a sociálních věcí a zdravotnictví v této oblasti. Studie konstatovala, že stávající formy sociální a zdravotní péče o ne-soběstačné osoby (většinou o seniory) nejsou dostatečně propojeny.

Vzhledem k tomu, že příjemcem sociálně zdravotní péče jsou zpravidla osoby vyššího věku, je třeba v oblasti zdravotnictví věnovat pozornost rozvoji geriatrické péče, a to jak akutní, tak i rehabilitační, doléčovací a dlouhodobé péči ošetrovatelského typu. V oblasti sociálních služeb bylo doporučeno změnit systém poskytování zdravotní péče v domovech důchodců, která je považována za zvláštní formu ambulantní péče a ošetrovatelská péče není v těchto zařízeních v podstatě legalizována.

Studie doporučuje, aby v případě dočasných pobytů v pobytových zařízeních, kdy je prognóza výrazného zlepšení zdravotního stavu, byl institut sociální hospitalizace i nadále využíván s tím, že vedle úhrady za tzv. hotelovou část pobytu by k této úhradě nedílně patřila úhrada paušálu za ošetrovatelskou péči. V této souvislosti studie upozorňuje na to, že sociální hospitalizace není pro zdravotnická zařízení finančně výhodná, neboť platby nekryjí její náklady a občané jsou zvyklí považovat péči ve zdravotnických zařízeních za něco, co je poskytováno bezplatně. V případě dlouhodobých pobytů studie doporučuje, aby byl uplatněn režim obvyklý pro pobytová zařízení sociálních služeb s tím, že k tomuto financování by v případě ošetrovatelského pobytu nedílně náležela úhrada paušálu ze zdravotního pojištění dle ošetrovatelské náročnosti.

### **Ch. Bjalkovski, O. Frühbauer - Sociální služby v zemích Evropské unie, VÚPSV, Praha 2000**

Cílem této studie bylo provést mezinárodní komparaci systému poskytování sociálních služeb v členských zemích EU. Studie charakterizuje základní modely poskytování sociálních služeb a nastiňuje základní trendy, které se projevily v těchto zemích v 90. letech. Problematice propojení sociálních a zdravotních služeb je v této studii věnována pouze okrajová pozornost.

### **D. Bruthansová, A. Červenková - Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, VÚPSV, Praha 2004**

Cílem předložené studie bylo v souvislosti s reformou veřejné zprávy zmapovat aktuální problémy poskytování zdravotně sociálních služeb pobytového charakteru. Na

základě rozboru platného právního stavu studie mapuje názory obcí na tuto problematiku a ekonomicky kvantifikuje náklady na péči ve zdravotnických zařízeních a v domovech pro seniory.

Na základě získaných poznatků studie doporučuje vytvořit institut zdravotně sociálního lůžka jako významný mezistupeň mezi péčí sociální a zdravotní. Garanty této zdravotně sociální služby rezidenčního typu by v novém územněsprávním uspořádání měly být zejména kraje a obce s rozšířenou působností. Na jejím financování by se měli podílet stát, kraje, obce s rozšířenou působností, zdravotní pojišťovny i občan, platba by měla být navýšena alespoň na úroveň úhrady obdobné péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, která je poskytována ze zdrojů zdravotního pojištění. Příspěvek občana by měl být stanoven obdobným způsobem jako v domovech důchodců, v cenové úrovni r. 2003 by měl činit 150 Kč denně a měl by být každoročně valorizován v závislosti na růstu životních nákladů a starobních důchodů. Tento systém úhrad navrhuje studie rozšířit na všechna lůžka následné a ošetrovatelské péče ve zdravotnictví a na lůžka v ošetrovatelských odděleních v domovech pro seniory a v zařízeních pro zdravotně postižené občany. Tak by mohly vzniknout nové instituce, např. „ústavy zdravotně sociální péče“, které by potřebným občanům poskytovaly jak nezbytnou dočasnou sociální péči, tak by zajistily poskytování zdravotní péče na dostatečné úrovni.

### **L. Průša - Ekonomie sociálních služeb, ASPI, Praha 2007**

Cílem uvedené monografie bylo postihnout nejvýznamnější otázky ovlivňující financování sociálních služeb v naší zemi. Celá kniha je rozdělena do pěti kapitol.

První kapitola je zaměřena na vymezení postavení systému sociálních služeb v celém systému sociální ochrany obyvatelstva a na samotném teoretickém vymezení sociálních služeb.

Druhá kapitola knihy je věnována vývoji sociálních služeb od r. 1990. V tomto smyslu jsou charakterizovány nové principy, které byly v této oblasti postupně uplatňovány, zmapována je samotná historie přípravy zákona. Těžiště této kapitoly je věnováno rozboru základních makro- i mikroekonomických charakteristik souvisejících s poskytováním sociálních služeb, značná pozornost je věnována rozboru vybavenosti jednotlivých krajů a okresů sociálními službami, především službami sociální péče, neboť statistická data o rozsahu služeb sociální prevence nejsou doposud k dispozici.

Třetí kapitola je zaměřena na charakteristiku vybraných stěžejních prvků nového zákona o sociálních službách a některé očekávané důsledky jeho praktické aplikace. V tomto smyslu je pozornost věnována charakteristice nové typologie sociálních služeb, základním principům nového systému jejich financování, analýze některých dosavadních poznatků, které vyplývají ze studia vybraných doposud zpracovaných plánů rozvoje sociálních služeb, charakteristice hlavních principů registrace poskytovatelů sociálních služeb, otázkám vzdělávání sociálních pracovníků a charakteristice hlavních principů smlouvy o poskytnutí sociálních služeb.

Z hlediska očekávaných důsledků aplikace zákona o sociálních službách v praxi je v této kapitole věnována pozornost dvěma otázkám - tomu, jak se změní struktura klientů ústavů sociální péče v důsledku změny systému jejich financování a zda nový způsob financování sociálních služeb přispěje ke zvýšení jejich propojení se zdravotnickými službami. V tomto smyslu je v této části podrobně analyzován dlouholetý právní spor o financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, pozornost je věnována rovněž charakteristice hlavních principů sociálních hospitalizací a jejich pojetí v rámci nového zákona o sociálních službách a



možnostem zavedení integrované domácí sociálně zdravotní péče. V rámci této kapitoly je rovněž zmíněno první šetření o rozsahu ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, které bylo realizováno MPSV v závěru r. 1999. Ze získaných informací vyplynulo, že v tomto roce vynakládaly ústavy sociální péče na úhradu nákladů ošetrovatelské péče ze svých rozpočtů částku 1,8 mld. Kč, tj. cca 25 % z rozpočtu, tzn. že tuto částku ústavy sociální péče v rozporu s tehdy platným právním stavem uspořily systému zdravotního pojištění.

Předposlední kapitola knihy je věnována charakteristice sociálních služeb jako významného nástroje sociálního začleňování.

Poslední kapitola knihy je věnována některým poznámkám k problematice mezinárodní komparace sociálních služeb v evropských zemích a charakteristice některých hlavních vývojových trendů rozvoje sociálních služeb ve vybraných evropských zemích, přičemž pozornost je věnována těmto otázkám v Německu a v Rakousku.

### **O. Matoušek a kol. - Sociální služby, Portál, Praha 2007**

Uvedená publikace představuje jednu z prvních knižních publikací, která se věnuje nové právní úpravě sociálních služeb. Na pozadí charakteristiky účelu sociálních služeb, jejich postavení v systému sociální ochrany obyvatelstva a jejich právní úpravy ve vybraných evropských zemích je zaměřena na charakteristiku stěžejních prvků nové právní úpravy (nová kategorizace sociálních služeb, základní principy nového systému financování sociálních služeb, plánování sociálních služeb, hodnocení kvality sociálních služeb) a na některé další problémy, které s poskytováním sociálních služeb souvisejí (specifika hodnocení sociálních služeb, kritéria hodnocení jednotlivých sociálních programů a jejich srovnávání). Přestože problematice financování sociálních služeb je věnována značná pozornost, problematice propojení systému poskytování a financování sociálních a zdravotních služeb zde pozornost věnována není.

### **L. Svět - Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb, Sociální služby č. 1/2009**

Uvedená stať je zaměřena na zmapování problémů, které provázejí poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Autor konstatuje, že tyto problémy jsou mj. způsobeny tím, že této otázce nebyla věnována dostatečná pozornost ze strany MPSV, obdobně jako tomu bylo v otázce standardů kvality poskytování sociálních služeb. K hlavním problémům autor řadí především skutečnost, že vzájemné vztahy mezi pobytovými zařízeními sociálních služeb a zdravotními pojišťovnami nejsou často postaveny na bázi vzájemné partnerské rovnosti, často dochází k tomu, že zaměstnanci pojišťoven verbálně prohlásí že určitá zdravotní péče nebude uhrazena, a proto by neměla být ani vykazována. Celý systém poskytování a úhrady zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb byl zaveden podle názoru autora velmi nešťastně a byl zcela nepřipraven, je systémově chybný a administrativně neúměrně náročný. Důsledkem této skutečnosti je to, že výsledný efekt neodpovídá vynaloženému úsilí, vede ke zcela zbytečným deziluzím mnoha obětavých poskytovatelů, nevede k tolik očekávanému narovnání finančních toků a nepřináší ani očekávaný efekt pro poskytovatele služeb.

## **Pflegeversicherung - Schutz für die ganze Familie, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2006**

Cílem uvedené publikace je poskytnout široké veřejnosti základní informace o systému pojištění péče v SRN. Pojištění péče je v Německu povinný systém, který představuje nadstavbu nad systémem zdravotního pojištění, což výrazným způsobem minimalizovalo personální a finanční náklady související se zavedením tohoto systému. Pojištění se vztahuje na všechny obyvatele, přičemž v závislosti na charakteru jejich zdravotního pojištění se člení na dvě paralelní formy - na sociální a soukromé pojištění. Oba typy jsou samostatnými částmi povinného pojištění péče, jejich základní odlišnosti spočívají v tom, že:

- sociální pojištění péče se vztahuje na všechny osoby, které jsou pojištěny v rámci povinného systému zdravotního pojištění (tj. cca 93 % populace),
- soukromé pojištění péče se vztahuje na všechny osoby, které jsou pojištěny soukromou zdravotní pojišťovnou (přibližně 7 % obyvatelstva).

Pojištění péče se financuje z pojistného placeného formou příspěvků. Příspěvková sazba činí v r. 2006 1,7 % z příjmu, přičemž je stanovena maximální hranice, ze které se platí pojistné (v r. 2006 činila tato hranice 3 560,50 €).

Osoby, které vyžadují dlouhodobou péči vedle péče léčebné a lékařské, mohou obdržet pomoc ve čtyřech základních oblastech:

- v rámci osobní péče (např. hygiena),
- v oblasti výživy (např. příprava jídla, nakrmení a dodržování speciální diety),
- v oblasti mobility (např. pomoc při vstávání, oblékání, svlékání, chůzi, stání a chůzi do schodů),
- v rámci pomoci v domácnosti (např. nákupy, vaření, úklid, mytí nádobí).

Na základě rozsahu potřebné pomoci jsou sociální služby poskytovány ve třech základních stupních:

- 1. stupeň - značná potřeba péče

Do této skupiny patří osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility (tj. tzv. základní péče) a to nejméně ve 2 úkonech alespoň 1x denně, přičemž dodatečně potřebují několikrát v týdnu pomoc v domácnosti. Celková doba péče činí minimálně 1,5 hodiny denně, přičemž na základní péči připadá více jak 45 minut.

- 2. stupeň - vyšší potřeba péče

Do této skupiny patří osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility alespoň 3x denně v různém denním čase a dodatečně vícekrát v týdnu potřebují pomoc v domácnosti. Celková doba péče činí nejméně 3 hodiny denně, přičemž na základní péči připadají alespoň 2 hodiny.

- 3. stupeň - nejvyšší potřeba péče

Do této skupiny patří osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility po celý den i v průběhu noci a dodatečně vícekrát týdně potřebují pomoc v domácnosti. Celková doba péče činí nejméně 5 hodin denně, přičemž na základní péči připadají nejméně 4 hodiny. Do této skupiny patří i osoby, které potřebují péči v podstatně širším rozsahu vzhledem ke svému velmi nepříznivému stavu.

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

Dávky z pojištění péče se poskytují z pojistného fondu péče na základě žádosti. Nutné lékařské rozhodnutí o existenci potřeby péče a její závažnosti provádějí odborníci z lékařské služby fondů zdravotního pojištění, hlavně lékaři a střední zdravotnický personál, ale také další odborníci jako sociální pracovníci a psychologové. Přihlíží se přitom k anamnézám, vyhodnocení a potvrzení ošetřujících lékařů, ale konečné rozhodnutí je výlučně v pravomoci lékařské služby fondu a obvykle se provádí na základě prohlídky, provedené v bytě osoby, která potřebuje dlouhodobou péči. Proti zamítnutí žádosti pojistným fondem péče se občan může odvolat.

Poskytování pojistných dávek na péči se diferencuje v závislosti na typu poskytované péče - rozlišují se dávky na domácí péči a na péči v ústavu, naturální a peněžní dávky a také dávky pro osobu potřebující péči a dávky pro osoby, poskytující péči. Pojistné dávky na péči nemají úplně nahradit veškeré náklady, spíše jsou zamýšleny jako doplnění, ulehčení a pomoc u rodinných dávek v případě domácí péče a ulehčení nákladů na péči v případě ústavní péče.

Dávky pro osoby potřebující péči se člení v závislosti na tom, kde je péče poskytována. Při poskytování péče v domácnosti jsou dávky odstupňovány v závislosti na kategorii péče a poskytují se buď ve věcném nebo v peněžním plnění nebo ve vzájemné kombinaci.

Dávky ve věcném plnění lze charakterizovat jako náklady na pečovatelskou službu, které jsou hrazeny z pojištění péče. Pojistný fond péče přitom nenese veškeré náklady, hradí náklady daného úkonu jenom do maximální výše, která je pro něj stanovena, náklady nad rámec tohoto limitu a jej přesahující musí uhradit sama osoba potřebující péči. Měsíční výše těchto dávek v r. 2006 činila:

- ve stupni I. 384 €
- ve stupni II. 921 €
- ve stupni III. 1 432 € (pro zvláště těžké případy 1 918 €).

Peněžní dávky lze charakterizovat jako příspěvek na ošetřování z pojistného fondu péče osobě, která potřebuje péči. Právo požádat o tuto dávku má osoba, která péči potřebuje, nikoli rodinný příslušník, který péči poskytuje, tzn. že závisí na rozhodnutí osoby potřebující péči, jestli předá příspěvek na ošetřování osobám poskytujícím péči jako odměnu nebo mzdu. Přídavek na ošetřování je nezdanitelný, poskytuje se v peněžní podobě, jeho měsíční výše v r. 2006 činila:

- ve stupni I. 205 €
- ve stupni II. 410 €
- ve stupni III. 665 €

Z pojistného fondu péče jsou hrazeny rovněž náklady na pečovatelské pomůcky (např. kolečkové křeslo, speciální stolky do postele a zvedací zařízení) a na úpravu bytu, jehož cílem je přizpůsobit jej péči.

Při poskytování péče v ústavních zařízeních se z pojistného fondu péče poskytují dávky, jejichž výše v r. 2006 činila:

- ve stupni I. 1 023 €
- ve stupni II. 1 279 €
- ve stupni III. 1 432 € (pro zvláště těžké případy 1 688 €).

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

Již ve velmi krátké době po zavedení tohoto systému bylo možno charakterizovat první zkušenosti vyplývající z jeho aplikace v praxi. V r. 1997 příspěvky ze systému dostávalo cca 1,7 mil. osob (v r. 2005 příspěvky pobíralo již 2,05 mil. osob), bylo vytvořeno cca 75 000 nových pracovních míst.

K významným změnám došlo i v oblasti infrastruktury péče o staré a zdravotně postižené občany. Před zavedením pojištění na péči existovaly v této oblasti značné deficity, především v oblasti ambulantních služeb a denní a krátkodobé péče. V r. 1991 existovalo pouze 100 zařízení pro denní pobyt, 220 zařízení pro krátkodobý pobyt a asi 4 000 ústavů sociální péče, tři roky po zavedení pojištění péče měly bezmocné osoby a jejich rodinní příslušníci k dispozici asi 11 700 ambulantních zařízení a více než 6 000 zařízení se stacionárním oddělením nebo zařízení pro krátkodobý pobyt.

Tyto změny přispěly k tomu, že počet osob umístěných v ústavech sociální péče rychle poklesl a dřívější pořadníky na umístění už od r. 1997 neexistují, stále více starých a zdravotně postižených osob je zaopatřeno v důvěrně známém prostředí vlastního domova.

### **J. Ruddy, W. Marschitz - Reform der Pflegevorsorge in Österreich, Soziale Sicherheit Nr. 11/2006**

Uvedený příspěvek charakterizuje hlavní principy změn, které byly v systému rakouského systému financování sociálních služeb realizovány v uplynulém období. Cílem těchto úprav přitom bylo přijmout taková opatření, která by:

- zlepšila situaci těžce zdravotně postižených občanů a rodin pečujících o starého nebo zdravotně postiženého člena,
- rozšířila okruh poskytovaných sociálních služeb a položila důraz na poskytování ambulantních služeb na úkor péče poskytované ve stacionářích.

V zájmu zabezpečení těchto cílů bylo již v r. 1993 přijato rozhodnutí, že bude zavedena nová sociální dávka - příspěvek na péči, která je financována ze státního rozpočtu, přičemž její výplatou jsou pověřeny důchodové úřady. Na tuto dávku je právní nárok, dávka má pokrývat dodatečné výdaje vyplývající z péče o sociálně potřebné osoby, dávky se vyplácejí paušálně, nepodléhají dani, nezkoumá se, jak s nimi bylo naloženo, příspěvek není závislý na příjmových ani majetkových poměrech ani se nezkoumá příčina vzniku sociální potřeby. Dávka se vyplácí především z organizačních důvodů prostřednictvím důchodových úřadů tak, aby bylo možno lépe navázat tento systém na existující systémy.

Dávka se vyplácí v 7 stupních, v červnu 2006 ji pobíralo celkem cca 318 tis. příjemců (tj. cca 4 % celkového počtu obyvatel Rakouska), pro zařazení do 1. až 4. stupně z hlediska potřeby péče jsou stanoveny pouze kvantitativní charakteristiky vymezující v hodinách potřebu péče, pro zařazení do 5. až 7. stupně jsou stanoveny i další kvalitativní znaky.

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

### Podmínky pro přiznání příspěvku na péči a jeho výše v Rakousku v r. 2006

stupeň	výše příspěvku (€ měs.)	podmínky
1.	148,30	více než 50 hod. péče
2.	273,40	více než 75 hod. péče
3.	421,80	více než 120 hod. péče
4.	632,70	více než 160 hod. péče
5.	859,30	více než 180 hod. péče a nárazová potřeba péče
6.	1 171,10	více než 180 hod. a pravidelné pečovatelské služby v průběhu dne i noci nebo trvajícím dozor
7.	1 562,10	více než 180 hod. a praktická neschopnost pohybu všech končetin

K zařazení do jednotlivých stupňů dochází na základě odborného lékařského posudku, na jehož zpracování se podílejí i odborníci z řad pracovníků poskytujících pečovatelské služby. Z vyhodnocení celého systému financování vyplývá, že v porovnání s předchozím systémem cca jedna třetina klientů dostává více služeb v důsledku zavedení nového systému, cca jedna polovina příjemců si díky zavedení nové sociální dávky může lépe služby financovat. Ukazuje se však, že převážně těžce zdravotně postižení občané si nejsou schopni koupit všechny služby, které potřebují.

### **Podkladové materiály pracovní skupiny pro integraci sociálně zdravotní péče**

V rámci jednání Mezirezortní skupiny integrované péče byl v letech 2004- 2005 zpracován materiál "Návrh řešení úhrad zdravotní péče v ústavech sociální péče a sociální péče ve zdravotnických zařízeních", který měl být využit při přípravě nových právních předpisů v sociální a zdravotní oblasti s cílem vytvořit žádoucí "zrcadlo" při poskytování a financování sociální péče ve zdravotnických zařízeních a ošetrovatelské a rehabilitační péče v zařízeních sociálních služeb. Předložený materiál se stal v řadách odborné veřejnosti předmětem silné kritiky, neboť v řadě případů neodrážel aktuální stav v této oblasti a navrhovaná opatření nevytvářela rovné podmínky v přístupu obyvatel pobytových zařízení sociálních služeb ke zdravotní péči a poskytovatelů zdravotní péče, kteří poskytují shodnou zdravotní péči. K nejvýznamnějším připomínkám patřily tyto skutečnosti:

- nesouhlas s tvrzením o nutnosti vytvoření zcela nové právní úpravy,
- nesouhlas s tím, že ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních by nemohly vykonávat agentury domácí péče,
- nesouhlas s rozsahem časových kalkulací jednotlivých výkonů, který povede k tomu, že obyvatelům pobytových zařízení sociálních služeb by byla poskytována kvalitativně a kvantitativně jiná zdravotní péče,
- nesouhlas s tím, že navrhované zvýšení úhrad za sociální hospitalizaci nebylo doplněno vhodným valorizačním mechanismem, který by zachovával její reálnou úhradu,
- nesouhlas s tím, že navržené zdravotní výkony nebyly diskutovány s profesní odbornou reprezentací a byly zkalkulovány bez znalosti náplně jednotlivých ošetrovatelských aktivit a příslušných právních předpisů,
- nesouhlas s navrhovaným a nejasně vyargumentovaným možným převodem určité kapacity zdravotnických zařízení do sociální sféry a s chybějící motivací k této transformaci

### 1.3 Zákon o sociálních službách a zdravotní péče

Významným krokem k řešení těchto otázek přispěl i přijatý zákon o sociálních službách, který v § 36 stanoví, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění:

- prostřednictvím zdravotnického zařízení,
- jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" mezi sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb zákon ukládá v § 88, aniž je to objektivně zdůvodnitelné.<sup>5</sup>

Podle navazujícího zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, uzavírají VZP a ostatní zdravotní pojišťovny za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami zvláštní smlouvu s těmito zařízeními, pokud o uzavření této smlouvy zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že tato péče bude poskytována na základě ordinace ošetroujícího lékaře jejich zdravotnickými pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání.

Pomineme-li, že VZP soustavně trvá na tom, že ošetrovatelská péče poskytovaná obyvatelům ústavů sociální péče je poskytována v režimu tzv. zvláštní ambulantní péče a že o poskytování této péče je uzavírána s ústavy sociální péče tzv. zvláštní smlouva, je největším nedostatkem zvolené řešení forma úhrad za poskytovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím výkonového způsobu. Obecně je rizikem tohoto způsobu financování možnost vykazování ve skutečnosti nerealizovaných výkonů nebo nadprodukce výkonů, na což obvykle plátce zdravotnické péče reaguje administrativním omezením ve formě regulačních opatření a limitů na straně úhrad za provedené zdravotní výkony. Dochází tedy k tomu, že původní kalkulovaná cena stanovená pomocí průměrných nákladů na výkon se s růstem počtu vykázaných výkonů snižuje.

Zdravotní výkony nové autorské odbornosti pro ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb<sup>6</sup> byly zpracovány na základě několika různých šetření. Otázkou však zůstává kvalita a reálnost vstupních dat použitých při kalkulaci výkonů nové odbornosti, neboť se objevují signály o tom, že současný způsob úhrad je podhodnocen a může mít za následek skutečnost, že se v praxi bude obtížně prosazovat a ke skutečnému zavedení institutu zdravotně sociálního lůžka jak v

---

<sup>5</sup> viz JABŮRKOVÁ, M. a kol. *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: SKOK, 2007

<sup>6</sup> vyhláška č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 134/1998/ Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění

systému sociálních služeb, tak i v systému zdravotní péče pravděpodobně bude docházet velmi pomalu.

V r. 2007 činily výdaje VZP<sup>7</sup> na ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb cca 488 mil. Kč, přičemž sama VZP přiznává, že na zdravotní péči poskytovanou osobám ve zdravotnických zařízeních z jiných než zdravotních důvodů bylo vyloženo pouze 12 mil. Kč, tj. 8 % z celkového objemu předpokládaného plánu. VZP tuto skutečnost přičítá přetrvávající neochotě lůžkových zdravotnických zařízení nasmlouvat tento typ péče a následně přiznávat sociální důvody hospitalizací, nicméně je zřejmé, že tento propad je - tak, jak bylo již dříve konstatováno - důsledkem nedostatečné kontrolní a revizní činnosti pojišťovny.

Z dotazníkového šetření provedeného VÚPSV v r. 2008<sup>8</sup> 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 nákladů. Podle jednotlivých respondentů proplácení 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 však v mnoha případech indikace neuznává. Dalším problémem je proplácení rehabilitační péče a polohování, což jsou důležité výkony pro předcházení dekubitům.

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 velké, 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.

Značná část pobytových zařízení sociálních služeb nemá doposud nasmlouvány ani všechny zdravotní výkony ze stávajícího seznamu, přestože je provádí (např. bonifikační výkony, použití přístrojového vybavení), což je způsobeno buď tlakem ze strany zdravotních pojišťoven nebo liknavostí, popř. nevědomostí ze strany pobytových zařízení sociálních služeb. Díky této skutečnosti tyto výkony nemohou být ani vykazovány a následně uhrazeny zdravotní pojišťovnou.

### **1.4 Popis problémů provázejících souběh poskytování zdravotní a sociální péče (SWOT analýza)**

Na základě výše uvedených charakteristik lze získané poznatky sumarizovat v rámci této SWOT analýzy.

---

<sup>7</sup> viz *Výroční zpráva VZP ČR za r. 2007*. Praha: VZP, 2008

<sup>8</sup> viz *Zpráva o činnosti VÚPSV, v.v.i. za období leden - září 2008*, Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

### Silné stránky

- vícezdrojové financování sociálních služeb,
- možnost edukace systému sociálních služeb systémem zdravotního pojištění (systém zdravotního pojištění umí ocenit množství poskytnutých služeb, k čemuž by se měl dostat i systém sociálních služeb - je třeba diferencovat množství poskytovaných služeb různým skupinám uživatelů v každém konkrétním zařízení tak, aby byla spravedlivě ohodnocena péče ze zdroje, z něhož má být podle právních předpisů financována)
- pravomocný soudní rozsudek upravující, že:
  - zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d/ zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv. zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění,
  - ústavy sociální péče mohou být registrovány jako nestátní zdravotnické zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., přičemž tato registrace zároveň ústavy aktivně legitimuje k účasti na výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a na jeho základě k uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.,
- kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče
- existence profesní organizace, která je provozována profesionálním aparátem, který hájí zájmy poskytovatelů sociálních služeb

### Slabé stránky

- nedostatečné kontrolní mechanismy (a nedostatečná kontrolní činnost obecně) zdravotních pojišťoven, které neumožňují odhalit skutečný rozsah tzv. sociálních hospitalizací ve zdravotnických zařízeních (tato skutečnost vede k tomu, že není vytvořené žádoucí "zrcadlo" při poskytování a financování sociální péče ve zdravotnických zařízeních a ošetrovatelské a rehabilitační péče v zařízeních sociálních služeb, což vede k tomu, že rozsah časových kalkulací jednotlivých ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů v pobytových zařízeních sociálních služeb je výrazně podhodnocen a poskytovatelé sociálních služeb jsou nuceni značnou část těchto nákladů financovat ze svých rozpočtů na úkor sociálních služeb),
- dlouhodobé systémové podceňování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (péče je stále definována jako tzv. zvláštní ambulantní, přestože podle výzkumných šetření je struktura nemocí osob v těchto odděleních srovnatelná se strukturou nemocí osob v léčebnách pro dlouhodobě nemocné<sup>9</sup>),
- nerovné zákonné postavení pobytových zařízení sociálních služeb a lůžkových zdravotnických zařízení, projevující se např. v tom, že:
  - lůžková zdravotnická zařízení se nemusí registrovat jako poskytovatelé sociálních služeb a nemusí tedy naplňovat povinnosti, které musí pobytová zařízení

---

<sup>9</sup> viz Červenková, A. - Bruthansová, D. - 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, ISBN 80-87007-35-2



## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

- sociálních služeb plnit (standardy kvality sociálních služeb, inspekce, vzdělávání sociálních pracovníků),
- je významně omezena svobodná volba poskytovatele zdravotnických služeb,
  - pobytová zařízení sociálních služeb se nemusí registrovat jako nestátní zdravotnické zařízení, přestože jsou nesystémově poskytovateli zdravotní péče (ačkoli nejsou zdravotnickými zařízeními), tudíž jsou diskriminováni v procesu dohodovacích řízení,
  - příjemce příspěvku na péči, který po dobu celého měsíce ve zdravotnickém zařízení příspěvek na péči nepobírá,
  - zdravotní pojišťovny neuzavírají s pobytovými zařízeními sociálních služeb klasickou smlouvu o poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče, ale pouze tzv. zvláštní smlouvu, největším nedostatkem zvoleného řešení je forma úhrad za poskytovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím výkonového způsobu, současný způsob úhrad je podhodnocen mj. i díky tlaku ze strany zdravotních pojišťoven vůči pobytovým zařízením sociálních služeb a indikujícím lékařům na podhodnocování vykazování objemu péče,
  - k tomu přispívá i 15 let finančního dluhu ze strany zdravotních pojišťoven a 15 let naskoku zdravotních pojišťoven, který umožňuje pobytová zařízení sociálních služeb i indikující lékaře tlačit k podhodnocování vykazovaného objemu zdravotní péče,
  - profesní organizace poskytovatelů sociálních služeb nemá dostatečné zkušenosti v oblasti zdravotnictví a své postavení na tomto poli si buduje.

### **Příležitosti**

- možnost řešit slabé stránky provázející souběh poskytování zdravotní a sociální péče v rámci připravované novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, popř. v rámci připravovaných právních předpisů v rámci transformace zdravotnictví,
- velmi dobrá aktuální finanční situace zdravotních pojišťoven, které mají na rezervních fondech finanční prostředky v rozsahu 35-40 mld. Kč, což umožňuje objektivizovat výši úhrad za ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb,
- spojení referátů sociálních věcí a zdravotnictví ve většině krajských a městských úřadů, které jsou většinovými zřizovateli jak pobytových zařízení sociálních služeb, tak i lůžkových zdravotnických zařízení,
- systémové narovnání všech poskytovatelů zdravotní péče v jednotném režimu zákona č. 160/1992 Sb. a zákona č. 108/2006 Sb., čímž dojde k eliminaci řady diskriminací na mnoha úrovních,
- profesní organizace si vybuduje odpovídající postavení v systému zdravotního pojištění a stane se rovnocenným partnerem v jednání se zdravotními pojišťovnami,
- vstup externího dodavatele ošetrovatelské a rehabilitační péče jako doplňkové služby do pobytových zařízení sociálních služeb, které se může stát "zrcadlem" pro stávající personál,
- vyřešení otázky poskytování a úhrady rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb,

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

- vyřešení sporných otázek týkajících se nasmlouvání a vykazování některých výkonů, které VZP jednostranně blokuje bez odpovídající opory v právním řádu.

### Rizika

- vysoký stupeň profesní a odborové organizovanosti lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, který umožňuje lobbyistickým tlakem odvrátit prakticky všechny návrhy řešení, které nejsou v souladu s často úzkými skupinovými zájmy často malé části členů těchto organizací,
- nepřijatelný nátlak řady pracovníků zdravotních pojišťoven na lékaře a další zdravotní personál pobytových zařízení sociálních služeb s cílem minimalizace objemu vykazovaných ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů, přestože jejich aplikace patří podle příslušných zdravotnických předpisů výhradně do kompetence zdravotních sester,
- trendy ve vývoji obyvatelstva (stárnutí populace), které budou doprovázeny zvýšenou potřebou zdravotních i sociálních služeb,
- současné nesystémové řešení poskytování a úhrad zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb bude zakonzervováno a v souvislosti s tím dojde ke stagnaci vývoje úhrad.

## 1.5 Specifikace rozsahu a náplně ošetrovatelské a rehabilitační péče hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění

V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, došlo k vytvoření nové odbornosti "913 - všeobecná sestra v sociálních službách". V současné době se potvrzuje, že vytvoření této odbornosti nebylo nezbytné. Při porovnání s odborností "925 - domácí zdravotní péče" se ukazuje, že nově vytvořená odbornost 913 se s odborností 925 prakticky zcela překrývá. Současně je zřejmé, že odbornost 913 neobsahuje řadu výkonů, které jsou součástí ošetrovatelské péče (např. péče o ránu metodou vlhkého hojení, která je v konečném výsledku pro zdravotní pojišťovnu finančně méně náročná), výrazně je podhodnocena hodnota režie.

Odbornost 913 je téměř identická s odborností 925, a to jak v charakteru a rozsahu ošetrovatelských aktivit, tak i v charakteru klientely. Odbornost 925 pečuje ve významně větším rozsahu také o nesenorskou klientelu, odborně způsobilé zdravotní sestry pracují téměř výhradně samostatně a jejich každodenním problémem je zajistit si dopravu za pacientem. V odbornosti 925 v souvislosti s dopravou také dochází ke značným ztrátám času na cestě, a to nejen v dopravním prostředku, ale také při časových ztrátách v době od uzamčení dopravního prostředku k následnému kontaktu s pacientem (nedobytný panelový dům i zlý čtyřnohý hlídající živočich na dvorku).

Je zřejmé, že správně a kvalitně realizovaný ošetrovatelský proces je pouze jeden, jeho realizace v lůžkových zdravotnických zařízeních, v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v přirozeném domácím prostředí klienta má pouze určitá personální a technická specifika. Shodná ošetrovatelská aktivita by měla být prováděna na stejné úrovni, a tedy i za splnění stejných podmínek (včetně finančních nároků) bez ohledu na místo jeho provedení.

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

Značná část pobytových zařízení sociálních služeb nemá doposud nasmlouány ani všechny zdravotní výkony ze stávajícího seznamu, přestože je provádí (např. bonifikační výkony, použití přístrojového vybavení), což je způsobeno buď tlakem ze strany zdravotních pojišťoven nebo liknavostí, popř. nevědomostí ze strany pobytových zařízení sociálních služeb. Díky této skutečnosti tyto výkony nemohou být ani vykazovány a následně uhrazeny zdravotní pojišťovnou.

Sociální hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních se prakticky neuskutečňuje, protože systém je nastaven pro tato zdravotnická zařízení jako nemotivační. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči v lůžkových zdravotnických zařízeních je hrazena paušální formou úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění. Tento způsob úhrady je administrativně jednoduchý a nenáročný, a i když existují v některých obdobích zpoždění v úhradách ze strany některých zdravotních pojišťoven, lze říci, že se jedná o pravidelný a jistý zdroj podložený smluvním vztahem. Naproti tomu úhrada za sociální hospitalizace je administrativně velmi náročná a nepřináší ve svém vícezdrojovém způsobu úhrad jistoty pravidelných plateb. Zdravotní péče je při sociální hospitalizaci hrazena výkonově, získání dotace na toto lůžko ze sociálních zdrojů je rovněž administrativně náročné a vyřízení příspěvku na péči je v krátkém časovém horizontu nereálné.

Lůžková zdravotnická zařízení nejsou na vykazování zdravotní péče výkonovým způsobem připravena technicky ani psychologicky. Tento systém je administrativně neúměrně náročný a v současné době již neumožňuje přinést odpovídající ekonomický efekt poskytovateli. Rozsah ošetrovatelské péče je časově limitován a umožňuje rovněž omezené spektrum ošetrovatelských aktivit. S rehabilitační péčí některé zdravotní pojišťovny činí zásadní problémy.

Vícezdrojové financování sociálních hospitalizací, které na první pohled naznačuje větší jistoty ve zdrojích, je jen zdánlivé. Zavedení tohoto systému v lůžkových zdravotnických zařízeních by vyžadovalo řadu zásadních organizačních změn spojených i s nárůstem personálního obsazení. Potenciální zdroje ze sociálního systému se poskytovatelům zdravotní péče jeví jako velmi nejisté a problematické z pohledu jejich zajištění. Veškeré dotace jsou nenárokové a jsou spojeny se značnou administrativní zátěží. Žádost o přiznání příspěvku na péči je vyřizována řadu měsíců a žadatel se jeho přiznání v některých případech často ani nedožije.

Potenciálními klienty pro sociální hospitalizaci jsou osoby s řadou chorob, které mají dynamický průběh přinášející značnou nestabilitu a nejistotu v budoucím vývoji. Proto se poskytovatelé zdravotní péče oprávněně obávají „přeskakování“ klientů ze sociálního lůžka zpět na zdravotní a pak znovu na sociální. Toto cyklické „přeskakování“ je nepředvídatelné a je opět spojeno se značnou administrativní zátěží a nejistotou ve vztahu k finančním tokům. Proto je a pravděpodobně i bude pro lůžková zdravotnická zařízení mnohem jednodušší odůvodnit pobyt ze zdravotních důvodů, než přistoupit na pojmenované nejistoty.

Nutno zdůraznit i ten fakt, že především specializovaná lůžková zdravotnická zařízení nemají nejmenší problém obsadit svá lůžka skutečně nemocnými, proto o této alternativě vůbec neuvažují. Menší lůžková zdravotnická zařízení na okresní úrovni zase nechtějí odkrýt své "volné" kapacity, protože přiznání sociálních hospitalizací je vede ke snížení nasmlouvané lůžkové kapacity ze strany zdravotních pojišťoven. Nemluvě o skutečnosti, že odkrýtí "volné" kapacity ohrožuje provozovatele vnějšími tlaky na změnu charakteru zařízení ze zdravotnického na sociální. Z tohoto titulu řešitel navrhuje rozšířit okruh zařízení, v němž bude realizováno šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče z pěti na devět a naopak počet

## 1. Sumarizace doposud získaných poznatků a jejich vyhodnocení

---

zdravotnických zařízení, v nichž bude realizováno šetření o rozsahu poskytovaných služeb sociální péče, z pěti na jedno.

Získání finančních prostředků na sociální hospitalizace nebylo pro zdravotnická zařízení motivační ani nikdy v minulosti. Již v 1. polovině 90. let bylo z všeobecné pokladní správy uvolněno cca 900 mil Kč na financování sociálních hospitalizací, tato částka se však nikdy nevyčerpala. Pokud by tato finanční částka byla pravidelně čerpána, ukázala by se v současné době faktická hloubka tohoto problému, byly by rozklíčovány vazby, které doprovází řešení tohoto problému - došlo by ke správnému nastavení vazeb sociálního a zdravotního systému, sociální systém by nebyl soustavně podceňován, správně nastavené kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven by dokázaly odhalit, kdy je pacient v lůžkovém zdravotnickém zařízení ze zdravotního hlediska neindikován, a přesto je jeho pobyt financován ze systému zdravotního pojištění.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Podle statistických údajů (Zdravotnická ročenka ČR 2006, ÚZIS, Praha 2007) bylo v ČR k 31.12.2006 celkem 7 462 míst v LDN, nicméně celkem bylo vykazováno pouze cca 100 sociálních hospitalizací, tzn. že díky neefektivnímu kontrolnímu systému ze strany zdravotních pojišťoven bylo z fondu zdravotního pojištění vyplaceno cca 3,2 mld. Kč neefektivně.

## **2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření**

### **2.1 Charakteristika výzkumného vzorku**

V rámci provedeného výzkumného šetření byl zkoumán rozsah poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče v 9 pobytových zařízeních sociálních služeb<sup>11</sup> u celkem 1 433 uživatelů a v 1 lůžkovém zdravotnickém zařízení (LDN - 20 klientů).<sup>12</sup> Při identifikaci jednotlivých klientů byla sledována tato hlediska:

- věk
- pohlaví
- příspěvek na péči podle stupně závislosti
- základní diagnóza
- mobilita (plná - omezená)
- smyslové omezení
- schopnost základní sebeobsluhy vč. dodržování léčebného režimu
- orientace
- porucha komunikace
- typ zařízení

### **2.2 Okruh sledovaných úkonů a výkonů**

V rámci realizovaného šetření byly sledovány tyto úkony a výkony:

- zahájení péče
- přerušování péče, překlad
- ukončení péče
- odběr biologického materiálu - krev
- odběr biologického materiálu - ostatní
- aplikace léků p. o.
- aplikace léků parenterálně
- aplikace léků lokálně

---

<sup>11</sup> Z důvodu obav některých vybraných zařízení a jejich zdravotnického personálu zapojit se do projektu z důvodu následných restriktivních kroků především ze strany VZP nejsou získaná data analyzována za jednotlivá konkrétní zařízení, ale v souhrnu a v členění podle druhu udělené registrace na poskytované sociální služby (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem).

<sup>12</sup> Lůžková zdravotnická zařízení se odmítala do projektu zapojit z důvodu obav z důsledků "odkrytí" rezerv při poskytování sociální péče, z tohoto titulu bylo odbornému gestorovi navrženo a jím odsouhlaseno zapojení pouze jednoho zdravotnického zařízení do tohoto šetření.

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

---

- aplikace léků - ostatní formy
- aplikace infuzní terapie
- aplikace oxygenoterapie
- péče o ránu se sekrecí
- péče o ránu bez sekrece
- klyisma
- laváže
- péče o permanentní katetr
- zavedení permanentního katetru u ženy
- zavedení nasogastrické sondy
- vyšetření pacienta přístrojovou technikou - glukometr
- vyšetření pacienta přístrojovou technikou - biolampa
- vyšetření pacienta přístrojovou technikou - spirometr
- vyšetření pacienta přístrojovou technikou - EKG
- vyšetření pacienta přístrojovou technikou - ostatní (vypište přístroj)
- nácvik a zaučování aplikace inzulínu
- ošetření stomií

Na základě provedeného předvýzkumu došlo k úpravě, resp. rozšíření, dotazníkových formulářů o další úkony (asistence druhé osoby, vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie, vyšetření ergoterapeutem kontrolní, individuální terapie základní, individuální terapie s využitím dílen, nácvik všedních denních činností ADL, ergoterapie skupinová základní, ergoterapie skupinová s využitím dílen).<sup>13</sup> Formulář, jehož prostřednictvím byly tyto úkony sledovány, je uveden v příloze č. 1.

### **2.3 Zmapování rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v rámci předvýzkumu**

Pro ověření vhodně zvoleného systému vykazování poskytované zdravotní péče byl realizován předvýzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, které má registraci pro poskytování sociálních služeb v domově pro seniory, v domově pro osoby se zdravotním postižením a pro poskytování odlehčovacích služeb. Celkem bylo sledováno poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče u 263 uživatelů sociálních služeb, jejichž průměrný věk se pohyboval mezi 80-83 lety.<sup>14</sup> Struktura uživatelů jednotlivých sociálních služeb je zřejmá z tabulky č. 1.

---

<sup>13</sup> Tyto úkony byl zkoumány na celkovém vzorku 1 180 klientů pobytových zařízení sociálních služeb a v jednotlivých hodnotících tabulkách je tato skutečnost označena \*.

<sup>14</sup> Jelikož je průměrný věk zatížený odlehkými hodnotami, je pro posouzení střední hodnoty věku vhodnější použít medián.

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 1 **Struktura uživatelů podle jednotlivých typů poskytovaných sociálních služeb**

typ zařízení	počet klientů			průměrný věk (dosažený v r. 2009)			medián věku
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	
domov pro osoby se zdravotním postižením	158	34	124	80,5	80,4	81,8	82
domov pro seniory	95	26	69	81,7	81,1	83,1	84
odlehčovací služby	10	4	6	82,8	80,75	82,4	84,5

Pramen: vlastní zpracování

Průměrný přepočtený počet pracovníků na jednoho klienta v jednotlivých typech zařízení zobrazuje tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 **Průměrný počet pracovníků na jednoho klienta v jednotlivých typech zařízení**

typ zařízení	průměrný přepočtený počet pracovníků na jednoho klienta		
	všeobecných sester	fyzioterapeutů	pracovníků v sociálních službách
domov pro osoby se zdravotním postižením	10	26	4
domov pro seniory	12	13	5
odlehčovací služby	10	4	3

Pramen: vlastní zpracování

Struktura klientů z hlediska mobility, smyslového omezení, schopnosti základní sebeobsluhy, orientace a poruchy komunikace v jednotlivých typech zařízení je uvedena v tabulce č. 3. Ve všech typech zařízení je naprostá většina klientů s omezenou mobilitou, se smyslovým omezením a omezenou schopností základní sebeobsluhy. V odlehčovacích službách mělo 80 % klientů rovněž poruchy komunikace.

Tabulka č. 3 **Struktura klientů z hlediska mobility, smyslového omezení, schopnosti základní sebeobsluhy, orientace a poruchy komunikace v jednotlivých typech zařízení**

typ zařízení	mobilita		smyslové omezení		schopnost základní sebeobsluhy		orientace		porucha komunikace	
	plná	omezená	ano	ne	plná	omezená	ano	ne	ano	ne
domov pro osoby se zdravotním postižením	24%	76%	70%	30%	24%	76%	61%	39%	27%	73%
domov pro seniory	29%	71%	61%	39%	22%	78%	81%	19%	29%	71%
odlehčovací služby	10%	90%	50%	50%	10%	90%	60%	40%	80%	20%

Pramen: vlastní zpracování

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Rozložení počtu osob pobírajících příspěvek na péči v jednotlivých typech zařízení nám názorně zobrazuje tabulka č. 4. Zatímco v domově pro osoby se zdravotním postižením pobírá nejvíce klientů příspěvek na péči I. stupně, tj. lehká závislost (30 %), v domově pro seniory a v odlehčovacích službách tvoří naopak největší podíl osoby bez příspěvku na péči (29 % a 50 %). Rovněž si lze povšimnout, že příspěvek na péči IV. stupně závislosti je, podle očekávání, nejvíce zastoupen v domově pro osoby se zdravotním postižením (18 %).

Tabulka č. 4 **Rozložení počtu osob pobírajících příspěvek na péči v jednotlivých typech zařízení**

typ zařízení	příspěvek na péči				
	I.	II.	III.	IV.	bez příspěvku
domov pro osoby se zdravotním postižením	30,4%	20,9%	11,4%	17,7%	19,6%
domov pro seniory	17,9%	25,3%	17,9%	9,5%	29,5%
odlehčovací služby	0,0%	10,0%	30,0%	10,0%	50,0%

*Pramen: vlastní zpracování*

Průměrná výše příspěvku na péči byla nejvyšší v domově pro osoby se zdravotním postižením (4 304 Kč), v odlehčovacích službách činila 3 900 Kč, v domově pro seniory dosáhla výše 3 842 Kč.

Základní diagnóza pacienta je stanovena podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch a zdravotních problémů. U klientů v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory a odlehčovacích službách bylo v některých případech zaznamenáno více diagnóz najednou, proto jejich celkový součet neodpovídá počtu klientů v zařízení.

Z tabulky č. 5 je patrné, že ve všech zařízeních tvoří největší podíl klienti s nemocemi oběhové soustavy (kapitola I00-I99). V domově pro osoby se zdravotním postižením jsou u klientů kromě nemocí oběhové soustavy (63 %) rovněž často diagnostikovány duševní poruchy a poruchy chování (23 %), nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (18 %) a nemoci oka a očních adnex (15 %). V domově pro seniory, podobně jako v domově pro osoby se zdravotním postižením, patří základní diagnózy klientů mezi nemoci oběhové soustavy (44 %), nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (26 %) a duševní poruchy a poruchy chování (23 %). Odlehčovací služby mají rovněž nejvíce klientů s nemocemi oběhové soustavy (50 %) a s duševními poruchami a poruchami chování (40 %).<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Nutno upozornit, že výpočet jednotlivých podílů vychází z počtu zaznamenaných základních diagnóz u klientů k celkovému počtu klientů v daném zařízení. Jelikož u některých klientů bylo zaznamenáno několik základních diagnóz najednou, součet procentuálních hodnot v daném typu zařízení nedává 100 %.



## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 5 **Podíl klientů (v %) v jednotlivých typech zařízeních podle kapitol MKN-10 obsahující základní diagnózu klienta**

kapitola	název kapitoly	domov pro osoby se zdravotním postižením	domov pro seniory	odlehčovací služba
A00–B99	některé infekční a parazitární nemoci	0,0%	0,0%	0,0%
C00–D48	novotvary	1,9%	4,2%	0,0%
D50–D89	nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	0,0%	0,0%	0,0%
E00–E90	nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	18,4%	26,3%	10,0%
F00–F99	poruchy duševní a poruchy chování	23,4%	23,2%	40,0%
G00–G99	nemoci nervové soustavy	11,4%	8,4%	10,0%
H00–H59	nemoci oka a očních adnex	15,2%	1,1%	0,0%
H60–H95	nemoci ucha a bradavkového výběžku	1,9%	0,0%	0,0%
I00–I99	nemoci oběhové soustavy	62,7%	44,2%	50,0%
J00–J99	nemoci dýchací soustavy	0,6%	0,0%	0,0%
K00–K93	nemoci trávicí soustavy	1,3%	3,2%	0,0%
L00–L99	nemoci kůže a podkožního vaziva	7,6%	0,0%	0,0%
M00–M99	nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	1,3%	0,0%	0,0%
N00–N99	nemoci močové a pohlavní soustavy	1,9%	0,0%	0,0%
O00–O99	těhotenství, porod a šestinedělí	0,0%	0,0%	0,0%
P00–P96	některé stavy vzniklé v perinatálním období	0,0%	0,0%	0,0%
Q00–Q99	vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	0,0%	0,0%	0,0%
R00–R99	příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	0,6%	0,0%	0,0%
S00–T98	poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	0,6%	0,0%	0,0%
V01–Y98	vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	0,0%	0,0%	0,0%
Z00–Z99	faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	0,0%	0,0%	0,0%
U00–U99	kódy pro speciální účely	0,6%	0,0%	0,0%

*Pramen: vlastní zpracování*

Nejčastější základní diagnózou ve všech typech zařízení je diagnóza I69.4, tj. následky cévní příhody mozkové (mrtvice) neurčené jako krvácení nebo infarkt, v domově pro osoby se zdravotním postižením následuje diagnóza I25.9 - chronická ischemická choroba srdeční NS a diagnóza I10, tj. esenciální (primární) hypertenze (20 klientů), v domově pro seniory následuje diagnóza E11.9 (diabetes mellitus nezávislý na inzulínu, bez komplikací).

Pro ověření závislosti mezi příspěvkem na péči podle stupně závislosti a základní diagnózou byla použita analýza rozptylu.<sup>16</sup> Jelikož u některých klientů bylo uvedeno více základních diagnóz najednou, pro analýzu byla vybrána vždy první z nich uvedená. Na 5 % hladině významnosti lze zamítnout hypotézu o nezávislosti příspěvku na péči podle stupně závislosti na základní diagnóze, těsnost takto zjištěné závislosti lze vyjádřit pomocí koeficientu determinace (0,44), který udává středně silnou závislost.

<sup>16</sup> Metoda vychází z rozkladu rozptylu (součtu čtvercových odchylek) na vnitroskupinovou a meziskupinovou variabilitu. Při hodnotách testového kritéria F, které překročí příslušný kvantil rozdělení F, lze zamítnout hypotézu o tom, že ve všech skupinách je stejný průměr (jelikož podíl meziskupinové variability je příliš velký), tzn. že mezi sledovanými proměnnými existuje závislost.

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v daném typu zařízení zobrazují grafy č. 1, 2 a 3 v příloze. V domově pro osoby se zdravotním postižením byly nejčastěji vykonávány aplikace léků p. o. (18,8 %); komplexní hygienická péče, prevence proleženin (17,5 %) a materiálový výkon - bonifikační kód za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu (16,1 %). V domově pro seniory mezi nejčastěji prováděné výkony patří komplexní hygienická péče, prevence proleženin (31,8 %); aplikace léků p. o. (24 %) a materiálový výkon 06623 - aplikace léčebné terapie (19,5 %). Naopak, v odlehčovacích službách se nejvíce zaznamenával bonifikační kód 06649 (17 %), dále se vykonávala komplexní hygienická péče, prevence proleženin (15,8 %) a rehabilitační ošetřování, nácvik lokomoce (13,4 %).

Průměrný počet kontaktů s klientem během jednoho dne u daného zdravotního výkonu zobrazuje tabulka č. 6. Je patrné, že u všech typů zařízení se jednomu klientovi v průměru 2 - 3x denně aplikují léky per os. Zatímco v domově pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovacích službách se u jednoho klienta v průměru 2 - 3x denně provádí rehabilitační ošetřování a nácvik lokomoce, v domově pro seniory je tento počet nulový. Pouze v odlehčovacích službách se provádí v průměru 2 x denně u jednoho klienta nácvik soběstačnosti.

Tabulka č. 6 **Průměrný počet kontaktů s klientem během 1 dne v jednotlivých typech zařízení**

výkony	domov pro osoby se zdravotním postižením		domov pro seniory		odlehčovací služby	
	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů
aplikace léků p.o. (6613)	3	4	2	2	3	4
aplikace léků parenterálně (6613)	0	0	0	0	2	1
rehabilitační ošetřování, nácvik lokomoce (6613)	2	0	0	0	3	5
komplexní hygienická péče, prevence proleženin (6613)	3	0	3	0	4	5
nácvik soběstačnosti (6613)	0	0	0	0	2	2
6623	2	2	2	2	3	3
6649	2	2	1	1	4	5
LTV individuální (21219)	0	0	0	0	0	1
LTV individuální - kondiční a analytické metody (21225) skupina	0	0	0	0	1	1
asistence	2	2	0	0	0	0

*Pramen: vlastní zpracování*

Existenci lineární závislosti mezi počty kontaktů v rámci jednotlivých zdravotních výkonů a pohlavím klienta lze zjistit provedením korelační analýzy. Zanalyzováním všech 263 údajů za všechna zařízení lze dojít k závěru, že lineární závislost mezi pohlavím a zdravotním výkonem prokážeme na 5 % hladině významnosti pouze ve dvou případech. Bonifikační kód za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu vykazuje přímou velmi slabou lineární závislost s pohlavím klienta (korelační koeficient = 0,13) a rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce rovněž přímou slabou lineární závislost (korelační koeficient = 0,17).

Podobně lze ověřit závislost mezi počty kontaktů v rámci jednotlivých zdravotních výkonů provedených u klienta a jeho věkem. Rovněž i v tomto případě lze prokázat lineární závislost na 5 % hladině významnosti ve dvou případech, a to jmenovitě u ukončení péče (6611) (slabá nepřímá lineární závislost, korelační koeficient = -0,16) a rehabilitačního ošetřování - polohování (slabá nepřímá závislost, korelační koeficient = -0,22, tzn. čím klient dosahuje vyššího věku, tím méně se mu poskytuje rehabilitačního ošetřování - polohování).

Provedením korelační analýzy mezi proměnnými příspěvek na péči podle stupně závislosti a zdravotními výkony lze zjistit, že na 5 % hladině významnosti existuje několik lineárních vztahů. Vypočítané korelační koeficienty shrnuje tabulka č. 7. Lze si povšimnout, že nejsilnější závislost s příspěvkem na péči vykazuje výkon Komplexní hygienická péče, prevence proleženin (středně silná přímá závislost; tj. čím klient pobírá vyšší příspěvek na péči, tím více se mu poskytuje komplexní hygienické péče a prevence proleženin). Síla závislosti je rovněž významná u aplikace léků p. o., materiálových výkonů 6623 (aplikace léčebné terapie), 6649 (bonifikační kód za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu) a rehabilitačního ošetřování - nácvik lokomoce (tzn. čím vyšší příspěvek na péči, tím více se tyto uvedené výkony provádí).

Tabulka č. 7 **Závislost příspěvku na péči na zdravotních výkonech**

zdravotní výkon	korelační koeficient
zahájení péče (6611)	-0,15
aplikace léků p. o. (6613)	0,55
aplikace léků - ostatní formy (6613)	0,19
rehabilitační ošetřování - polohování (6613)	0,13
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce (6613)	0,51
komplexní hygienická péče, prevence proleženin (6613)	0,60
edukace pacienta - ergoterapie (6613)	0,13
06623	0,52
06649	0,52
fyzikální terapie II (21113)	-0,12
LTV - individuální (21219)	0,21
individuální LTV - nácvik lokomoce a mobility (21717)	0,13

*Pramen: vlastní zpracování*

## 2.4 Zmapování rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Zmapování rozsahu poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb bylo provedeno celkem u tří typů zařízení, a to v domově pro osoby se zdravotním postižením, domově pro seniory a domově se zvláštním režimem. Pomocí formulářů (viz příloha) bylo dále prošetřeno 1 180 klientů, u nichž se kromě údajů týkajících se pohlaví, věku, příspěvku na péči podle stupně závislosti (I. - IV. stupeň), základní diagnózy, smyslového omezení, mobility, schopnosti základní sebeobsluhy (včetně dodržování léčebného režimu), schopnosti samostatně přijímat

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

stravu, orientace, komunikace, rizika pádu a inkontinence), zaznamenával rovněž počet jednotlivých výkonů ošetřovatelské péče. Celkově (spolu s převýzkumem) byl rozsah ošetřovatelské péče analyzován u 1 433 uživatelů pobytových zařízení sociálních služeb.

Strukturu uživatelů v jednotlivých typech zařízení z hlediska pohlaví a věku znázorňuje tabulka č. 8. Nejvíce uživatelů se nachází v domově pro seniory (868), přičemž většinu jich tvoří ženy (podíl žen převyšuje podíl mužů i v ostatních typech zařízení, neboť ženy se tradičně dožívají vyššího věku). Největší věkové rozpětí vykazuje domov pro osoby se zdravotním postižením (minimální věk 14, maximální věk 99). Průměrný věk se v uvedených typech zařízení pohybuje od 72 do 82 let. "Nejmladší" klienti se nacházejí v domově pro osoby se zdravotním postižením (72 let), "nejstarší" naopak v domově pro seniory. Jelikož je průměrný věk zatížen odlehkými (krajními) hodnotami, pro posouzení střední hodnoty věku je vhodnější použít medián.<sup>17</sup> V tomto případě dosahují střední hodnoty věku v jednotlivých typech zařízení přibližně stejných hodnot. Věkovou strukturu lze rovněž posoudit i pomocí modu.<sup>18</sup>

Tabulka č. 8 **Struktura klientů v jednotlivých typech zařízení poskytujících pobytové sociální služby**

typ zařízení	počet uživatelů			průměrný věk			medián	modus
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy		
domov pro osoby se zdravotním postižením	368	110	258	72	57	78	80,5	86
domov pro seniory	868	221	647	82	77	83	84	84
domov se zvláštním režimem	197	69	128	77	70	81	80	89

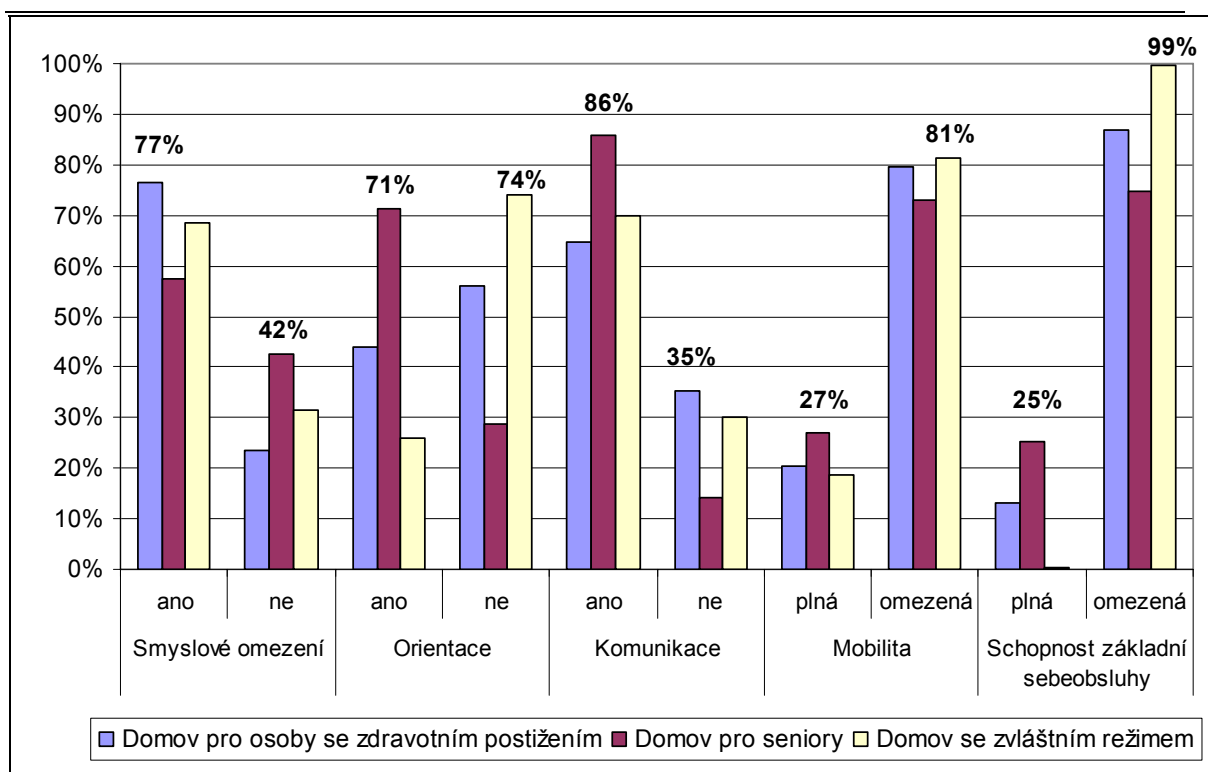
*Pramen: vlastní zpracování*

Struktura klientů z hlediska smyslového omezení, orientace, mobility, komunikace a schopnosti základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu v jednotlivých typech zařízení je znázorněna na grafu č. 1. Ve všech typech zařízení je naprostá většina klientů se smyslovým omezením (DZP 77 %, DS 58 %, DZR 69 %), s omezenou mobilitou (DZP 80 %, DS 73 %, DZR 81 %) a omezenou schopností základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu (DZP 87 %, DS 75 %, DZR 99 %). Většina klientů je schopna komunikovat (DZP 65 %, DS 86 %, DZR 70 %), přičemž v případě domova pro seniory jsou rovněž téměř tři čtvrtiny klientů (71 %) schopny orientovat se - na rozdíl od domova pro osoby se zdravotním postižením a domova se zvláštním režimem (DZP 44 %, DZR 26 %).

<sup>17</sup> medián = prostřední hodnota z uspořádaného souboru

<sup>18</sup> modus = nejčastější hodnota

Graf č. 1 **Struktura klientů z hlediska smyslového omezení, orientace, mobility, komunikace a schopnosti základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu v jednotlivých typech zařízení**

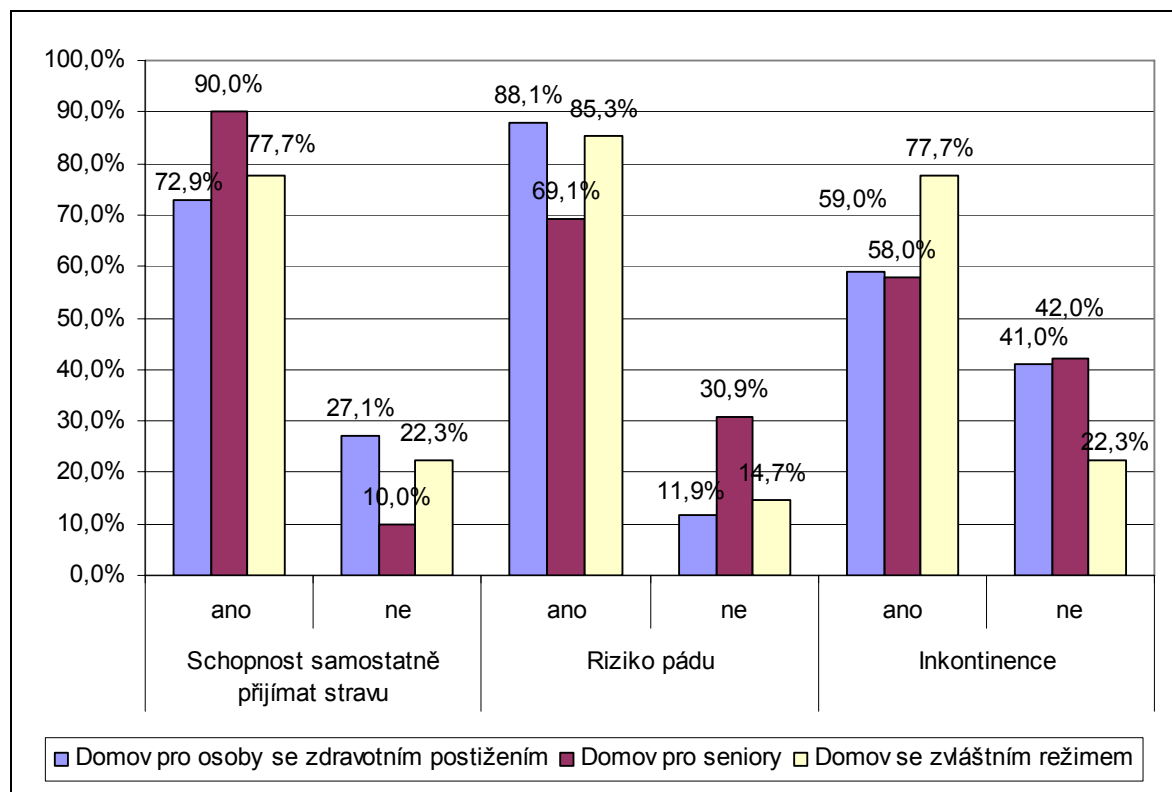


Pramen: vlastní zpracování

Na základě provedeného předvýzkumu došlo k rozšíření dotazníkových formulářů, a to jmenovitě o schopnost samostatně přijímat stravu, riziko pádu a inkontinenci. Tuto doplněnou strukturu uživatelů pobytových zařízení zobrazuje graf č. 2. Lze si povšimnout, že v uvedených typech pobytových zařízení je naprostá většina klientů schopna samostatně přijímat stravu (DZP 73 %, DS 90 %, DZR 78 %), s rizikem pádu (DZP 88 %, DS 69 %, DZR 85 %) a inkontinencí (DZP 59 %, DS 58 %, DZR 78 %).

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Graf č. 2 **Struktura klientů z hlediska schopnosti samostatně přijímat stravu, rizika pádu a inkontinence v jednotlivých typech zařízení**

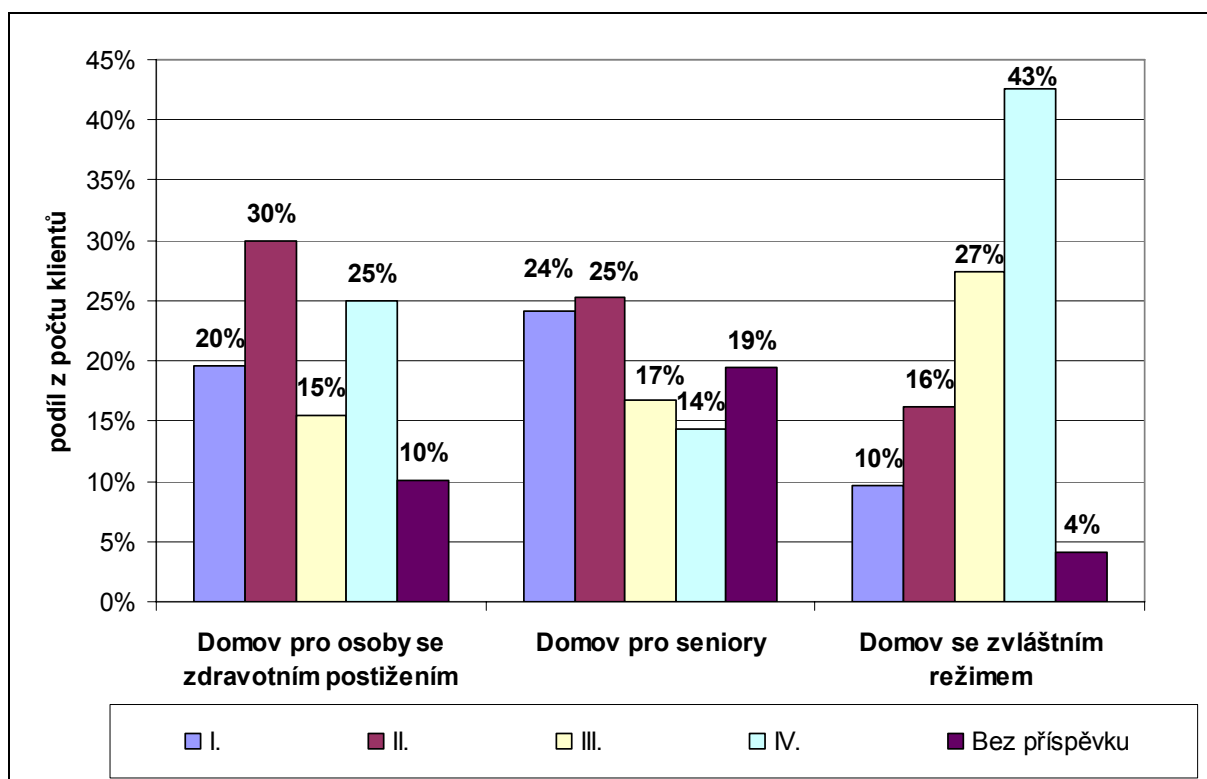


Pramen: vlastní zpracování

Rozložení počtu osob pobírajících příspěvek na péči v jednotlivých typech zařízení nám názorně zobrazuje graf č. 3. V domově pro osoby se zdravotním postižením pobírá nejvíce osob příspěvek na péči II. stupně (30 %), stejně tak jako v domově pro seniory (25 %). Oproti tomu v domově se zvláštním režimem pobírá téměř polovina klientů (43 %) příspěvek na péči IV. stupně. Největší podíl osob bez příspěvku na péči je v domově pro seniory (19 %).

Průměrná výše příspěvku na péči, vypočítaná jako vážený aritmetický průměr, dosahuje nejvyšší hodnoty v domově se zvláštním režimem, jejíž výše činí 7 726 Kč. V domově pro osoby se zdravotním postižením činí 5 576 Kč a v domově pro seniory 4 410 Kč.

Graf č. 3 Podíl osob pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu osob v daném typu zařízení poskytujících pobytové sociální služby



Pramen: vlastní zpracování

Základní diagnóza pacienta je stanovena podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch a zdravotních problémů. Jelikož v některých případech bylo zaznamenáno více diagnóz najednou, pro dodržení jednotnosti analýzy byla použita pouze první z nich uvedená.

Základní diagnózy klientů v jednotlivých typech zařízení lze rozřadit podle kapitol MKN-10. Z tabulky č. 9 je patrné, že v domově pro osoby se zdravotním postižením jsou nejčastější nemoci oka a očních adnex, nemoci ucha (32 %), nemoci duševní a poruchy chování (29 %) a nemoci oběhové soustavy (20 %). V domově pro seniory postihují nemoci oběhové soustavy téměř jednu polovinu klientů (40 %). Dále jsou zde velmi časté nemoci duševní a poruchy chování (22 %) a nemoci endokrinní a metabolické (18 %). V případě domova se zvláštním režimem trpí více než tři čtvrtiny jeho obyvatel nemocemi duševními a poruchami chování (78 %) a 13 % nemocemi oběhové soustavy.

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 9 **Podíl klientů (v %) v jednotlivých typech zařízeních podle kapitol MKN-10 obsahujících základní diagnózu klienta**

kapitola	název kapitoly	domov pro osoby se zdravotním postižením	domov pro seniory	domov se zvláštním režimem
A, B	infekční a parazitární nemoci	0%	0%	0%
C	novotvary	1%	1%	0%
D	nemoci krve a imunity	0%	1%	0%
E	nemoci endokrinní a metabolické	10%	18%	5%
F	nemoci duševní a poruchy chování	29%	22%	78%
G	nemoci nervové soustavy	5%	5%	2%
H	nemoci oka a očních adnex, nemoci ucha	32%	2%	0%
I	nemoci oběhové soustavy	20%	40%	13%
J	nemoci dýchací soustavy	0%	1%	0%
K	nemoci trávicí soustavy	1%	2%	1%
L	nemoci kůže a podkožního vaziva	1%	1%	1%
M	nemoci svalové a kosterní soustavy	0%	4%	0%
N	nemoci močové a pohlavní soustavy	1%	2%	0%
O, P, Q	těhotenství, porod, šestinedělí, perinatální stavy, vrozené vady, deformace	1%	0%	0%
R	příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	0%	1%	0%
S, T	poranění, otravy, následky působení vnějších příčin	0%	1%	2%
V, W, X, Y	zevní příčiny nemocí a úmrtí	0%	0%	0%
Z	faktory ovlivňující zdravotní stav	1%	0%	0%
U	kódy pro speciální účely	0%	0%	0%

*Pramen: vlastní zpracování*

Nejfrekventovanější základní diagnózy v uvedených typech pobytových zařízení zobrazují grafy v příloze č. 5 - 7. Lze si povšimnout, že v domově pro osoby se zdravotním postižením se nachází nejvíce klientů se základní diagnózou F73.9 - hluboká mentální retardace bez zmínky o poruchách chování (77 klientů, tj. 21 %), diagnózou I69.4 - následky cévní příhody mozkové (mrtvice) neurčené jako krvácení nebo infarkt (28 klientů, tj. 8 %) a diagnózou I25.9 - chronická ischemická choroba srdeční NS (24 klientů, tj. 7 %). V domově pro seniory je nejčastější diagnóza I25.9 (89 klientů, tj. 10 %), F01.9 - vaskulární demence NS (81 klientů, tj. 9 %) a E11.9 - diabetes mellitus nezávislý na inzulínu, bez komplikací (58 klientů, tj. 7 %). V případě domova se zvláštním režimem je v naprosté většině případů diagnostikována diagnóza F01.9 - vaskulární demence NS (84 klientů, 43 %), F01 - vaskulární demence (10 % klientů) a F03 - neurčená demence (5 % klientů).

V průběhu sledovaného období byl u každého klienta v jednotlivých typech zařízení zaznamenáván počet kontaktů personálu s klientem v rámci skutečně poskytnutých ošetrovatelských výkonů. Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v daném typu zařízení zobrazují grafy v příloze č. 8 - 10. V domově pro osoby se zdravotním postižením podobně jako v domově se zvláštním režimem jsou nejčastěji vykonávány: materiálový výkon 6623 (DZP 21 %, DZR 18 %), aplikace léků p. o. (DZP 20 %, DZR 16 %) a bonifikační kód za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu (DZP 14 %, DZR 17 %). V domově pro seniory mezi nejčastěji prováděné výkony patří rovněž materiálový



## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

výkon 6623 (24 %), aplikace léků p. o. (23 %) a komplexní hygienická péče, prevence proleženin (15 %).

Průměrný počet kontaktů s klientem během jednoho dne u daného zdravotního výkonu zobrazuje tabulka č. 10. Je patrné, že u všech typů zařízení se jednomu klientovi v průměru 2 - 3x denně aplikují léky per os a 1 - 2x denně se provádí komplexní hygienická péče a prevence proleženin. Zatímco v domově pro osoby se zdravotním postižením se rovněž u jednoho klienta v průměru 1x denně vykonává rehabilitační ošetřování a nácvik lokomoce, v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem je tento průměrný počet kontaktů nulový. Průměrný počet skutečně poskytnutých výkonů na jednoho klienta během celého sledovaného období je uveden v příloze č. 11.

Tabulka č. 10 **Průměrný počet skutečně poskytnutých výkonů na klienta denně v jednotlivých typech zařízení**

výkony	domov pro osoby se zdravotním postižením		domov pro seniory		domov se zvláštním režimem	
	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů
aplikace léků p.o.	3	3	2	3	2	3
aplikace léků ostatní formy	1	0	0	0	0	0
kód 6623	3	3	2	3	2	3
rehabilitační ošetřování - polohování	0	0	0	0	2	0
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	1	0	0	0	0	0
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	1	0	1	0	2	2
nácvik soběstačnosti	0	0	0	0	1	0
kód 6649	2	1	1	1	2	2
komplexní kineziologické vyšetření	1	0	0	0	0	0

*Pramen: vlastní zpracování*

Na základě provedeného předvýzkumu došlo k rozšíření dotazníkových formulářů o osm zdravotních výkonů, a to o:

- asistenci druhé osoby,
- vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie,
- vyšetření ergoterapeutem kontrolní,
- individuální terapie základní,
- individuální terapie s využitím dílen,
- nácvik všedních denních činností ADL,
- ergoterapie skupinová základní
- ergoterapie skupinová s využitím dílen.

Počet skutečně provedených výkonů v této struktuře (tj. celkem 68 typů výkonů) se zjišťoval u 1 180 klientů (aby nedošlo ke zkreslení, data získaná

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

z předvýzkumu byla vyřazena). Průměrný počet skutečně poskytnutých výkonů klientovi během jednoho dne znázorňuje tabulka č. 11, přičemž hodnoty během celého sledovaného období jsou uvedeny v příloze č. 12.

Tabulka č. 11 **Průměrný počet skutečně poskytnutých výkonů klientovi během 1 dne v jednotlivých typech zařízení**

výkony	domov pro osoby se zdravotním postižením		domov pro seniory		domov se zvláštním režimem	
	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů	průměrný počet kontaktů	medián kontaktů
aplikace léků p.o.	3	3	2	3	2	3
aplikace léků ostatní formy	1	0	0	0	0	0
kód 6623	4	3	2	3	2	3
rehabilitační ošetřování - polohování	1	0	1	0	2	0
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	1	0	0	0	0	0
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0	0	1	0	2	2
asistence 2. osoby	0	0	0	0	1	0
nácvik soběstačnosti	0	0	0	0	1	0
kód 6649	2	1	1	1	2	2
komplexní kineziologické vyšetření	1	0	0	0	0	0

*Pramen: vlastní zpracování*

Těžiště analytických prací bylo položeno na sledování závislostí mezi počtem skutečně poskytnutých zdravotních výkonů u klienta a jeho pohlavím, věkem, příspěvkem na péči podle stupně závislosti, smyslovým omezením, orientací, mobilitou, schopností základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu a základní diagnózou.

Existenci lineární závislosti mezi počty provedených zdravotních výkonů a pohlavím klienta lze zjistit pomocí korelační analýzy. Zanalyzováním všech údajů za všechna zařízení celkem lze dojít k závěru, že lineární závislost mezi pohlavím klienta a zdravotním výkonem se prokázala na 5 % hladině významnosti<sup>19</sup> ve třinácti případech z 68 zjišťovaných zdravotních výkonů.

Síly závislostí za celé provedené šetření a jednotlivé typy pobytových zařízení jsou uvedeny v příloze č. 13, neboť se vesměs jedná o velmi slabé a slabé přímé či nepřímé závislosti. V tabulce č. 12 jsou zobrazeny pouze vybrané hodnoty. Lze si povšimnout, že např. v domově pro osoby se zdravotním postižením vykazuje středně slabou nepřímou závislost na pohlaví klienta výkon "komplexní kineziologické vyšetření" (korelační koeficient = -0,33), což říká, že tento výkon se provádí spíše u mužů než u žen.

<sup>19</sup> hladina významnosti = chyba prvního druhu (tj. přijetí alternativní hypotézy, ačkoliv platí testovaná hypotéza)

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 12 **Síla lineární závislosti mezi pohlavím klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i v celém šetření**

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
aplikace léků p.o.	0,16	0,08	-0,20	0,06
aplikace léků ostatní formy	0,14	x	-0,22	x
kód 6623	0,14	0,08	-0,27	x
péče o permanentní katetr	-0,11	-0,15	-0,23	-0,16
kód 6635	0,13	x	-0,16	x
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,24	x	0,20	0,12
edukace pacienta	0,11	x	-0,21	-0,06
kód 6645	x	x	0,16	x
kód 6649	0,18	x	x	x
komplexní kineziologické vyšetření	-0,33	x	x	-0,17
kontrolní kineziologické vyšetření	x	x	-0,16	x
fyzikální terapie II	x	x	-0,18	x
LTV individuální	x	x	0,19	x
LTV na neurofyziologickém podkladě	x	x	-0,16	x

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

*Pramen: vlastní zpracování*

Rovněž závislost mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a věkem klienta lze ověřit pomocí korelační analýzy. Při analýze celkového počtu provedených výkonů (tj. souhrn za 68 typů zdravotních výkonů) u klienta bez ohledu na typ pobytového zařízení na 5% hladině významnosti nelze prokázat závislost mezi věkem klienta a počtem skutečně provedených zdravotních výkonů. Při zohlednění typu pobytového zařízení lze prokázat na 5% hladině významnosti v domově pro osoby se zdravotním postižením slabou přímou závislost (korelační koeficient = 0,20) a v domově pro seniory velmi slabou přímou závislost (korelační koeficient = 0,08).

V rámci celého šetření byla na 5 % hladině významnosti prokázána závislost u dvanácti typů zdravotních výkonů, přičemž silnější závislost (-0,54 - středně silná nepřímá závislost) se vyskytuje pouze u komplexního kineziologického vyšetření (tzn. čím vyšší věk, tím méně se klientovi tento výkon poskytuje). Síly jednotlivých závislostí za celé provedené šetření a jednotlivé typy pobytových zařízení jsou uvedeny v příloze č. 14, tabulka č. 13 ukazuje pouze vybrané hodnoty. U domova pro osoby se zdravotním postižením se projevila středně slabá přímá závislost (0,35) u rehabilitačního ošetřování - nácvik lokomoce (tzn. čím je klient starší, tím více se u něho provádí lokomoce) a věkem klienta a středně silná nepřímá závislost u komplexního kineziologického vyšetření (-0,64). U domova se zvláštním režimem vykazuje "nejsilnější" závislost výkon edukace pacienta (-0,28, tzn. čím je klient starší, tím méně se u něho provádí edukace).

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 13 **Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi věkem klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i v celém šetření**

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
aplikace léků p.o.	0,12	x	-0,22	x
aplikace léků ostatní formy	0,18	x	x	x
kód 6623	x	x	-0,2	x
péče o permanentní katetr	x	x	-0,16	x
kód 6631	x	x	-0,2	x
hodnocení fyziologických funkcí	0,24	x	x	x
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,35	0,1	x	0,12
rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	0,23	x	-0,16	0,06
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,21		0,19	0,14
edukace pacienta	x	x	-0,28	x
nácvik soběstačnosti	0,12	0,15	x	x
kód 6645	x	x	0,16	x
kód 6649	0,26	x	x	0,07
komplexní kineziologické vyšetření	-0,64	x	x	-0,54
masáž reflexní a vazivová	x	x	-0,22	x
individuální LTV - nácvik lokomoce a mobility	0,18	x	x	0,07
vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie*	x	x	-0,26	x
ergoterapie skupinová základní*	x	x	0,21	0,08

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

*Pramen: vlastní zpracování*

Provedením korelační analýzy mezi poskytovaným příspěvkem na péči podle stupně závislosti a celkovým počtem skutečně poskytnutých zdravotních výkonů za celé šetření lze zjistit, že na 5% hladině významnosti zde existuje mnohem silnější statistická lineární závislost než v předchozích případech. V rámci celého šetření byla prokázána středně silná přímá závislost mezi příspěvkem na péči a počtem provedených výkonů u klienta (korelační koeficient = 0,5 - tzn. čím vyšší příspěvek na péči klient pobírá, tím více je mu poskytováno ošetrovatelské péče). Po zohlednění typu pobytového zařízení vychází středně silná přímá závislost i u domova pro osoby se zdravotním postižením (0,45) a domova pro seniory (0,52). Pouze u domova se zvláštním režimem se jedná o středně slabou přímou závislost (0,28).

Síly závislostí za celé provedené šetření a jednotlivé typy pobytových zařízení mezi jednotlivými zdravotními výkony a stupněm příspěvku na péči jsou uvedeny v příloze č. 15. Z tabulky č. 14, která zobrazuje pouze vybrané hodnoty, je patrné, že nejsilnější závislost je v domově pro seniory, a to jmenovitě u výkonu komplexní hygienická péče a prevence proleženin (korelační koeficient = 0,51 - středně silná přímá závislost).

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 14 **Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi příspěvkem na péči podle stupně závislosti a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i v celém šetření**

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
aplikace léků p.o.	0,33	0,25	-0,21	0,23
aplikace léků ostatní formy	0,19	x	-0,14	0,06
kód 6623	0,34	0,22	-0,19	0,23
vyšetření stavu pacienta - ekg	-0,11	x	-0,18	-0,05
hodnocení fyziologických funkcí	-0,23	x	x	x
rehabilitační ošetřování - polohování	0,26	0,32	0,31	0,32
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,25	0,2	0,21	0,22
rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	0,17	0,16	x	0,13
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,27	0,51	0,38	0,4
asistence	x	0,35	0,27	0,28
edukace pacienta	x	x	-0,24	x
nácvik soběstačnosti	0,11	0,1	x	0,15
kód 6645	0,26	0,3	0,36	0,32
kód 6649	0,34	0,42	0,27	0,41
komplexní kineziologické vyšetření	0,28	x	x	0,15
fyzikální terapie II	-0,2	-0,09	x	-0,11
LTV individuální	0,11	0,11	0,2	0,13
LTV na neurofyziologickém podkladě	x	0,18	x	0,1
individuální terapie základní*	x	0,21	x	0,13

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

*Pramen: vlastní zpracování*

Z hlediska závislosti mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a smyslovým omezením klienta lze v rámci celého šetření (počet skutečně poskytnutých zdravotních výkonů celkem u klienta) bez rozlišení typu pobytového zařízení prokázat na 5% hladině významnosti slabou nepřímou lineární závislost (korelační koeficient = -0,22), tzn. pokud je klient smyslově omezen, tím více výkonů se mu poskytuje. Směr této závislosti je zachován i po zohlednění jednotlivých typů pobytových zařízení - domov pro osoby se zdravotním postižením (-0,14), domov pro seniory (-0,23), domov se zvláštním režimem (-0,16).

Síly všech statisticky významných závislostí mezi jednotlivými typy skutečně poskytnutých zdravotních výkonů a smyslovým omezením klienta jsou uvedeny v příloze č. 16. Tabulka č. 15 zobrazuje pouze vybrané hodnoty, z nichž je zřejmé, že žádná nedosahuje středně silné závislosti. Za povšimnutí stojí výkon aplikace léků per os, u něhož existuje slabá nepřímá závislost se smyslovým omezením klienta v případě domova pro seniory, zatímco v domově se zvláštním režimem je tato závislost přímá.

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 15 **Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi smyslovým omezením u klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem**

výkon	DOZP	DS	ZR	celkem
aplikace léků p.o.	x	-0,2	0,24	-0,15
aplikace léků ostatní formy	-0,17	-0,11	x	-0,14
kód 6623	-0,18	-0,2	0,23	-0,18
rehabilitační ošetřování - polohování	x	x	-0,24	-0,09
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	-0,13	-0,08	x	-0,15
rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	-0,16	-0,07	x	-0,1
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	-0,11	-0,16	x	-0,13
asistence	x	x	-0,24	-0,07
nácvik soběstačnosti	x	-0,11	0,26	x
kód 6645	x	x	x	-0,08
kód 6649	-0,18	-0,14	-0,16	-0,18
komplexní kineziologické vyšetření	0,17	x	x	x
LTV individuální	x	-0,1	-0,22	-0,07
nácvik všedních denních činností ADL*	x	x	-0,2	-0,09
ergoterapie skupinová základní*	x	x	-0,15	-0,06

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

*Pramen: vlastní zpracování*

Mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a klientovou schopností orientovat se lze na 5% hladině významnosti prokázat středně slabou přímou závislost (korelační koeficient = 0,34), tzn. že pokud klient není schopen orientovat se, tím více se mu poskytuje ošetrovatelské péče. Po zohlednění jednotlivých typů pobytových zařízení prokážeme středně slabou závislost i u domova pro osoby se zdravotním postižením (0,35) a domova pro seniory (0,28). V domově se zvláštním režimem existuje slabá závislost (0,14). Všechny statisticky významné vztahy mezi jednotlivými typy zdravotních výkonů a schopností orientace jsou uvedeny v příloze č. 17, tabulka č. 16 zobrazuje pouze vybrané hodnoty, jejichž závislost je "silnější".

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 16 **Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi orientační schopností klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem**

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
aplikace léků p.o.	0,28	0,14	x	0,19
aplikace léků ostatní formy	0,2	0,13	-0,22	0,14
kód 6623	0,35	0,15	x	0,22
hodnocení fyziologických funkcí	-0,24	0,1	x	x
rehabilitační ošetřování - polohování	0,19	0,17	x	0,2
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,14	x	0,17	0,16
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,15	0,22	0,17	0,19
nácvik soběstačnosti	x	0,16	0,19	0,21
kód 6645	0,2	0,18	0,24	0,23
kód 6649	0,28	0,24	x	0,3
komplexní kineziologické vyšetření	0,22	x	x	0,16
fyzikální terapie II	-0,17	x	x	x
nácvik všedních denních činností ADL*	x	0,08	0,15	0,15

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

*Pramen: vlastní zpracování*

Celková poskytnutá ošetrovatelská péče jednomu klientovi během sledovaného období bez ohledu na typ pobytového zařízení vykazuje na 5% hladině významnosti střední přímou závislost (korelační koeficient = 0,36) s jeho mobilitou, tzn. že pokud má klient omezenou mobilitu, tím více se mu poskytuje celkové ošetrovatelské péče. V případě jednotlivých typů zařízení lze rovněž prokázat středně slabou přímou závislost mezi celkovou ošetrovatelskou péčí a mobilitou klienta (DZP = 0,32; DS = 0,40; DZR = 0,24).

Síly všech statisticky významných závislostí mezi jednotlivými typy skutečně provedených zdravotních výkonů a mobilitou klienta jsou uvedeny v příloze č. 18, tabulka č. 17 zobrazuje pouze vybrané hodnoty. Středně slabá přímá závislost existuje u výkonu komplexní hygienická péče, prevence proleženin, jejíž hodnota je "nejsilnější" jak v domově pro seniory (0,34), domově se zvláštním režimem (0,29), tak i za celé šetření celkem (0,29).

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Tabulka č. 17 **Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi mobilitou klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem**

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
aplikace léků p.o.	0,25	0,27	-0,19	0,22
aplikace léků ostatní formy	0,18	x	x	0,11
kód 6623	0,24	0,25	x	0,22
rehabilitační ošetřování - polohování	0,11	0,16	0,24	0,16
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,27	0,14	0,24	0,19
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,2	0,34	0,29	0,29
asistence	x	0,19	0,18	0,17
edukace pacienta	x	0,08	-0,21	x
nácvik soběstačnosti	x	0,15	-0,22	x
kód 6645	0,12	0,16	0,2	0,16
kód 6649	0,23	0,31	0,2	0,27
ergoterapie skupinová základní*	x	x	0,17	x

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

*Pramen: vlastní zpracování*

Střední přímá závislost (korelační koeficient = 0,38) byla zjištěna mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a schopností základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu u klienta v rámci celého provedeného šetření, po zohlednění jednotlivých typů pobytových zařízení však dochází k odlišným výsledkům. Zatímco domov pro osoby se zdravotním postižením a domov pro seniory vykazují rovněž střední přímou závislost (DZP = 0,30, DS=0,42), v případě domova se zvláštním režimem naopak nebyla prokázána žádná statisticky významná závislost, což je způsobeno tím, že 99 % klientů má omezenou schopnost základní sebeobsluhy. Všechny statisticky významné vztahy mezi jednotlivými typy zdravotních výkonů a schopností základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu jsou uvedeny v příloze č. 19, přičemž tabulka č. 18 zobrazuje pouze vybrané hodnoty.

Tabulka č. 18 **Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi schopností základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu u klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem**

výkon	DOZP	DS	ZR	celkem
aplikace léků p.o.	0,27	0,36	x	0,32
kód 6623	0,27	0,32	x	0,30
rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,26	0,14	x	0,18
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,15	0,33	x	0,26
asistence	x	0,17	x	0,13
kód 6649	0,25	0,32	x	0,30

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

*Pramen: vlastní zpracování*



## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

Závislost mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a základní diagnózou klienta lze analyzovat pomocí analýzy rozptylu. Vzhledem k tomu, že u některých klientů bylo zaznamenáno více diagnóz najednou, pro dodržení jednotnosti analýzy byla vybrána pouze první z nich uvedená.

Stanovením hypotéz,<sup>20</sup> výpočtem testového kritéria a kritického oboru lze dospět k závěru, že na 5% hladině významnosti lze zamítnout hypotézu o nezávislosti celkové skutečně poskytnuté ošetrovatelské péče u klienta na základní diagnóze. Těsnost takto zjištěné závislosti vyjádříme pomocí poměru determinace (0,38), který není příliš vysoký. Po zohlednění jednotlivých typů pobytových zařízení lze přijmout alternativní hypotézu o závislosti mezi výše uvedenými proměnnými, a to pouze u domova pro osoby se zdravotním postižením (poměr determinace = 0,39) a domova pro seniory (poměr determinace = 0,41). V případě domova se zvláštním režimem se nepodařilo na 5% hladině významnosti vyvrátit hypotézu o nezávislosti.

Všechny statisticky významné závislosti mezi konkrétními výkony a základní diagnózou, jejichž těsnost je vyjádřena poměrem determinace, jsou uvedeny v příloze č. 20, v tabulce č. 19 jsou zobrazeny pouze vybrané výkony, u nichž se vyskytl silnější poměr determinace.

Tabulka č. 19 **Těsnost závislosti (poměr determinace) mezi základní diagnózou klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem**

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
zavedení permanentního katetru u ženy	x	0,93	x	0,43
kód 6631	x	x	1	x
vyšetření stavu pacienta - glukometr	0,29	x	0,93	x
vyšetření stavu pacienta - biolampa	0,61	0,86	x	0,69
kód 6635	0,34	x	0,75	x
kód 6639	x	0,78	x	0,47
odsávání a zajištění průchodnosti dýchacích cest	0,33	0,99	x	0,5
fyzikální terapie II	x	0,39	0,93	x
masáž reflexní a vazivová	x	0,7	0,82	0,75
vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie*	x	0,94	0,71	0,74
individuální terapie základní*	x	x	0,82	0,39

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

Pramen: vlastní zpracování

Závislost mezi příspěvkem na péči podle stupně závislosti a základní diagnózou klienta lze analyzovat pomocí analýzy rozptylu. Obdobným postupem jako v předchozím případě lze dospět k závěru, že na 5 % hladině významnosti lze přijmout hypotézu o závislosti mezi příspěvkem na péči podle stupně závislosti a základní diagnózou klienta, nicméně těsnost takto zjištěného vztahu vyjádřená poměrem determinace (0,40) není příliš vysoká.

Náklady na skutečně poskytnutou ošetrovatelskou péči podle typů pobytových zařízení lze zjistit pomocí bodového ohodnocení jednotlivých výkonů, jež se následovně přepočítá příslušnými cenovými koeficienty. Takto spočítané měsíční náklady na

<sup>20</sup> H0: proměnné jsou nezávislé; H1: proměnné jsou závislé

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

skutečně poskytnutou ošetrovatelskou péči jednomu klientovi v Kč zobrazuje tabulka č. 20. Z tabulky je zřejmé, že nejnižších měsíčních nákladů na ošetrovatelskou péči dosahuje domov pro seniory (5 086 až 5 719 Kč), naopak nejvyšších domov pro osoby se zdravotním postižením (11 170 až 12 028 Kč).

Tabulka č. 20 **Měsíční náklady na poskytnutou ošetrovatelskou péči na jednoho klienta v Kč a jejich podíl na celkových průměrných nákladech**

typ pobytového zařízení	měsíční náklady		podíl min. nákladů ošetrovatelské a rehabilitační péče na průměrných celkových nákladech (v %)
	min.*	max.*	
domov pro osoby se zdravotním postižením	11 170	12 028	45,1
domov pro seniory	5 086	5 719	28,5
domov se zvláštním režimem	8 672	9 417	42,1

Pozn.: \* výše nákladů závisí na nasmlouvané výši hodnoty bodu konkrétních pobytových zařízení sociálních služeb s konkrétní zdravotní pojišťovnou

Pramen: vlastní zpracování

Jestliže v ČR je 41 618 míst v domovech pro seniory, 16 638 míst v domovech pro občany se zdravotním postižením a 3 829 míst v zařízeních se zvláštním režimem, lze celkové náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče kvantifikovat na 5 169 mil. Kč. Pokud zdravotní pojišťovny zaplatily v r. 2007 za tuto péči pouze 514 mil. Kč, je zřejmé, že je třeba hledat taková řešení, která by přispěla k narovnání tohoto nepoměru (podrobněji viz kapitola č. 3).

## 2.5 Zmapování rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné

Pro porovnání rozsahu poskytované ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb bylo rovněž provedeno šetření o rozsahu takto poskytované péče v jednom zdravotnickém zařízení. Z tabulky č. 21 vyplývá, že struktura uživatelů v LDN podle pohlaví a věku je v zásadě shodná se strukturou klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb, přičemž jak z hlediska podílu uživatelů v zařízení, tak i jeho průměrného věku je největší podobnost s domovem pro seniory.

Tabulka č. 21 **Struktura klientů v LDN a v domovech pro seniory**

typ zařízení	uživatelé		průměrný věk			medián
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	
LDN	22%	78%	80	73	82	82
DS	25%	75%	82	77	83	84

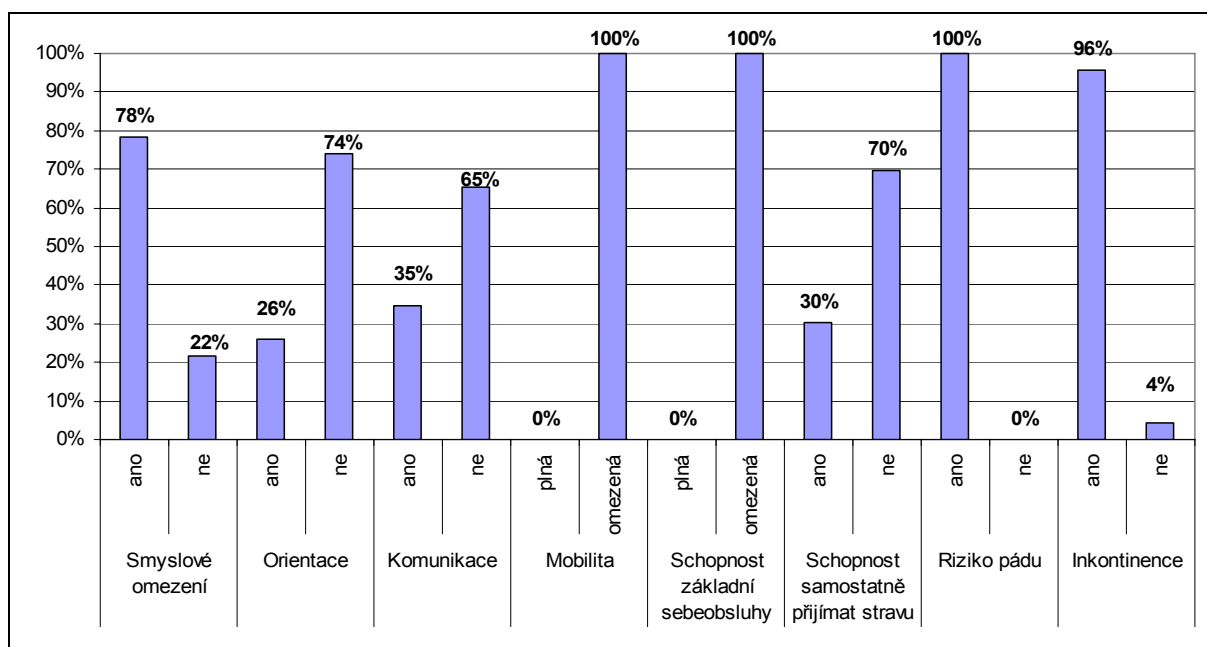
Pramen: vlastní zpracování

Struktura klientů z hlediska smyslového omezení, orientace, mobility, komunikace, schopnosti základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu,

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

schopnosti samostatně přijímat stravu, rizika pádu a inkontinence je znázorněna na grafu č. 4. V případě smyslového omezení je struktura uživatelů LDN obdobná jako u domova pro osoby se zdravotním postižením (DZP 77 %, LDN 78 %). V případě orientace a schopnosti základní sebeobsluhy je struktura naprosto shodná jako u domova se zvláštním režimem (74 % uživatelů se neorientuje a 99-100 % má omezenou schopnost sebeobsluhy). Většina uživatelů LDN má rovněž omezenou mobilitu, riziko pádu a problémy s inkontinencí. Rozdíly oproti pobytovým zařízením nastávají pouze v případě komunikace a schopnosti přijímat stravu (naprostá většina uživatelů má problémy s komunikací (65 %) a se samostatným přijímáním stravy (70 %)).

**Graf č. 4 Struktura klientů z hlediska smyslového omezení, orientace, mobility, komunikace, schopnosti základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu, schopnosti samostatně přijímat stravu, rizika pádu a inkontinence v LDN**



*Pramen: vlastní zpracování*

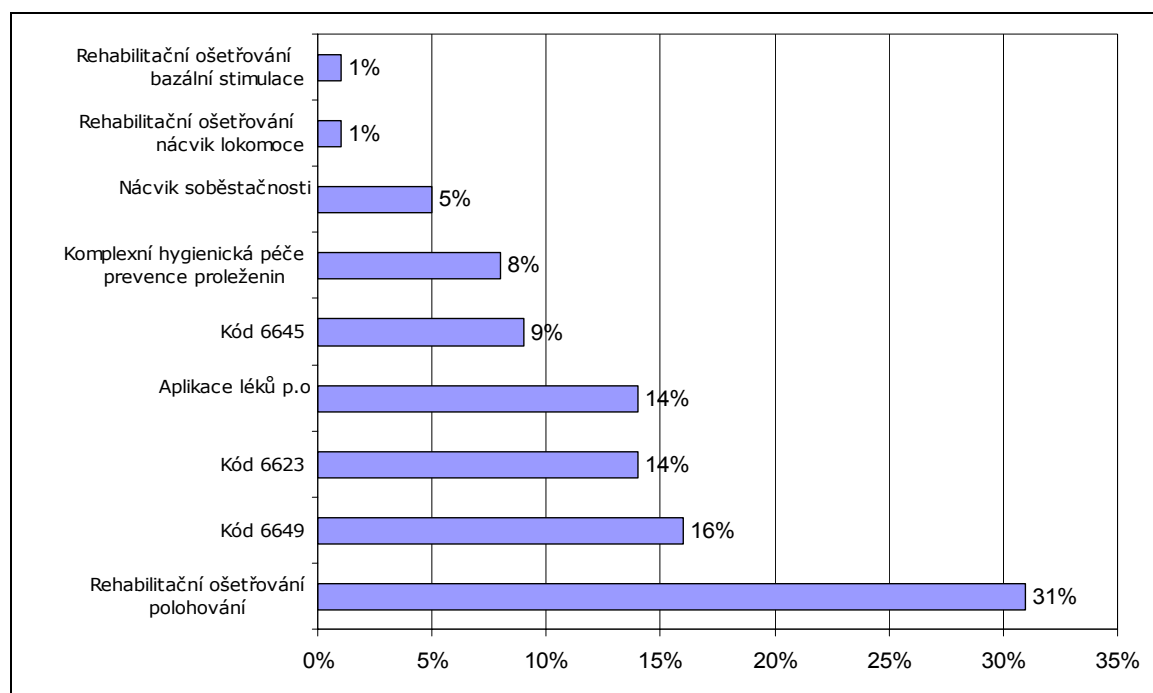
Uživatelé LDN se oproti pobytovým zařízením sociálních služeb dále liší i v příspěvku na péči podle stupně závislosti. Téměř polovina jich pobírá příspěvek na péči IV. stupně - úplná závislost (48 %) a 43 % příspěvek na péči III. stupně - těžká závislost, od čehož se odvíjí i průměrná měsíční výše příspěvku na péči ve výši 9 000 Kč.

Z hlediska základní diagnózy podle MKN-10 mají více než tři čtvrtiny uživatelů (78 %) nemoci oběhové soustavy, přičemž nejčastější jsou diagnózy I70.9 - generalizovaná a neurčená ateroskleróza (43 %), I69.3 - následky mozkového infarktu (13 %) a I63.9 - mozkový infarkt (13 %).

Obdobným způsobem jako v případě pobytových zařízení byl u každého uživatele LDN v průběhu sledovaného období zaznamenáván počet poskytnutých ošetrovatelských výkonů, přičemž nejčastěji prováděné výkony shrnuje graf č. 5.

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

**Graf č. 5 Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů**



*Pramen: vlastní zpracování*

Průměrný počet skutečně poskytnuté ošetrovatelské péče v LDN za jeden den shrnuje tabulka č. 22. Uživatelé se v průměru 2x denně aplikují léky per os, 4x denně se u něho provádí polohování, 1x denně komplexní hygienická péče, prevence proleženin a nácvik soběstačnosti. V případě srovnání průměrně poskytnutých výkonů v léčebně pro dlouhodobě nemocné a v pobytových zařízeních zjistíme, že nejbližší shoda nastává s domovem se zvláštním režimem (aplikace léků per os, materiálový výkon 6623, nácvik soběstačnosti a bonifikační kód 6649). Oproti pobytovým zařízením je však v léčebně pro dlouhodobě nemocné navíc 1x denně zaznamenáván bonifikační kód 6645 (tj. práce v době od 22:00 do 6:00 hod.) a 4x denně se provádí polohování (u pobytových zařízení pouze domov se zvláštním režimem, a to 2x denně).

**Tabulka č. 22 Průměrný počet skutečně poskytnuté ošetrovatelské péče za 1 den/uživatel**

výkon	průměr	medián
aplikace léků p.o.	2	2
kód 6623	2	2
rehabilitační ošetřování - polohování	4	7
komplexní hygienická péče, prevence proleženin	1	1
nácvik soběstačnosti	1	0
kód 6645	1	2
kód 6649	2	3

## 2. Vyhodnocení poznatků získaných v rámci realizovaného šetření

---

Měsíční náklady na ošetrovatelskou péči u jednoho uživatele se pohybují v rozmezí 6 495 až 7 434 Kč. V porovnání s pobytovými zařízeními se takto odhadnuté náklady pohybují na pomezí nákladů na ošetrovatelskou péči v domově pro seniory (5 086 - 5 719 Kč) a v domově se zvláštním režimem (8 672 - 9 417 Kč).

## **3. Navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče a jejich testování**

### **3.1 Navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče**

Na základě poznatků získaných v uplynulém období (nejenom při řešení tohoto projektu) lze navrhnout dva variantní způsoby vykazování a úhrady sociální a zdravotní péče a sice:

- prostřednictvím výkonové platby nebo
- prostřednictvím paušální úhrady za klienta.

Každý z těchto modelů má svoje výhody i nevýhody, které je v rámci rozhodování o konkrétní formě financování zdravotní péče nutno velmi pečlivě zvážit.

K výhodám výkonového modelu vykazování, tedy vykazování předem definovaných výkonů dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, patří především tyto skutečnosti:

- za předpokladu dodržování pravidel indikace a správného vykazování podává poměrně objektivní obraz o potřebě rozsahu i objemu zdravotní péče v úzké vazbě na aktuální zdravotní stav pacienta,
- je spojen s tlakem na kvalitu péče (který však v nekonkurenčním prostředí pobytových zařízení sociálních i zdravotních služeb nebude až tak významný),
- provázanost se spoluúčastí pacienta pozitivně ovlivňuje alokaci dostupných zdrojů na mikroúrovni a objektivizuje tak rozsah i objem poskytované zdravotní péče.

Naopak k jeho nevýhodám patří tyto skutečnosti:

- systém je mimořádně administrativně náročný,
- jedná se o manipulaci s velkým objemem dat a je tudíž zatížen značnou mírou chybovosti,
- je spojen se silnou motivací k nadprodukcí dodatečných výkonů.

K výhodám modelu paušální úhrady (tedy vykazování předem definovaných paušálních úhrad dle seznamu a tíže zdravotního stavu pacienta) patří především skutečnost, že je administrativně velmi jednoduchý. Naopak k jeho nevýhodám patří, že:

- nepodává objektivní obraz o potřebě rozsahu i objemu zdravotní péče v úzké vazbě na aktuální zdravotní stav pacienta,
- je spojen s nedostatečnou motivací ke kvalitě péče (v nekonkurenčním prostředí pobytových zařízení dojde k dalšímu prohloubení),
- je spojen s motivací k odkládání zdravotní péče,
- je spojen s motivací k vykazování neprovedené péče.

### 3. Navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče a jejich testování

---

Při hodnocení těchto předností i nedostatků obou variant řešení je nutno mít na zřeteli, že zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb je v plném rozsahu indukovanou péčí, neboť zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, v § 18 taxativně vyžaduje, aby zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění byla nelékaři poskytována pouze na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Zatímco zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění, resp. prováděcí vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, umožňuje jak všeobecným sestřám, tak i fyzioterapeutům, provádět vyjmenované aktivity zdravotní péče bez ordinace lékaře. Prolomení této kompetenční bariéry zákona č. 48/1997 Sb. je úkolem velmi blízké budoucnosti, kterou si pravděpodobně vynutí prohlubující se nedostatek lékařů v ČR, který je právě v pobytových zařízeních sociálních služeb velmi intenzivní.

V současné době výše uvedený platný zákonný předpoklad předchází ordinace lékařem vytváří velmi silný regulační nástroj v rukách indukujícího lékaře. Této situace intenzivně využívají zdravotní pojišťovny, neboť prostřednictvím indukujícího lékaře vytváří velmi silný tlak na omezování indukce. Tento tlak je mnohem efektivnější než přímý vliv na konkrétního poskytovatele v pobytových zařízeních sociálních služeb, protože smluvní lékař příslušné zdravotní pojišťovny je existenčně závislý na smlouvě se zdravotní pojišťovnou, neboť tato smlouva je uzavírána na dobu určitou a její budoucí prolongace je plně v rukou zdravotní pojišťovny. Proto je volba lékaře, při tlaku zdravotní pojišťovny, velmi jednoduchá. Tato skutečnost je m.j. důsledkem toho, že přijetím zákona č. 108/2006 a č. 109/2006 nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" při poskytování a financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Řešením tohoto problému lze spatřovat např.:

- v opětovném zavedení tzv. "ústavních" lékařů, kdy by lékař-zaměstnanec pobytového zařízení - měl zaregistrovány jeho obyvatele, věnoval by se výhradně péči o tyto uživatele, přičemž veškerá jednání se zdravotními pojišťovnami by zajišťoval zaměstnavatel (otázkou zůstává vyřešení otázky svobodné volby lékaře ze strany uživatele služby),
- v přijetí takové právní úpravy, která by vytvořila žádoucí "zrcadlo" při poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních (zejména registrace poskytovatelů sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních, výplata příspěvku na péči klientům v lůžkových zdravotnických zařízeních, statut zdravotnického zařízení v souladu se zákonem č.160/1992 Sb., pro pobytová zařízení sociálních služeb poskytující zdravotní péči, uzavírání standardních -nikoli zvláštních- smluv o úhradě poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, sjednocení způsobu úhrady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné),
- ve vytvoření tzv. ošetřovatelských zařízení, která by zabezpečovala poskytování ošetřovatelské péče uživatelům, kteří jsou v současné době umístěni na ošetřovatelských odděleních domovů pro seniory a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a zařazením těchto zařízení do sítě zařízení sociálních a zdravotních služeb.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Této problematice bude věnována podrobně pozornost při řešení projektu „Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením“.

## 3.2 Testování variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče

Při testování variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče byla jako východisko využita data o struktuře financování domovů pro seniory za r. 2007 s tím, že prvotní důraz byl položen na zvýšení efektivity celého systému financování sociální a zdravotní péče jak v pobytových zařízeních sociálních služeb, tak i v lůžkových zdravotnických zařízeních. V tomto smyslu lze konstatovat, že:

- v případě, kdy by v pobytových zařízeních sociálních služeb byly uživateli sociálních služeb pouze osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti tak, jak by odpovídalo okruhu poskytovaných činností v těchto zařízeních, bylo by možno (pokud by zdravotní pojišťovny hradily veškerou poskytnutou ošetrovatelskou a rehabilitační péči tak, jak odpovídá Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v odbornosti 913) náklady na provoz těchto zařízení financovat prostřednictvím příspěvku na péči, úhradou klienta za pobyt a stravu a úhradou zdravotních pojišťoven ze systému veřejného zdravotního pojištění bez jakékoli závislosti na poskytnutí dotace ze zdrojů státního rozpočtu nebo rozpočtu zřizovatele (podle provedených propočtů by náklady na systém veřejného zdravotního pojištění činily ročně cca 5,2 mld. Kč),
- v případě, že by v pobytových zařízeních sociálních služeb byly uživateli sociálních služeb osoby s přiznaným příspěvkem na péči v I. a II. stupni závislosti, popř. osoby bez přiznaného příspěvku na péči, měli by se na financování nákladů podílet i zřizovatelé jednotlivých zařízení ve formě poskytovaných dotací ze svých rozpočtů (objem těchto nákladů je obtížné kvantifikovat, v r. 2007 zřizovatelé jednotlivých zařízení dotovali provoz svých zařízení částkou 163 mil. Kč),
- příspěvek na péči by měl být poskytován i uživatelům sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních<sup>22</sup> (VZP při přípravě zákona o sociálních službách tvrdila, že ve zdravotnických zařízeních je cca 15 000 klientů, kteří jsou zde umístěni z jiných než zdravotních důvodů, pokud by všichni tito uživatelé měli přiznan příspěvek na péči ve III. stupni závislosti, činily by celkové náklady na jeho výplatu cca 1,4 mld. Kč ročně).

Je zřejmé, že řešení této otázky je nutno spatřovat -vzhledem k napjatosti všech rozpočtů- především v politické rovině. Spolu s předpokládaným zefektivněním systému poskytování terénních sociálních služeb po předpokládaném zavedení tzv. poukázek a kombinovaného systému financování by však toto řešení přispělo k "narovnání" vztahů mezi oběma systémy poskytování sociálních a zdravotních služeb a k jednoznačnému vymezení rolí všech aktérů v rámci tohoto systému.

---

<sup>22</sup> Z výsledků provedeného šetření vyplývá, že tomu ve skutečnosti v řadě případů je, neboť jeho příjemci pravděpodobně v důsledku neznalosti zákona a nedostatečné kontrolní činnosti ze strany obcí s rozšířenou působností příspěvek pobírají i po dobu umístění ve zdravotnickém zařízení.



### **3.3 Další stanoviska, návrhy a doporučení vedoucí k odstranění problémů při poskytování a financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb**

Na základě poznatků získaných při řešení tohoto projektu lze sumarizovat stanoviska, návrhy a doporučení, které by přispěly k vyřešení dlouhodobých problémů při poskytování a financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Při jejich koncipování jsou využity i poznatky, které byly získány i v rámci doposud realizovaných výzkumných šetření a souvisejících rozhodnutí a stanovisek. V tomto smyslu se proto jedná o ucelený soubor poznatků, jejichž promítnutí do praktické činnosti pobytových zařízení sociálních služeb by výrazně přispělo ke zvýšení efektivnosti poskytovaných služeb.<sup>23</sup>

Jedná se o tyto skutečnosti:

- zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d/ zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv. zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění (viz rozhodnutí soudu v řízení mezi VZP a domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10 v r. 1997),
- vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku obyvatel domovů důchodců je třeba hodnotit zdravotní péči poskytovanou obyvatelům těchto zařízení jako nutnou a neodkladnou, přičemž jejím odložením by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu (výtah ze soudně znaleckého posudku zpracovaného odborníky Geriatrické kliniky VFN a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze),
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a na něj navazující zákon č. 109/2006 Sb. nevytvořily podmínky pro nastavení stejných principů financování sociální a zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních,
- značná část pobytových zařízení sociálních služeb nemá doposud nasmlouvány ani všechny zdravotní výkony ze stávajícího Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, přestože je provádí, pobytová zařízení sociálních služeb z mnoha důvodů ani nevykazují veškerou zdravotní péči poskytovanou pojištěncům (odhaduje se, že zdravotním pojišťovnám účtují pobytová zařízení sociálních služeb cca 50 % skutečně poskytovaných úkonů); sociální hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních se prakticky neuskutečňují,
- lůžková zdravotnická zařízení nejsou na vykazování zdravotní péče výkonovým způsobem připravena technicky ani psychologicky, vícezdrojové financování sociálních hospitalizací by vyžadovalo řadu zásadních organizačních změn spojených i s nárůstem personálního obsazení,
- vykazování jednotlivých výkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb představuje pro naprostou většinu pracovníků zdravotních úseků zcela novou náplň pracovní činnosti, přičemž s její realizací mají

---

<sup>23</sup> podrobněji viz: PRŮŠA, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

### 3. Navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče a jejich testování

---

zcela minimální zkušenosti mj. i vzhledem k tomu, že doposud nebyla této otázce v rámci vzdělávací činnosti především ze strany zřizovatelů i ministerstva práce a sociálních věcí věnována dostatečná pozornost, v tomto smyslu se proto doporučuje v rámci OPLZZ, popř. v rámci jiného programu, koncipovat ve všech krajích ČR projekt zaměřený na vzdělávání zdravotních sester v oblasti vykazování jednotlivých výkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb,

- cílovým řešením pro financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je zcela nepochybně poskytování paušálních úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění, stávající minimální zkušenosti pracovníků zdravotních úseků těchto zařízení však neumožňují v současné době objektivně stanovit výši této paušální úhrady,
- je proto nezbytné i nadále při vykazování poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče vycházet z výkonového modelu, soustavně zlepšovat znalosti pracovníků zdravotních úseků jednotlivých pobytových zařízení o způsobu vykazování této péče a poté, co ve všech krajích proběhne výše navrhovaný intenzivní vzdělávací program, šetření zopakovat a na jeho základě navrhnout výši paušální úhrady, event. paušálních úhrad diferencovaných např. v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči.

## Závěr

Provedená šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče prokázala poznatky získané v minulosti. Zdravotní pojišťovny hradí náklady této péče v minimálním rozsahu, čímž významným způsobem poškozuje práva uživatelů sociálních služeb a zvyšuje nároky na financování ze státního či krajských, městských a obecních rozpočtů a dalších finančních zdrojů.

Těžiště analytických prací bylo položeno na sledování závislostí mezi počtem skutečně poskytnutých zdravotních výkonů u klienta a jeho pohlavím, věkem, příspěvkem na péči podle stupně závislosti, smyslovým omezením, orientací, mobilitou, schopností základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu a základní diagnózou. K nejvýznamnějším poznatkům patří tyto skutečnosti:

- při analýze celkového počtu provedených výkonů u klienta v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech pro seniory na 5% hladině významnosti lze prokázat slabou, resp. velmi slabou závislost mezi věkem klienta a počtem skutečně provedených zdravotních výkonů (korelační koeficient dosahuje hodnot 0,20, resp. 0,08),
- analýza vazby mezi poskytovaným příspěvkem na péči podle stupně závislosti a celkovým počtem skutečně poskytnutých zdravotních výkonů prokázala na 5% hladině významnosti středně silnou přímou závislost mezi příspěvkem na péči a počtem provedených výkonů u klienta (korelační koeficient = 0,5 - tzn. čím vyšší příspěvek na péči klient pobírá, tím více je mu poskytováno ošetrovatelské péče),
- analýza závislosti mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a smyslovým omezením klienta prokázala na 5% hladině významnosti slabou nepřímou lineární závislost (korelační koeficient = -0,22), tzn. pokud je klient smyslově omezen, poskytuje se mu více ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů,
- mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a klientovou schopností orientovat se lze na 5% hladině významnosti prokázat středně slabou přímou závislost (korelační koeficient = 0,34), tzn. že pokud klient není schopen orientovat se, poskytuje se mu více ošetrovatelské péče,
- celková poskytnutá ošetrovatelská péče jednomu klientovi během sledovaného období bez ohledu na typ pobytového zařízení vykazuje na 5% hladině významnosti střední přímou závislost (korelační koeficient = 0,36) s jeho mobilitou, tzn. že pokud má klient omezenou mobilitu, poskytuje se mu více ošetrovatelské péče,
- střední přímá závislost (korelační koeficient = 0,38) byla zjištěna mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a schopností základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu u klienta v domově pro osoby se zdravotním postižením (korelační koeficient = 0,30) a v domově pro seniory (korelační koeficient = 0,42), přičemž v případě domova se zvláštním režimem nebyla prokázána žádná statisticky významná závislost.

Šetření prokázalo, že značná část pobytových zařízení sociálních služeb nemá doposud nasmlouvány všechny zdravotní výkony ze stávajícího seznamu, vykazování jednotlivých výkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb představuje pro naprostou většinu pracovníků zdravotních úseků zcela novou náplň pracovní činnosti, přičemž s její realizací mají zcela minimální zkušenosti, neboť doposud nebyla této otázce v rámci vzdělávací činnosti především

ze strany zřizovatelů i ministerstva práce a sociálních věcí věnována dostatečná pozornost.

Sociální hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních se prakticky neuskutečňuje, lůžková zdravotnická zařízení nejsou na vykazování zdravotní péče výkonovým způsobem připravena technicky ani psychologicky.

Cílovým řešením pro financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je zcela nepochybně poskytování paušálních úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění, stávající minimální zkušenosti pracovníků zdravotních úseků těchto zařízení však neumožňují v současné době objektivně stanovit výši této paušální úhrady. V tomto smyslu je proto vhodné i nadále při vykazování poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče vycházet z výkonového modelu, soustavně zlepšovat znalosti pracovníků zdravotních úseků jednotlivých pobytových zařízení o způsobu vykazování této péče a poté, co ve všech krajích proběhne navrhovaný intenzivní vzdělávací program, šetření zopakovat a na jeho základě navrhnout výši paušální úhrady, event. paušálních úhrad diferencovaných např. v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči.

Náklady na poskytnutou ošetrovatelskou péči činí podle zjištěných výsledků cca 5,2 mld. Kč, přičemž podle jednotlivých typů pobytových zařízení se pohybují v rozmezí od 5 086 Kč v domovech pro seniory do 11 170 Kč v domovech pro osoby se zdravotním pojištěním, jejich podíl na celkových průměrných nákladech se pohybuje od 28,5 % v domovech pro seniory do 45,1 % v domovech pro osoby se zdravotním postižením, přičemž zdravotní pojišťovny zaplatily v r. 2007 za tuto péči pouze 514 mil. Kč.

Řešení tohoto problému lze spatřovat v přijetí systémových opatření, která by přispěla k narovnání vzájemných vztahů při poskytování a financování sociálních a zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb i v lůžkových zdravotnických zařízeních. Provedené propočty ukazují, že v případě, kdy by zdravotní pojišťovny hradily ošetrovatelskou a rehabilitační péči v rozsahu, který je klientům pobytových zařízení sociálních služeb ve skutečnosti poskytován, bylo by možno provoz těchto zařízení financovat prostřednictvím příspěvku na péči, úhrad klienta za pobyt a stravu v těchto zařízeních a úhrad zdravotních pojišťoven za poskytnutou péči bez závislosti na dotacích ze státního rozpočtu. Součástí těchto řešení by rovněž mělo být vyplácení příspěvku na péči klientům v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Z hlediska nastavení systémových vazeb mezi oběma systémy zdravotní a sociální péče se jeví jako vhodné uvažovat o zřízení tzv. ošetrovatelských zařízení a jejich včleněním do sítě zařízení sociálních a zdravotních služeb. Této problematice bude věnována pozornost při řešení projektu „Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením“.

## Literatura

- BJALKOVSKI, CH. - FRÜHBAUER, O. *Sociální služby v zemích Evropské unie*. Praha: VÚPSV, 2000
- BRUTHANSOVÁ, D. - KOLDINSKÁ, K. - VYSOKAJOVÁ, M. *Právní úprava sociálních služeb vybraných evropských zemí*, Praha: VÚPSV, 2001
- BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. - HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace*. Praha: VÚPSV, 2000
- BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání*. Praha: VÚPSV, 2004
- 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. ISBN 80-87007-35-2
- CÍLKOVÁ, J. *Zdravotní péče v sociálních zařízeních*. České Budějovice: ZSF JČU, 2004
- JABŮRKOVÁ, M. a kol. *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: SKOK, 2007
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007
- MISCONIOVÁ, B. - MERHAUTOVÁ, I. - PRŮŠA, L. *Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče*, Praha: VÚPSV, 2003
- MISCONIOVÁ, B. - PRŮŠA, L. - OSTROVSKÁ, H. *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče*. Praha: VÚPSV, 2003
- PĚČOVÁ, L. *Zdravotní péče poskytovaná v ústavech sociální péče*. České Budějovice: ZSF JČU, 2005
- PRŮŠA, L. - *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI 2007
- PRŮŠA, L. - *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008
- RUDDA, J. - MARSCHITZ, W. *Reform der Pflegevorsorge in Österreich*. Soziale Sicherheit Nr. 11/2006
- SVĚT, L. *Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Sociální služby č. 1/2009
- Pflegeversicherung - Schutz für die ganze Familie*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2006
- Odborná ošetrovatelská péče a léčebná rehabilitace hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění - současný stav v LDN, na ošetrovatelských lůžkách, v domácí péči a v ÚSP*. Praha: VZP, 2003
- Podkladové materiály pracovní skupiny pro integraci sociálně zdravotní péče
- Vyhláška č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 134/1998/ Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění
- Výroční zpráva VZP ČR za r. 2007*. Praha: VZP, 2008

Podkladové materiály pracovní skupiny pro integraci sociálně zdravotní péče

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Zákon č. 109/2006 Sb. kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách

*Zdravotnická ročenka ČR 2006*, Praha: ÚZIS 2007

*Zpráva o činnosti VÚPSV, v.v.i. za období leden - září 2008*, Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008

## **Tabulková a grafická příloha**





# Příloha č. 1

## Formulář rozsahu a frekvence poskytované zdravotní péče v PZSS - ZVZ 193

Formulář - Zmapování rozsahu a frekvence poskytované zdravotní péče v PZSS - ZVZ 193																							
číslo zařízení:		základní diagnóza (alfanumericky MKN 10)						mobilita pacienta ( plná-0, omezená -1)						růměrný přepočtený počet-číslo oddělení									
typ zařízení *		myslové omezení (ano-0, ne-1)						schopnost samostatně přijímat stravu(ano-0, ne-1)						šebecných sester									
typ péče ( 0-účtovaná, 1- skutečně poskytnutá)		Orientace (ano-0, ne-1)						riziko pádu (ano-0, ne-1)						komunikace (ano-0, ne-1)				zioterapeutů					
věk narození**		příspěvek na péči podle stupně závislosti ( 0, 1, 2, 3, 4)						inkontinence (ano-0, ne-1)						pracovníků v sociálních službách									
ohlaví (Muž-0, Žena-1)		schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu (plná-0, omezená -1)												sociálních pracovníků									
číslo řádku	seznamné označení sloupce		E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	Y	
	výkon proveden v době od-do (hod.)		6 - 9	9 - 11	11 - 14	14 - 18	18 - 6	6 - 9	9 - 11	11 - 14	14 - 18	18 - 6	6 - 9	9 - 11	11 - 14	14 - 18	18 - 6	6 - 9	9 - 11	11 - 14	14 - 18	18 - 6	
pruh a číslo výkonu / den provedení		Pondělí				Úterý				Středa				Čtvrtek									
10	ohlášení péče	6611																					
11	nerušení péče, překlad	6611																					
12	končení péče	6611																					
13	dběr biologického materiálu - krev	6613																					
14	dběr biologického materiálu -ostatní	6613																					
15	přířad materiálů výkon	6621																					
16	plikace léků p.o.	6613																					
17	plikace léků parenterálně	6613																					
18	plikace léků lokálně	6613																					
19	plikace léků ostatní formy	6613																					
20	přířad materiálů výkon	6623																					
21	plikace infusní terapie	6613																					
22	přířad materiálů výkon	6625																					
23	plikace inhalační terapie	6613																					
24	plikace oxygenoterapie	6613																					
25	přířad materiálů výkon	6627																					
26	ěče o ránu se sekrecí	6613																					
27	ěče o ránu bez sekrece	6613																					
28	přířad materiálů výkon	6629																					
29	lyasma	6613																					
30	aváže	6613																					
31	ěče o permanentní katetr	6613																					
32	avedení permanentního katetru u ženy	6613																					
33	přířad materiálů výkon	6631																					
34	avedení nasogastrické sondy	6613																					
35	ýplach žaludku	6613																					
36	přířad materiálů výkon	6633																					
37	výšetření stavu pacienta přístrojovou technikou	ukometr	6613																				
38		olampa	6613																				
39		pirometr	6613																				
40		šk	6613																				
41		statní, vypište přístroj	6613																				
42	přířad materiálů výkon	6635																					
43	ácvik a zaučování aplikace inzulinu	6613																					
44	přířad materiálů výkon	6637																					
45	šetření stomíí	6613																					
46	přířad materiálů výkon	6639																					
47	odnocení fyziologických inkci-vypsát které	6613																					
48	dsávání a zajištění průchodnosti ýchacích cest	6613																					
49	ehabilitační ošetřování -polohování	6613																					

**pokračování 1. strany**

50	Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	6613																						
51	Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	6613																						
52	Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	6613																						
53	Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	6613																						
54	Asistence 2. osoby	6613																						
55	Edukace pacienta	6613																						
56	Nácvik soběstačnosti	6613																						
57	Bonif. kód- práce v době od 22 do 06 hod	6645																						
58	Komplexní kineziologické vyšetření	####																						
59	Kineziologické vyšetření	####																						
60	Kontrolní kineziologické vyšetření	####																						
61	Fyzikální terapie II	####																						
62	LTV instruktáž a zácvk pacienta a rodinných příslušníků	####																						
67	LTV individuální	####																						
64	LTV na neurofyzilogickém podkladě	####																						
65	LTV individuální – kondiční a analytické metody	####																						
66	Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předeříání	####																						
67	Mobilizace páteře a periferních kloubů	####																						
68	Masáž reflexní a vazivová	####																						
69	Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	####																						
70	Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie	####																						
71	Vyšetření ergoterapeutem kontrolní	####																						
72	Individuální terapie základní	####																						
73	Individuální terapie s využitím dílen	####																						
74	Nácvik všedních denních činností ADL	####																						
75	Ergoterapie skupinová základní	####																						
76	Ergoterapie skupinová s využitím dílen	####																						
počty zdravotníků ve směně																								
<i>pisemné označení sloupců</i>			E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	

## 2. strana

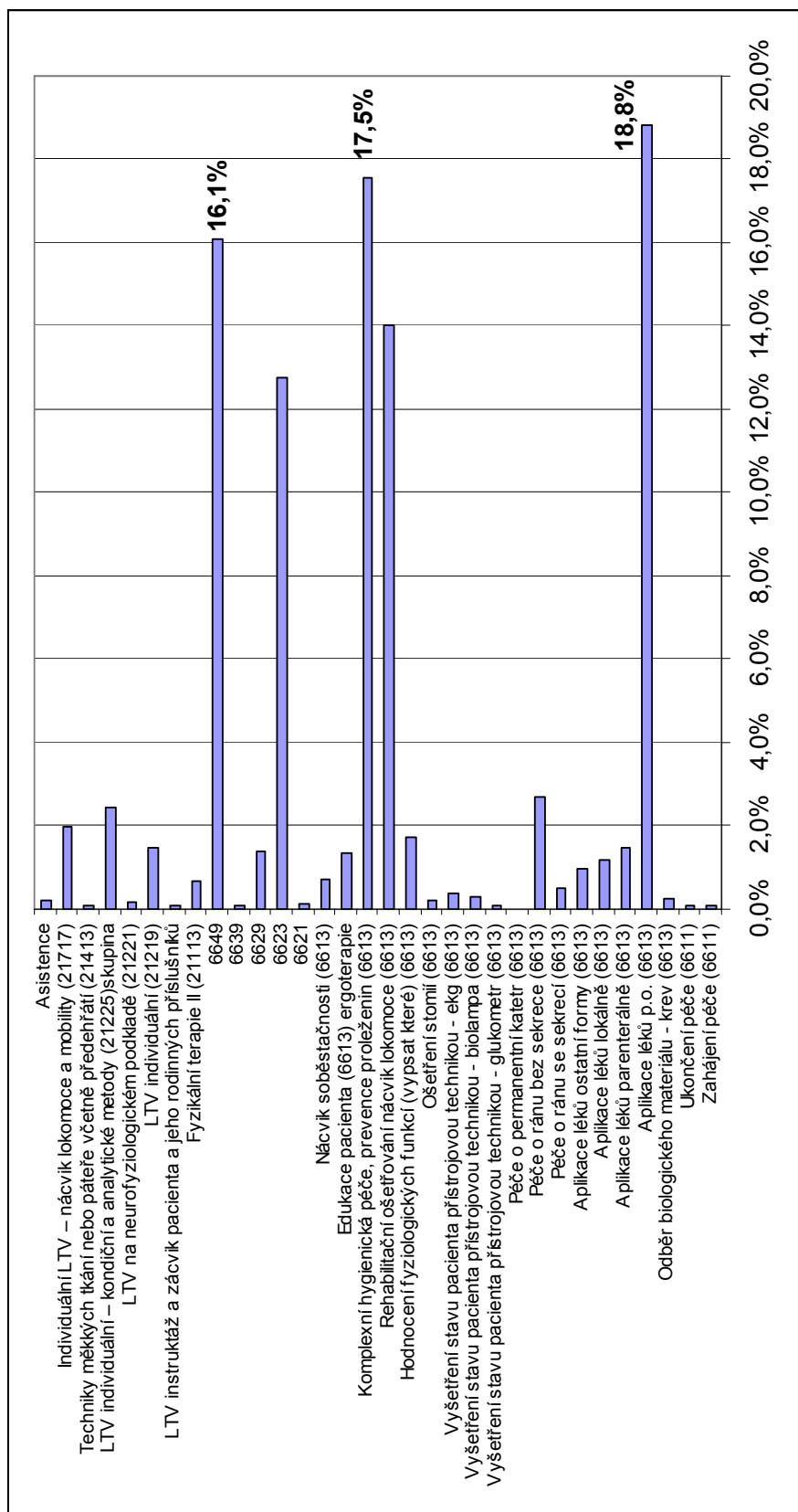
Č. řádku	písemné označení sloupce	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Č. řádku		
		6-9	9-11	11-14	14-18	18-6	6-9	9-11	11-14	14-18	18-6	6-9	9-11	11-14	14-18	18-6			
výkon proveden v době od-do (hod.)		Pátek					Sobota					Neděle							
Druh a číslo výkonu / den provedení																			
83	Zahájení péče	6611																83	
84	Přerušení péče, překlad	6611																84	
85	Ukončení péče	6611																85	
86	Odběr biologického materiálu - krev	6613																86	
87	Odběr biologického materiálu - ostatní	6613																87	
88	přířad' materiálový výkon	6621																88	
89	Aplikace léků p.o.	6613																89	
90	Aplikace léků parenterálně	6613																90	
91	Aplikace léků lokálně	6613																91	
92	Aplikace léků ostatní formy	6613																92	
93	přířad' materiálový výkon	6623																93	
94	Aplikace infusní terapie	6613																94	
95	přířad' materiálový výkon	6625																95	
96	Aplikace inhalační terapie	6613																96	
97	Aplikace oxygenoterapie	6613																97	
98	přířad' materiálový výkon	6627																98	
99	Péče o ránu se sekrecí	6613																99	
##	Péče o ránu bez sekrece	6613																100	
##	přířad' materiálový výkon	6629																101	
##	Klyзма	6613																102	
##	Laváže	6613																103	
##	Péče o permanentní katetr	6613																104	
##	Zavedení permanentního katetru u ženy	6613																105	
##	přířad' materiálový výkon	6631																106	
##	Zavedení nasogastrické sondy	6613																107	
##	Výplach žaludku	6613																108	
##	přířad' materiálový výkon	6633																109	
##	Vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou	glukometr	6613															110	
##		biolampa	6613																111
##		spirometr	6613																112
##		ekg	6613																113
##		ostatní, vypište přístroj	6613																114
##	přířad' materiálový výkon	6635																115	
##	Nácvik a zaučování aplikace inzulínu	6613																116	
##	přířad' materiálový výkon	6637																117	
##	Ošetření stomii	6613																118	
##	přířad' materiálový výkon	6639																119	
##	Hodnocení fyziologických funkcí- vypsát které	6613																120	
##	Odsávání a zajištění průchodnosti dýchacích cest	6613																121	
##	Rehabilitační ošetřování - polohování	6613																122	
##	Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	6613																123	
##	Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	6613																124	
##	Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	6613																125	
##	Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	6613																126	
##	Asistence 2. osoby	6613																127	
##	Edukace pacienta	6613																128	
##	Nácvik soběstačnosti	6613																129	
##	b.kód- práce v době od 22 do 06 hod	6645																130	
##	b.kód- práce v době prac.volna a klidu	6649																131	
##	Komplexní kineziologické vyšetření	####																132	
##	Kineziologické vyšetření	####																133	
##	Kontrolní kineziologické vyšetření	####																134	
##	Fyzikální terapie II	####																135	
##	LTV instruktáž a zácvik pacienta a rodinných příslušníků	####																136	
##	LTV individuální	####																137	
##	LTV na neurofyziologickém podkladě	####																138	
##	LTV individuální – kondiční a analytické metody	####																139	

**pokračování 2. strany**

##	Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehřátí	####																	140
##	Mobilizace páteře a periferních kloubů	####																	141
##	Masáž reflexní a vazivová	####																	142
##	Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	####																	143
##	Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie	####																	144
##	Vyšetření ergoterapeutem kontrolní	####																	145
##	Individuální terapie základní	####																	146
##	Individuální terapie s využitím dílen	####																	147
##	Nácvik všedních denních činností ADL	####																	148
##	Ergoterapie skupinová základní	####																	149
##	Ergoterapie skupinová s využitím dílen	####																	150
	počty zdravotníků ve směně																		
	<i>písemné označení sloupce</i>		E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S		

## Příloha č. 2

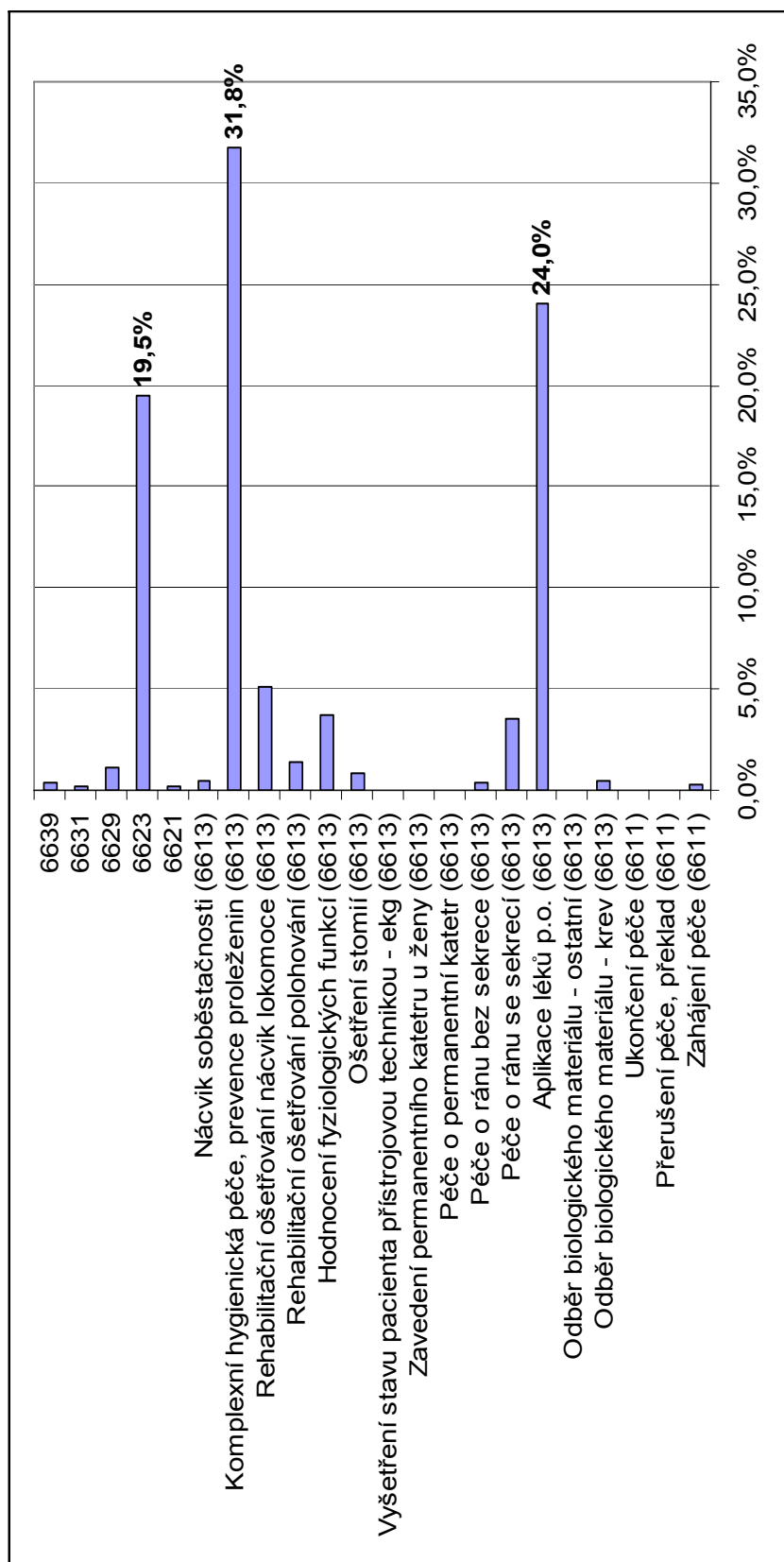
Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v domově pro osoby se zdravotním postižením (100 % = 16 933 výkonů)



Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 3

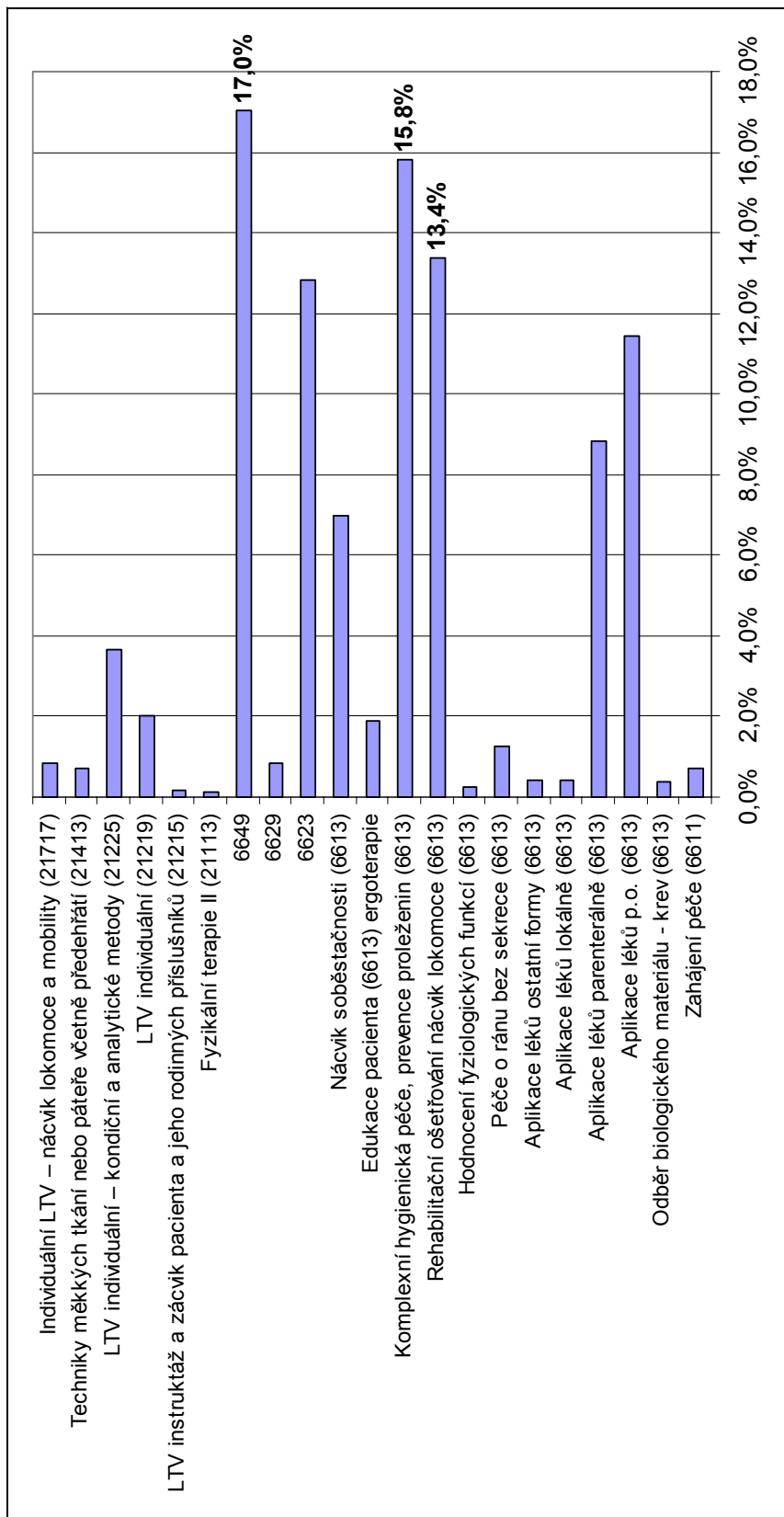
Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v domově pro seniory  
(100 % = 5 723 výkonů)



Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 4

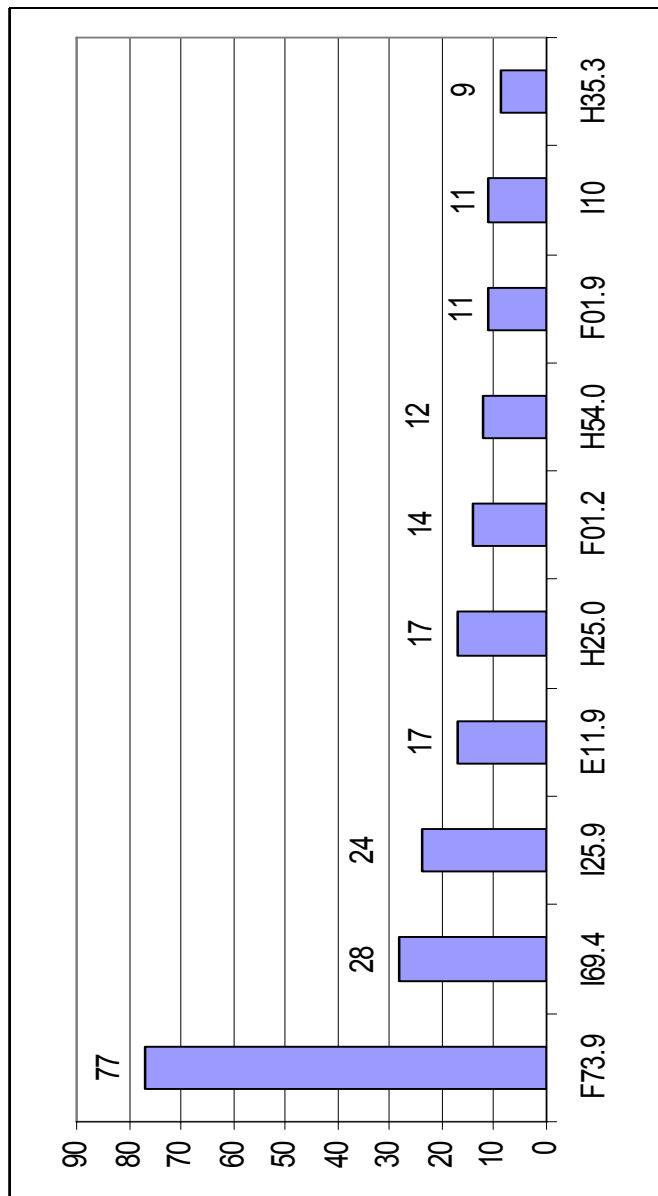
**Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v odlehčovací službě (100 % = 1 645 výkonů)**



Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 5

Nejčastější diagnózy u klientů v domově pro osoby se zdravotním postižením\*



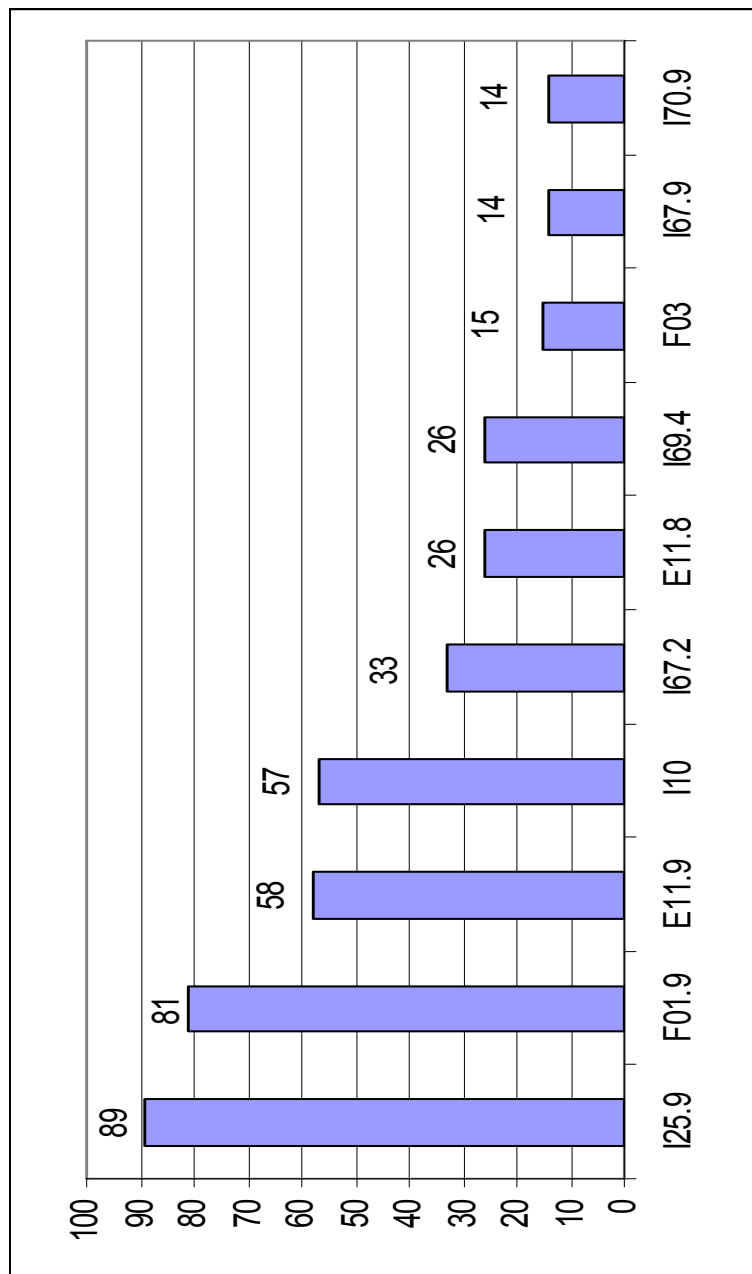
\* E11.9 - diabetes mellitus nezávislý na inzulínu bez komplikací, H25.0 - senilní počínající katarakta - stařecký zákal oční čočky, F01.2 - subkortikální vaskulární demence, H54.0 - slepota binokulární, F01.9 - vaskulární demence NS, I10 - esenciální (primární) hypertenze, H35.3 - jiná onemocnění sítnice, degenerace makuly a zadního pólu

Pramen: vlastní zpracování



## Příloha č. 6

Nejčastější diagnózy u klientů v domově pro seniory\*

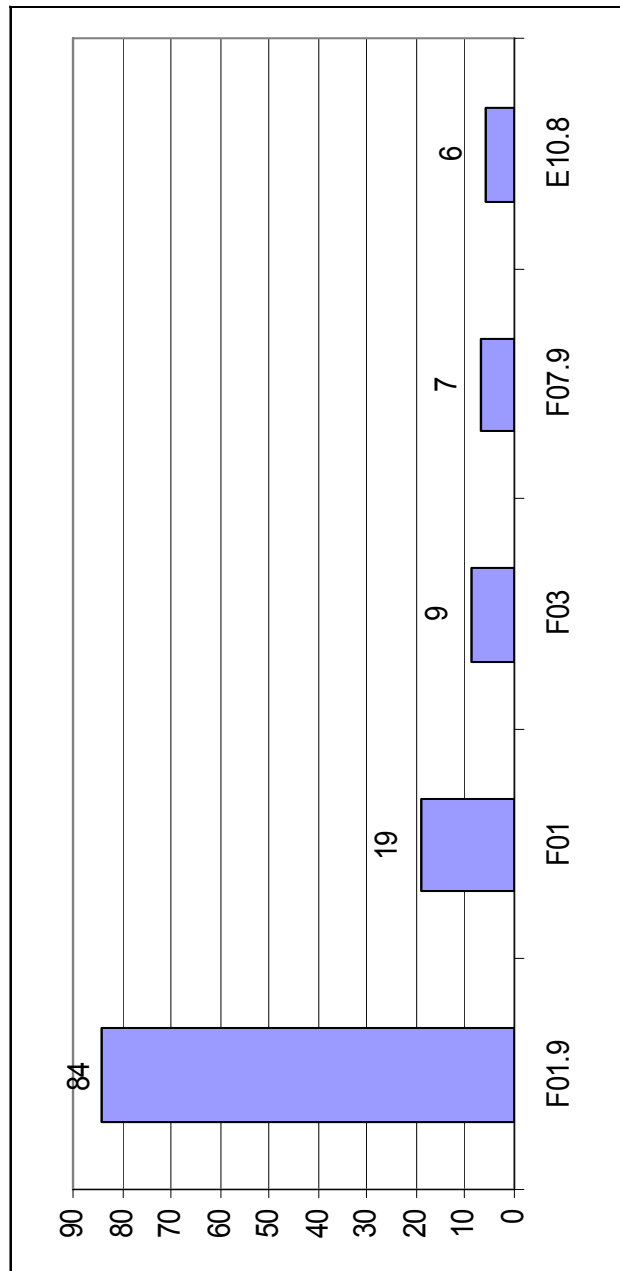


\* I10 - esenciální (primární) hypertenze, I67.2 - mozková ateroskleróza, E11.8 - diabetes mellitus nezávislý na inzulinu s neurčenými komplikacemi, I69.4 - následky cévní příhody mozkové (mrtvice) neurčené jako krvácení nebo infarkt, F03 - neurčená demence, I67.9 - cévní onemocnění mozku NS, I70.9 - generalizovaná a neurčená ateroskleróza

Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 7

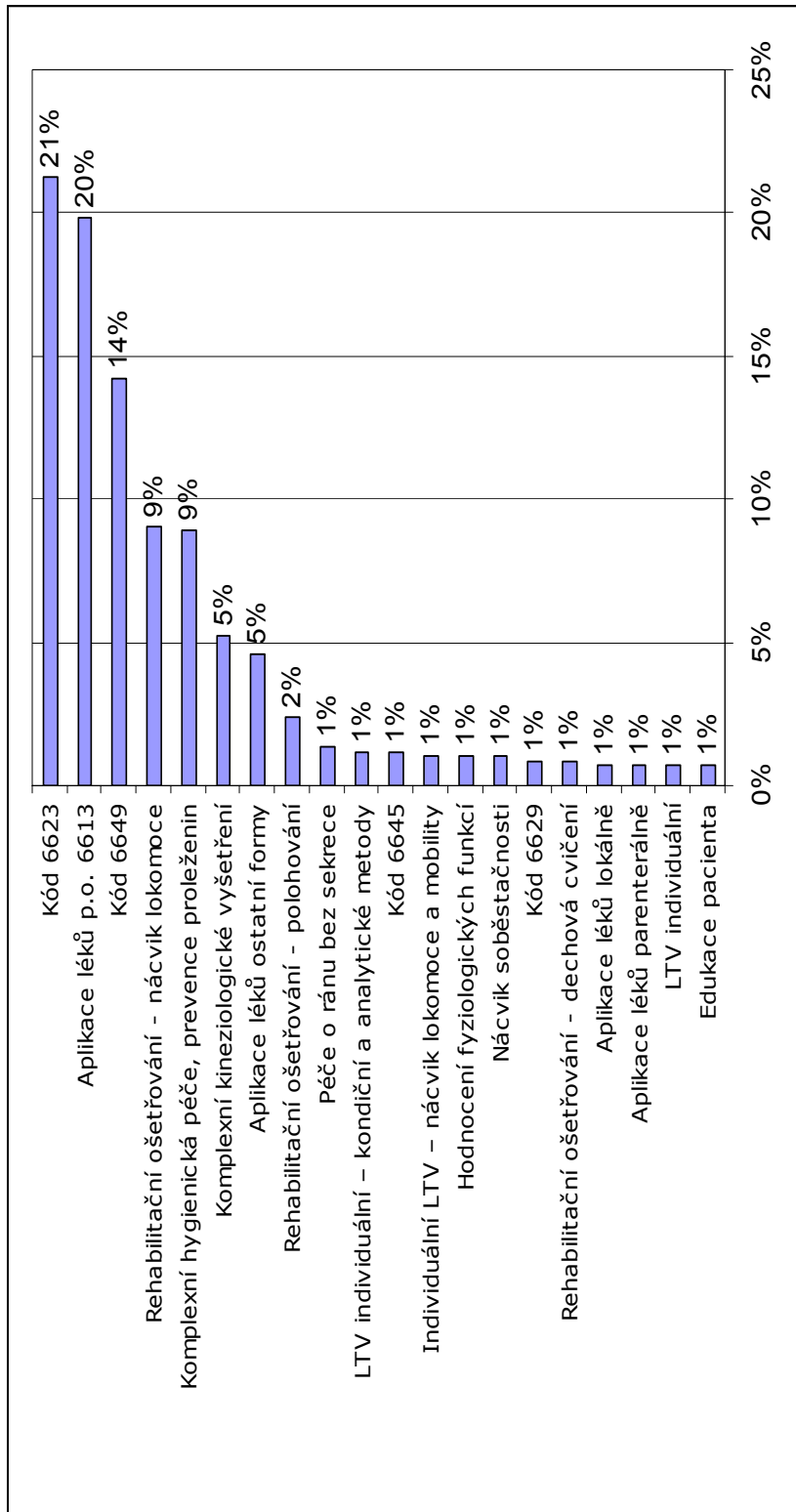
Nejčastější diagnózy u klientů v domově se zvláštním režimem\*



\* F07.9 - organické poruchy osobnosti nespecifikované, způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku, E10.8 - diabetes mellitus závislý na inzulinu s neurčenými komplikacemi  
 Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 8

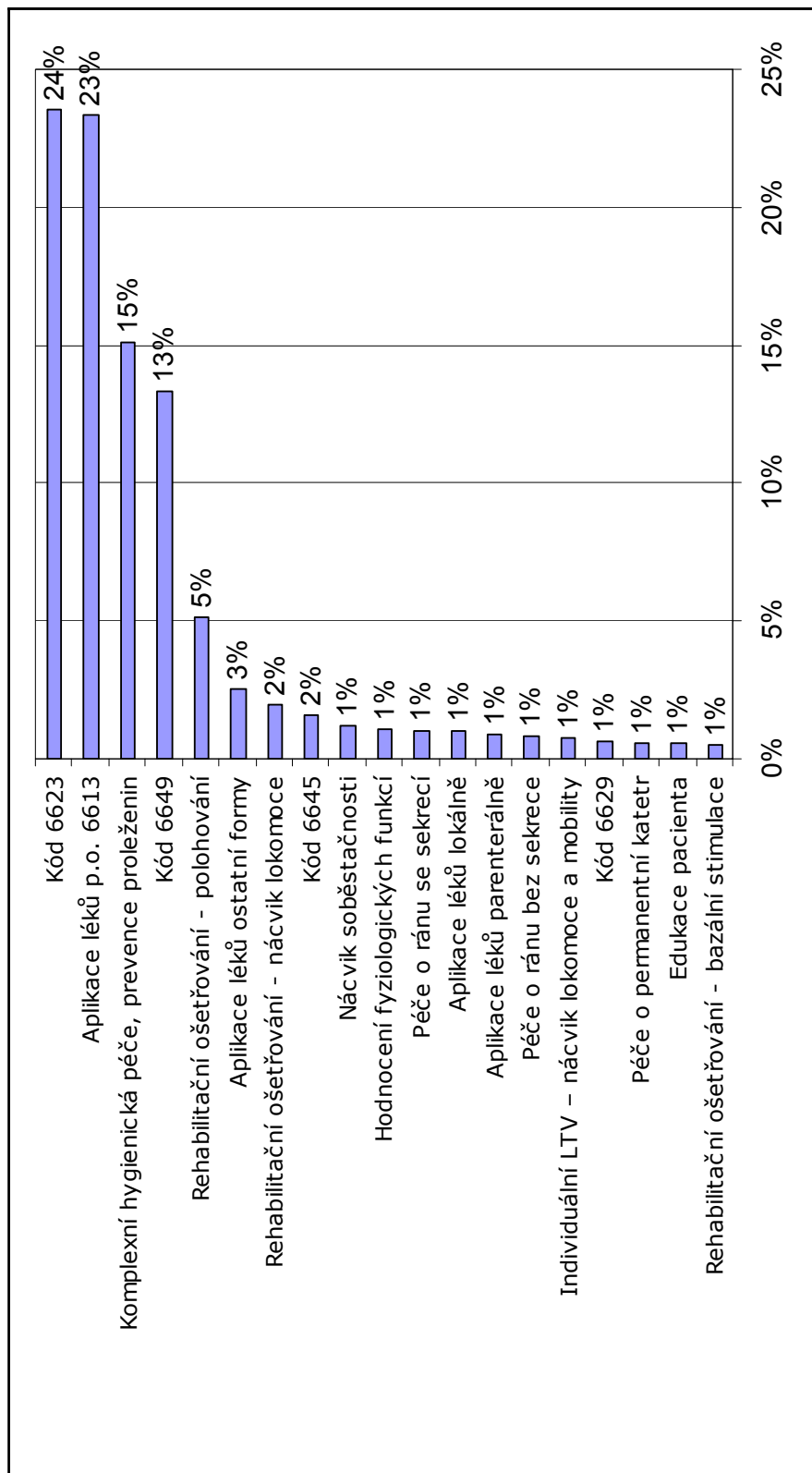
Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v domově pro osoby se zdravotním postižením



Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 9

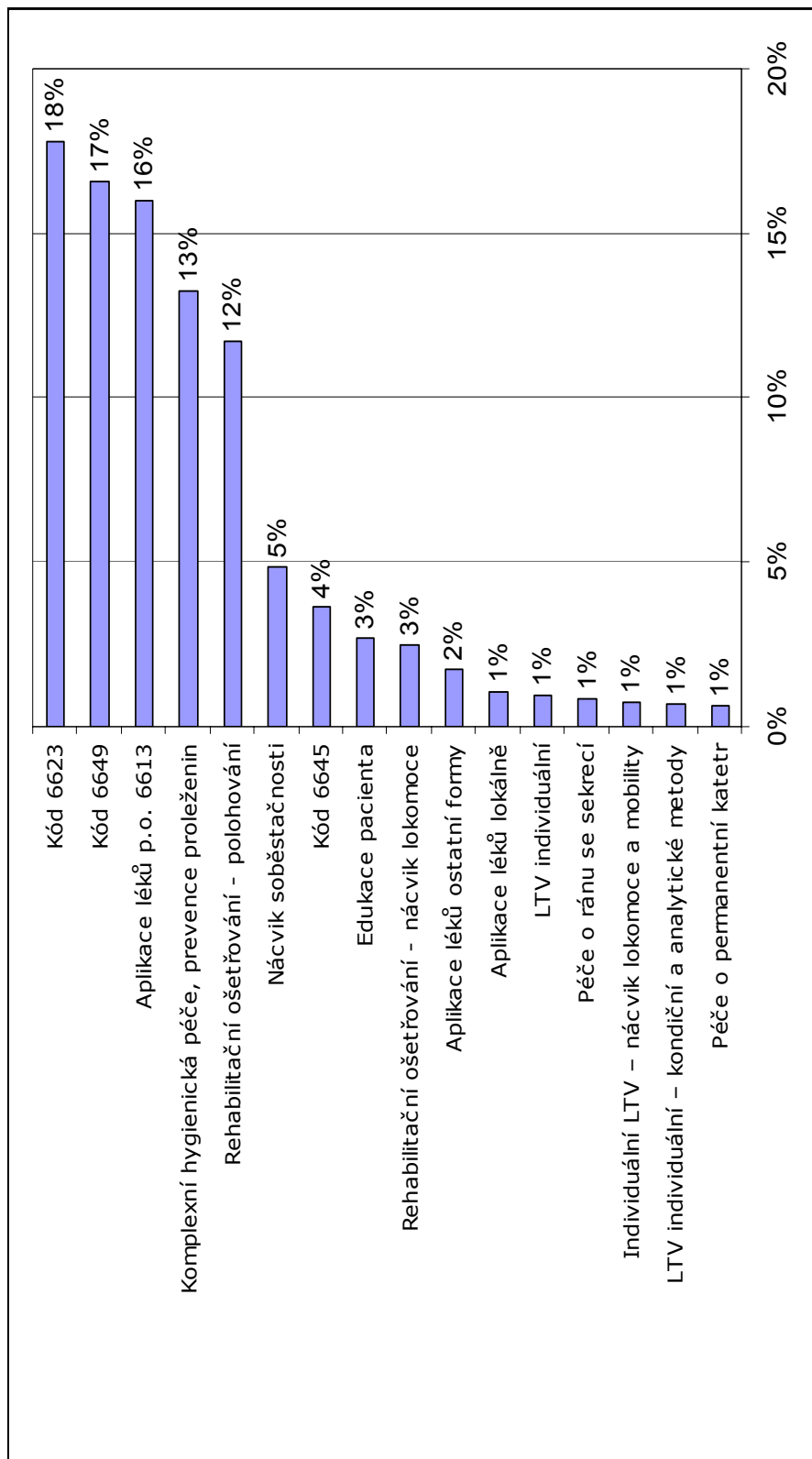
Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v domově pro seniory



Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 10

Podíl jednotlivých ošetrovatelských výkonů na celkovém počtu provedených výkonů v domově se zvláštním režimem



Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 11

### Průměrný počet skutečně poskytnutých výkonů klientovi během sledovaného období v jednotlivých typech zařízení (1 433 klientů)

Výkony	Domov pro osoby se zdravotním postižením		Domov pro seniory		Domov se zvláštním režimem	
	Průměrný počet kontaktů	Medián kontaktů	Průměrný počet kontaktů	Medián kontaktů	Průměrný počet kontaktů	Medián kontaktů
Zahájení péče	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Přerušení péče, překlad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ukončení péče	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Odběr biologického materiálu - krev	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Odběr biologického materiálu - ostatní	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6621	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Aplikace léků p.o.	19,4	21,0	14,7	21,0	15,2	21,0
Aplikace léků parenterálně	0,7	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0
Aplikace léků lokálně	0,7	0,0	0,6	0,0	1,0	0,0
Aplikace léků ostatní formy	4,5	0,0	1,6	0,0	1,7	0,0
Kód 6623	20,9	21,0	14,8	21,0	16,9	21,0
Aplikace infusní terapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6625	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aplikace inhalační terapie	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Aplikace oxygenoterapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Kód 6627	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Péče o ránu se sekrecí	0,3	0,0	0,7	0,0	0,8	0,0
Péče o ránu bez sekrece	1,3	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0
Kód 6629	0,8	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0
Klyzma	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Laváže	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Péče o permanentní katetr	0,1	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0
Zavedení permanentního katetru u ženy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Kód 6631	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Zavedení nasogastrické sondy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Výplach žaludku	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6633	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - glukometr	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Vyšetření stavu pacienta - biolampa	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - spirometr	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - ekg	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - ostatní přístroje	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6635	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Nácvik a zaučování aplikace inzulínu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6637	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ošetření stomii	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Kód 6639	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Hodnocení fyziologických funkcí-vypsát které	1,0	0,0	0,7	0,0	0,3	0,0
Odsávání a zajištění průchodnosti dýchacích cest	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Rehabilitační ošetřování - polohování	2,3	0,0	3,2	0,0	11,1	0,0
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	8,9	0,0	1,2	0,0	2,4	0,0
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	0,8	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0
Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	8,8	0,0	9,5	0,0	12,6	12,0
Edukace pacienta	0,7	0,0	0,4	0,0	2,6	0,0
Nácvik soběstačnosti	1,0	0,0	0,7	0,0	4,6	0,0
Kód 6645	1,1	0,0	1,0	0,0	3,4	0,0
Kód 6649	14,0	10,0	8,4	6,0	15,7	12,0
Komplexní kineziologické vyšetření	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kineziologické vyšetření	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kontrolní kineziologické vyšetření	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fyzikální terapie II	0,4	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
LTV instruktáž a nácvik pacienta a rodinných příslušníků	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LTV individuální	0,7	0,0	0,2	0,0	0,9	0,0
LTV na neurofyziologickém podkladě	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0
LTV individuální – kondiční a analytické metody	1,1	0,0	0,1	0,0	0,6	0,0
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtání	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Mobilizace páteře a periferních kloubů	0,1	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0
Masáž reflexní a vazivová	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	1,0	0,0	0,5	0,0	0,7	0,0

Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 12

### Průměrný počet skutečně poskytnutých výkonů klientovi během sledovaného období v jednotlivých typech zařízení (1 180 klientů)

Výkony	Dům pro osoby se zdravotním postižením		Dům pro seniory		Dům se zvláštním režimem	
	Průměrný počet kontaktů	Medián kontaktů	Průměrný počet kontaktů	Medián kontaktů	Průměrný počet kontaktů	Medián kontaktů
Zahájení péče	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Přerušování péče, překlad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ukončení péče	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Odběr biologického materiálu - krev	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Odběr biologického materiálu - ostatní	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6621	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Aplikace léků p.o.	18,9	21,0	14,7	21,0	15,2	21,0
Aplikace léků parenterálně	0,1	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0
Aplikace léků lokálně	0,3	0,0	0,7	0,0	1,0	0,0
Aplikace léků ostatní formy	7,1	0,0	1,8	0,0	1,7	0,0
Kód 6623	26,3	21,0	15,2	21,0	16,9	21,0
Aplikace infusní terapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6625	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aplikace inhalační terapie	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Aplikace oxygenoterapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Kód 6627	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Péče o ránu se sekrecí	0,1	0,0	0,5	0,0	0,8	0,0
Péče o ránu bez sekrece	0,2	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0
Kód 6629	0,3	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0
Klyzma	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Laváže	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Péče o permanentní katetr	0,1	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0
Zavedení permanentního katetru u ženy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Kód 6631	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Zavedení nasogastrické sondy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Výplach žaludku	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6633	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - glukometr	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Vyšetření stavu pacienta - biolampa	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - spirometr	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - ekg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vyšetření stavu pacienta - ostatní přístroje	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6635	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Nácvik a zaučování aplikace inzulínu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kód 6637	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ošetření stomíí	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Kód 6639	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hodnocení fyziologických funkcí	0,4	0,0	1,0	0,0	0,3	0,0
Odsávání a zajištění průchodnosti dýchacích cest	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Rehabilitační ošetřování - polohování	4,1	0,0	3,5	0,0	11,1	0,0
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	4,3	0,0	1,0	0,0	2,4	0,0
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	1,4	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0
Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	0,3	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	1,2	0,0	8,3	0,0	12,6	12,0
Asistence 2. osoby	0,1	0,0	3,2	0,0	5,0	0,0
Edukace pacienta	1,1	0,0	0,4	0,0	2,6	0,0
Nácvik soběstačnosti	1,2	0,0	0,8	0,0	4,6	0,0
Kód 6645	2,0	0,0	1,1	0,0	3,4	0,0
Kód 6649	11,5	8,0	9,0	6,0	15,7	12,0
Komplexní kineziologické vyšetření	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kineziologické vyšetření	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kontrolní kineziologické vyšetření	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fyzikální terapie II	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
LTV instruktáž a zácvik pacienta a rodinných příslušníků	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LTV individuální	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9	0,0
LTV na neurofyziologickém podkladě	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0
LTV individuální – kondiční a analytické metody	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,0
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtání	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Mobilizace páteře a periferních kloubů	0,2	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0
Masáž reflexní a vazivová	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	0,2	0,0	0,5	0,0	0,7	0,0
Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Vyšetření ergoterapeutem kontrolní	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Individuální terapie základní	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0
Individuální terapie s využitím dílen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Nácvik všedních denních činností ADL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0
Ergoterapie skupinová základní	0,0	0,0	0,3	0,0	0,8	0,0
Ergoterapie skupinová s využitím dílen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0

Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 13

### Síla lineární závislosti mezi pohlavím klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i v celém šetření

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
Aplikace léků p.o.	0,16	0,08	-0,20	0,06
Aplikace léků ostatní formy	0,14	x	-0,22	x
Kód 6623	0,14	0,08	-0,27	x
Péče o permanentní katetr	-0,11	-0,15	-0,23	-0,16
Kód 6631	x	-0,13	x	-0,10
Vyšetření stavu pacienta - glukometr	0,13	x	x	x
Kód 6635	0,13	x	-0,16	x
Kód 6639	x	x	x	-0,05
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,24	x	0,20	0,12
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	0,11	x	x	x
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,13	x	x	0,07
Edukace pacienta	0,11	x	-0,21	-0,06
Nácvik soběstačnosti	0,13	0,10		0,07
Kód 6645	x	x	0,16	x
Kód 6649	0,18	x	x	x
Komplexní kineziologické vyšetření	-0,33	x	x	-0,17
Kontrolní kineziologické vyšetření	x	x	-0,16	x
Fyzikální terapie II	x	x	-0,18	x
LTV individuální	x	x	0,19	x
LTV na neurofyzilogickém podkladě	x	x	-0,16	x
LTV individuální – kondiční a analytické metody	0,12	x	x	x
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtátí	x	x	0,14	x
Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	0,11	0,07	x	0,07
Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie*	x	x	x	-0,07
Individuální terapie s využitím dílen*	x	x	-0,15	-0,07
Nácvik všedních denních činností ADL*	x	-0,08	x	x
Ergoterapie skupinová základní*	x	0,10	x	0,09

pozn.: korelační analýza vychází z údajů získaných po provedeném předvýzkum (1 180 klientů)

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

Pramen: vlastní zpracování



## Příloha č. 14

### Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi věkem klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i v celém šetření

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
Zahájení péče	x	x	x	0,05
Aplikace léků p.o.	0,12	x	-0,22	x
Aplikace léků parenterálně	x	-0,07	x	x
Aplikace léků lokálně	x	0,13	x	x
Aplikace léků ostatní formy	0,18	x	x	x
Kód 6623	x	x	-0,20	x
Aplikace oxygenoterapie	x	-0,11	x	x
Péče o ránu bez sekrece	0,10	x	x	x
Péče o permanentní katetr	x	x	-0,16	x
Kód 6631	x	x	-0,20	x
Kód 6639	-0,11	x	x	-0,06
Hodnocení fyziologických funkcí	0,24	x	x	x
Odsávání a zajištění průchodnosti dýchacích cest	x	-0,12	x	-0,05
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,35	0,10	x	0,12
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	0,23	x	-0,16	0,06
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,21		0,19	0,14
Asistence*	x	x	x	0,06
Edukace pacienta	x	x	-0,28	x
Nácvik soběstačnosti	0,12	0,15	x	x
Kód 6645	x	x	0,16	x
Kód 6649	0,26	x	x	0,07
Komplexní kineziologické vyšetření	-0,64	x	x	-0,54
LTV individuální - kondiční a analytické metody	0,12	x	x	x
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtátí	x	x	x	0,05
Mobilizace páteře a periferních kloubů	0,11	x	x	x
Masáž reflexní a vazivová	x	x	-0,22	x
Individuální LTV - nácvik lokomoce a mobility	0,18	x	x	0,07
Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie*	x	x	-0,26	x
Ergoterapie skupinová základní*	x	x	0,21	0,08
Ergoterapie skupinová s využitím dílen*	x	-0,13	x	x

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 15

**Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi příspěvkem na péči podle stupně závislosti a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i v celém šetření**

výkon	DOZP	DS	ZR	celkem
Odběr biologického materiálu - krev	-0,14	x	x	-0,08
Odběr biologického materiálu - ostatní	-0,15	x	x	x
Kód 6621	x	-0,08	x	-0,05
Aplikace léků p.o.	0,33	0,25	-0,21	0,23
Aplikace léků parenterálně	-0,14	x	x	x
Aplikace léků ostatní formy	0,19	x	-0,14	0,06
Kód 6623	0,34	0,22	-0,19	0,23
Péče o ránu se sekrecí	x	0,08	x	x
Kód 6629	x	0,12	x	0,07
Péče o permanentní katetr	x	0,14	x	0,09
Kód 6631	x	0,12	x	0,07
Vyšetření stavu pacienta - glukometr	x	x	x	0,06
Vyšetření stavu pacienta - ekg	-0,11	x	-0,18	-0,05
Kód 6635	x	x	x	0,07
Hodnocení fyziologických funkcí	-0,23	x	x	x
Rehabilitační ošetřování - polohování	0,26	0,32	0,31	0,32
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,25	0,20	0,21	0,22
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	x	0,12	x	0,11
Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	0,17	0,16	x	0,13
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,27	0,51	0,38	0,40
Asistence*	x	0,35	0,27	0,28
Edukace pacienta	x	x	-0,24	x
Nácvik soběstačnosti	0,11	0,10	x	0,15
Kód 6645	0,26	0,30	0,36	0,32
Kód 6649	0,34	0,42	0,27	0,41
Komplexní kineziologické vyšetření	0,28	x	x	0,15
Fyzikální terapie II	-0,20	-0,09	x	-0,11
LTV individuální	0,11	0,11	0,20	0,13
LTV na neurofyziologickém podkladě	x	0,18	x	0,10
LTV individuální – kondiční a analytické metody	x	0,11	x	x
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtřátí	-0,11	x	x	x
Mobilizace páteře a periferních kloubů	x	x	x	0,06
Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	x	0,10	x	0,07
Individuální terapie základní*	x	0,21	x	0,13
Nácvik všedních denních činností ADL*	x	x	x	0,08

*x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána*

*Pramen: vlastní zpracování*

## Příloha č. 16

### Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi smyslovým omezením u klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
Odběr biologického materiálu - krev	x	-0,09	x	x
Odběr biologického materiálu - ostatní	x	-0,06	x	x
Aplikace léků p.o.	x	-0,20	0,24	-0,15
Aplikace léků lokálně	x	x	x	-0,05
Aplikace léků ostatní formy	-0,17	-0,11	x	-0,14
Kód 6623	-0,18	-0,20	0,23	-0,18
Péče o ránu se sekrecí	x	-0,07	x	-0,06
Péče o ránu bez sekrece	0,12	-0,08	x	x
Vyšetření stavu pacienta - ekg	0,13	x	x	x
Kód 6635	-0,11	x	x	x
Ošetření stomii	0,15	x	x	0,06
Kód 6639	0,15	x	x	x
Hodnocení fyziologických funkcí	x	x	x	-0,06
Rehabilitační ošetřování - polohování	x	x	-0,24	-0,09
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	-0,13	-0,08	x	-0,15
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	-0,16	-0,07	x	-0,10
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	-0,11	-0,16	x	-0,13
Asistence*	x	x	-0,24	-0,07
Edukace pacienta	x	-0,12	x	x
Nácvik soběstačnosti	x	-0,11	0,26	x
Kód 6645	x	x	x	-0,08
Kód 6649	-0,18	-0,14	-0,16	-0,18
Komplexní kineziologické vyšetření	0,17	x	x	x
LTV instruktáž a zácvik pacienta a rodinných příslušníků	x	x	x	0,05
LTV individuální	x	-0,10	-0,22	-0,07
LTV na neurofyziologickém podkladě	x	-0,07	x	-0,06
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předeřtátí	0,11	x	x	x
Individuální LTV - nácvik lokomoce a mobility	x	-0,12	x	-0,09
Individuální terapie základní*	x	-0,14	x	-0,07
Nácvik všedních denních činností ADL*	x	x	-0,20	-0,09
Ergoterapie skupinová základní*	x	x	-0,15	-0,06

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 17

### Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi orientační schopností klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem

výkon	DOZP	DS	ZR	celkem
Zahájení péče	x	0,12	x	x
Ukončení péče	x	0,13	x	x
Odběr biologického materiálu - ostatní	-0,13	x	x	x
Aplikace léků p.o.	0,28	0,14	x	0,19
Aplikace léků parenterálně	x	0,08	x	x
Aplikace léků lokálně	x	0,12	x	0,07
Aplikace léků ostatní formy	0,20	0,13	-0,22	0,14
Kód 6623	0,35	0,15	x	0,22
Péče o ránu se sekrecí	0,11	x	x	x
Péče o permanentní katetr	x	x	-0,15	x
Vyšetření stavu pacienta - ekg	-0,12	x	x	x
Hodnocení fyziologických funkcí	-0,24	0,10	x	x
Rehabilitační ošetřování - polohování	0,19	0,17	x	0,20
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,14	x	0,17	0,16
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	0,14	x	x	0,07
Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	0,14	x	x	x
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,15	0,22	0,17	0,19
Asistence*	x	0,08	x	0,07
Edukace pacienta	x	x	x	0,09
Nácvik soběstačnosti	x	0,16	0,19	0,21
Kód 6645	0,20	0,18	0,24	0,23
Kód 6649	0,28	0,24	x	0,30
Komplexní kineziologické vyšetření	0,22	x	x	0,16
Fyzikální terapie II	-0,17	x	x	x
Individuální terapie s využitím dílen*	x	x	x	0,08
Nácvik všedních denních činností ADL*	x	0,08	0,15	0,15
Ergoterapie skupinová základní*	x	0,08	x	x

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

Pramen: vlastní zpracování

## Příloha č. 18

### Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi mobilitou klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
Ukončení péče	x	0,08	x	0,06
Odběr biologického materiálu - krev	x	x	-0,15	x
Kód 6621	x	x	-0,15	x
Aplikace léků p.o.	0,25	0,27	-0,19	0,22
Aplikace léků parenterálně	-0,14	x	x	x
Aplikace léků lokálně	x	0,09	x	0,08
Aplikace léků ostatní formy	0,18	x	x	0,11
Kód 6623	0,24	0,25	x	0,22
Péče o ránu bez sekrece	x	0,10	x	0,09
Kód 6629	x	0,08	x	0,08
Péče o permanentní katetr	x	0,08	x	0,06
Kód 6631	x	x	x	0,06
Vyšetření stavu pacienta - ekg	x	x	-0,15	x
Ošetření stomií	x	x	x	-0,06
Kód 6639	x	x	x	-0,06
Rehabilitační ošetřování - polohování	0,11	0,16	0,24	0,16
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,27	0,14	0,24	0,19
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	0,13	x	x	0,08
Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	x	x	x	0,06
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,20	0,34	0,29	0,29
Asistence*	x	0,19	0,18	0,17
Edukace pacienta	x	0,08	-0,21	x
Nácvik soběstačnosti	x	0,15	-0,22	x
Kód 6645	0,12	0,16	0,20	0,16
Kód 6649	0,23	0,31	0,20	0,27
LTV individuální	x	0,09	0,15	0,08
LTV na neurofyzilogickém podkladě	x	0,10	x	0,08
LTV individuální - kondiční a analytické metody	x	0,07	x	0,06
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtřátí	-0,11	x	x	x
Individuální LTV - nácvik lokomoce a mobility	x	0,12	0,15	0,12
Individuální terapie základní*	x	0,10	x	0,08
Ergoterapie skupinová základní*	x	x	0,17	x

x - lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

Pramen: vlastní propočty

## Příloha č. 19

**Síla lineární závislosti (korelační koeficient) mezi schopností základní sebeobsluhy včetně dodržování léčebného režimu u klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem**

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
Zahájení péče	x	0,08	x	x
Ukončení péče	x	0,10	x	0,06
Aplikace léků p.o.	0,27	0,36	x	0,32
Aplikace léků ostatní formy	0,13	x	x	0,07
Kód 6623	0,27	0,32	x	0,30
Péče o ránu se sekrecí	x	0,09	x	0,06
Péče o ránu bez sekrece	x	0,09	x	0,07
Kód 6629	x	0,09	x	0,06
Péče o permanentní katetr	x	x	x	0,05
Hodnocení fyziologických funkcí	-0,14	x	x	x
Rehabilitační ošetřování - polohování	x	0,14	x	0,13
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,26	0,14	x	0,18
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	x	x	x	0,08
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,15	0,33	x	0,26
Asistence*	x	0,17	x	0,13
Edukace pacienta	x	0,09	x	0,09
Nácvik soběstačnosti	x	0,15	x	0,12
Kód 6645	x	0,13	x	0,13
Kód 6649	0,25	0,32	x	0,30
Komplexní kineziologické vyšetření	0,15	x	x	0,09
Fyzikální terapie II	-0,13	x	x	x
LTV instruktáž a nácvik pacienta a rodinných příslušníků	-0,13	x	x	x
LTV individuální	x	0,11	x	x
LTV na neurofyziologickém podkladě	x	0,09	x	0,07
LTV individuální – kondiční a analytické metody	x	0,08	x	0,06
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtání	-0,13	x	x	x
Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	x	0,12	x	0,08
Individuální terapie základní*	x	0,10	x	0,06

*x – lineární závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána*

*Pramen: vlastní zpracování*

## Příloha č. 20

### Těsnost závislosti (poměr determinace) mezi základní diagnózou klienta a provedenými zdravotními výkony v jednotlivých typech pobytových zařízení i za celé šetření celkem

výkon	DZP	DS	DZR	celkem
Zahájení péče	x	0,41	x	0,32
Ukončení péče	0,33	0,41	x	0,36
Odběr biologického materiálu - krev	x	0,49	x	x
Odběr biologického materiálu - ostatní	x	x	x	0,74
Kód 6621	x	0,45	x	x
Aplikace léků p.o.	0,40	0,39	x	0,34
Aplikace léků parenterálně	0,34	x	0,69	0,30
Aplikace léků lokálně	0,41	x	0,40	x
Aplikace léků ostatní formy	0,43	0,48	0,41	0,44
Kód 6623	0,54	0,38	x	0,41
Aplikace inhalační terapie	0,33	x	x	x
Kód 6627	0,33	0,57	x	0,27
Péče o ránu se sekrecí	x	x	0,47	x
Péče o ránu bez sekrece	0,39	0,43	0,73	0,36
Kód 6629	x	x	0,65	x
Klysmo	x	0,50	x	x
Laváže	x	0,58	x	0,58
Péče o permanentní katetr	x	0,35	0,57	0,31
Zavedení permanentního katetru u ženy	x	0,93	x	0,43
Kód 6631	x	x	1,00	x
Vyšetření stavu pacienta - glukometr	0,29	x	0,93	x
Vyšetření stavu pacienta - biolampa	0,61	0,86	x	0,69
Vyšetření stavu pacienta - ekg	0,31	x	0,50	x
Vyšetření stavu pacienta - ostatní přístroje	x	x	x	x
Kód 6635	0,34	x	0,75	x
Ošetření stomií	x	0,68	x	0,45
Kód 6639	x	0,78	x	0,47
Hodnocení fyziologických funkcí	0,38	x	x	x
Odsávání a zajištění průchodnosti dýchacích cest	0,33	0,99	x	0,50
Rehabilitační ošetřování - nácvik lokomoce	0,54	0,35	0,56	0,40
Rehabilitační ošetřování - dechová cvičení	0,44	x	0,59	x
Rehabilitační ošetřování - bazální stimulace	0,33	0,37	x	0,30
Komplexní hygienická péče, prevence proleženin	0,48	0,37	x	0,36
Asistence*	0,50	x	x	x
Edukace pacienta	0,29	x	0,50	0,31
Nácvik soběstačnosti	0,45	x	x	0,27
Kód 6645	x	0,35	x	0,27
Kód 6649	0,34	0,41	x	0,33
Komplexní kineziologické vyšetření	0,57	x	x	0,61
Kontrolní kineziologické vyšetření	x	x	0,64	x
Fyzikální terapie II	x	0,39	0,93	x
LTV instruktáž a zácvk pacienta a rod. příslušníků	x	0,43	x	x
LTV individuální	x	x	0,39	x
LTV na neurofyziologickém podkladě	x	x	0,48	0,28
LTV individuální – kondiční a analytické metody	0,38	0,35	0,63	0,35
Techniky měkkých tkání nebo páteře vč. předehtřátí	x	x	0,65	x
Mobilizace páteře a periferních kloubů	0,39	x	0,74	0,57
Masáž reflexní a vazivová	x	0,70	0,82	0,75
Individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility	0,32	0,39	0,62	0,30
Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie*	x	0,94	0,71	0,74
Vyšetření ergoterapeutem kontrolní*	x	x	x	0,30
Individuální terapie základní*	x	x	0,82	0,39
Individuální terapie s využitím dílen*	x	x	0,44	x
Nácvik všedních denních činností ADL*	x	x	0,45	x
Ergoterapie skupinová základní*	x	0,37	x	0,33
Ergoterapie skupinová s využitím dílen*	x	x	0,53	0,33

x - závislost nebyla na 5% hladině významnosti prokázána

Pramen: vlastní zpracování