NÁKLADY NA POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ A REHABILITAČNÍ PÉČE V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Costs of providing nursing and rehabilitation care in institutions of social services

Věra Jeřábková, Ladislav Průša

12: 457–463, 2010
ISSN 1212-4117

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha

Summary

One of the largest problems in providing social services in institutions with accommodation occurring after the effectivity date of Law No. 108/2006 Sb. On social services is the fact that health insurance companies (particularly the General Health Insurance Company), inconsistently with the legal condition, refuse financing of the nursing care in these institutions to the extent indicated by physicians from the system of the public health insurance. The target of the present contribution is to acquaint the professional public with the quantification of the extent of costs of the nursing care in institutions of social services providing the accommodation and to point out possible perspectives of solving this problem.

The examination of the extent of the provided nursing and rehabilitation care demonstrated that health insurance companies cover costs of this care to a minimum extent and thus considerably violate rights of users of social services and enhance requirements for financing based on state, regional, municipal and village budgets and further financial sources.

In the last years, the administrative work associated with particular actions within the nursing care in social service institutions providing accommodation presented a quite new working activity for most healthcare professionals, who had quite minimum experience with its implementation from the beginning of the introduction of the new system. It is obvious, that the target solution of financing the nursing care in social service institutions providing the accommodation is granting flat-rate reimbursement from the system of the public health insurance.

Key words: social services – health care – nursing and rehabilitation care – financing of social services – law on social services

Souhrn

Jedním z největších problémů při poskytování pobytových sociálních služeb je po přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, skutečnost, že zdravotní pojišťovny (především VZP) v rozporu s platným právním stavem odmítají financovat ošetrovatelskou péči v těchto zařízeních ze systému veřejného zdravotního pojištění v lékařem indikovaném rozsahu. Cílem tohoto příspěvku je seznámit odbornou veřejnost s kvantifikací rozsahu nákladů ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a ukázat možné směry řešení tohoto problému.

Provedená šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče prokázala, že zdravotní pojišťovny hradí náklady této péče v minimálním rozsahu, čímž významným způsobem poškozují práva uživatelů sociálních služeb a zvyšují nároky na financování ze státního či krajských, městských a obecních rozpočtů a dalších finančních zdrojů.

Vykazování jednotlivých výkonů ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb představovala v uplynulých letech pro naprostou většinu pracovníků zdravotních úseků zcela novou náplň pracovní činnosti, přičemž s její realizací měli od počátku zavedení nového systému vykazování zcela minimální zkušenosti. Je zřejmé, že cílovým řešením pro financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je poskytování paušálních úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění.

Klíčová slova: sociální služby – zdravotní péče – ošetrovatelská a rehabilitační péče – financování sociálních služeb – zákon o sociálních službách

ÚVOD

Jedním z nejvýznamnějších problémů, který dlouhodobě limituje rozvoj sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, je financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních pro tyto skupiny osob. Celkové náklady, které souvisejí s poskytováním těchto forem péče, byly prezentovány teprve v závěru roku 2009 (Průša a kol., 2009). Cílem citovaného projektu bylo:

- vyhodnocení již provedených analýz a výzkumu v předmětné oblasti;
- popis problémů provázejících souběh poskytování zdravotní a sociální péče a jejich vyhodnocení s návrhem opatření;
- specifikace rozsahu a náplně ošetrovatelské a rehabilitační péče hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění;
- objektivizace nezbytných nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění;
- navržení variantních způsobů vykazování a úhrady souběhu sociální a zdravotní péče a jejich modelové testování.

Základní teoretická východiska

Obě otázky – poskytování sociálních služeb a poskytování zdravotní péče – byly až do přijetí zákona o sociálních službách upraveny samostatnými navzájem nepochybnými právními předpisy. Od roku 1993 byly po vzniku systému veřejného (tehdy všeobecného) zdravotního pojištění náklady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb hrazeny nikoli z rozpočtu jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale z rozpočtu těchto pobytových zařízení sociálních služeb. Systém zdravotního pojištění proto v tomto směru dlouhodobě tuneloval systém sociálních služeb (Průša, 2009).

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 vlast-

ními 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. Tuto argumentaci VZP vyvrátil soud v řízení mezi VZP a Domovem důchodců, Sněženková 8, Praha 10 v r. 1997 (Průša a kol., 2009).

Významným krokem k řešení otázky financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb přispěl zákon o sociálních službách, který stanovil, 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 (Průša, 2007). 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 zaměstnanců těchto zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanovuje navazující vyhláška.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí „zrcadlo“ mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péči 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 určuje zákon (Jabůrková a kol., 2007).

Struktura výzkumného souboru, cíl šetření, metoda hodnocení

Do šetření rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče bylo zapojeno celkem 1 433 uživatelů pobytových zařízení sociálních služeb, přičemž každý klient byl identifikován podle věku, pohlaví, přiznaného stupně příspěvku na péči, základní diagnózy, mobility (plná – omezená), smyslového omezení, schopnosti základní

sebeobsluhy vč. dodržování léčebného režimu, orientace, poruchy komunikace a typu zařízení (struktura uživatelů je zřejmá z grafu 1).

V rámci provedeného šetření byly sledovány všechny úkony ošetrovatelské a rehabilitační péče¹, které byly následně pomocí korelační analýzy vyhodnoceny. Byla analyzována vazba mezi jednotlivými úkony ošetrovatelské péče

a výše uvedenými charakteristikami klienta jak v jednotlivých typech pobytových zařízení, tak i v celém souboru.

Cílem provedeného šetření bylo kvantifikovat rozsah ošetrovatelské péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb a navrhnout možné formy jejího financování.

(Průša a kol., 2009)

Graf 1 Struktura uživatelů

VÝSLEDKY

Na základě provedeného rozboru byly identifikovány tyto stěžejní poznatky:

- analýza celkového počtu provedených výkonů u klienta v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech pro seniory prokázala slabou, resp. velmi slabou závislost mezi věkem klienta a počtem skutečně provedených zdravotních výkonů (korelační koeficient = 0,20 resp. 0,08);
- analýza vazby mezi poskytovaným příspěvkem na péči podle stupně závislosti a celkovým počtem skutečně poskytnutých zdravotních výkonů prokázala 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);

3. analýza závislosti mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a smyslovým omezením klienta prokázala slabou nepřímou lineární závislost (korelační koeficient = $-0,22$), tzn. pokud je klient smyslově omezen, poskytuje se mu více ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů;
4. mezi poskytnutou ošetrovatelskou péčí a klientovou schopností orientovat se lze prokázat středně slabou přímou závislost (korelační koeficient = $0,34$), tzn. že pokud klient není schopen orientovat se, poskytuje se mu více ošetrovatelské péče;
5. celková poskytnutá ošetrovatelská péče jednomu klientovi bez ohledu na typ pobytového zařízení vykazuje střední přímou závislost (korelační koeficient = $0,36$) s jeho mobilitou, tzn. že pokud má klient omezenou mobilitu, poskytuje se mu více ošetrovatelské péče;
6. střední přímá závislost 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 = $0,42$).

Získané hodnoty korelačních koeficientů prezentují v řadě případů velmi nízkou vazbu mezi sledovanými charakteristikami, což ukazuje, že z hlediska nalezení vhodného systému financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb nelze tyto vazby považovat za rozhodující.

Kvantifikace nákladů ošetrovatelské a rehabilitační péče

Na základě takto získaných údajů byly následně propočteny celkové náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Lze odhadovat, že skutečné náklady této péče se pohybují na úrovni cca 5,2 mld. Kč. Uvědomíme-li si, že VZP podle své výroční zprávy zaplatila za tento typ péče v r. 2008 celkem pouze 620 mil. Kč, je zřejmé, kdo je nejvýznamnějším subjektem způsobujícím ekonomické problémy poskytovatelů sociálních služeb (VZP, 2009).

Průměrná výše nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče podle provedeného šetření činí:

- v domovech pro seniory se pohybují v rozmezí 5 086–5 719 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 28,5 % průměrných neinvestičních výdajů;
- v domovech pro osoby se zdravotním postižením v rozmezí 11 170–12 028 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 45,1 % průměrných neinvestičních výdajů;
- v domovech se zvláštním režimem v rozmezí 8 672–9 417 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 42,1 % průměrných neinvestičních výdajů.

Velmi zajímavé údaje o výši nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče lze získat při jejich analýze v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči (viz graf 2). Z uvedeného grafu je zřejmé, že:

- s rostoucí mírou závislosti dochází v zásadě ve všech typech zařízení i k růstu nároků na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče;
- tento nárůst je nejplynulejší v domovech pro seniory;
- nejnížší rozdíly mezi rozsahem poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče je v domovech pro osoby se zdravotním postižením mezi III. a IV. stupněm závislosti;
- mezi rozsahem poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče v domovech se zvláštním režimem klesá potřeba péče u osob bez přiznaného příspěvku na péči a v prvních dvou skupinách závislosti.

Tyto skutečnosti svědčí mimo jiné o tom, že stanovená kritéria pro hodnocení míry závislosti jsou určena objektivně pro hodnocení situace seniorů a osob se zdravotním postižením, naopak nevyhovují pro hodnocení míry závislosti, např. pro osoby duševně nemocné, jejichž zdravotní stav vyžaduje – z hlediska rozsahu poskytované sociální péče – „pouze“ celodenní dohled.

(Průša a kol., 2009)

Graf 2 Výše nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče

DISKUSE

Při rozhodování o způsobech vykazování a následné úhrady poskytnuté péče přicházejí v úvahu dvě hlavní formy – výkonová platba nebo paušální úhrada za klienta. Při rozhodování o tom, jakou formu zvolit, je potřeba vycházet z toho, že zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb je v plném rozsahu indikovanou péčí, což ovšem umožňuje zdravotním pojišťovnám prostřednictvím indukujícího lékaře vytvářet velmi silný tlak na omezování indukce, který je mnohem efektivnější, neboť smluvní lékař zdravotní pojišťovny je existenčně závislý na smlouvě se zdravotní pojišťovnou; smlouvy jsou totiž uzavírány na dobu určitou a její budoucí prolongace je plně v rukou zdravotní pojišťovny. V tomto smyslu proto přicházejí do úvahy tři formy řešení:

- opětovné zavedení tzv. „ústavních“ lékařů (lékař by byl zaměstnancem pobytového zařízení, měl by zaregistrovány všechny jeho obyvatele, veškerá jednání se zdravotními pojišťovnami by zajišťoval zaměstnavatel, tzn. že na lékaře by zdravotní pojišťovny nemohly vyvíjet výše uvedený nátlak (problém tohoto řešení je nutno spatřovat

ve vyřešení otázky svobodné volby lékaře ze strany uživatele služby);

- vytvoření „zrcadla“ při poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních (v tomto smyslu se jedná především o registraci poskytovatelů sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních, o výplatu příspěvku na péči klientům v lůžkových zdravotnických zařízeních, přiznání statutu nestátního zdravotnického zařízení pro pobytová zařízení sociálních služeb, 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 lůžkových zdravotnických zařízeních);
- vytvoření tzv. ošetrovatelských zařízení a jejich zařazení do sítě zařízení sociálních a zdravotních služeb.

Z dlouhodobého hlediska je nutno preferovat druhou variantu řešení, která zrovnoprávní

poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče i sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb i v lůžkových zdravotnických zařízeních a vytvoří prostor pro vznik systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče v naší republice.

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 poškozují práva uživatelů sociálních služeb a zvyšují nároky na financování ze státního či krajských, městských a obecních rozpočtů a dalších finančních zdrojů. Tento postup přitom volí přesto, že zdravotní péče, která je poskytována obyvatelům pobytových zařízení sociálních služeb, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění, že zdravotní péči poskytovanou obyvatelům domovů pro seniory je třeba hodnotit jako nutnou a neodkladnou, jejím odložením by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu.

Zákony č. 108/2006 Sb. a 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 všechny zdravotní výkony ze Seznamu zdravotních výkonů, přestože je provádí. Vykazování jednotlivých výkonů ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb představuje pro naprostou většinu pracovníků zdravotních úseků zcela novou náplň pracovní činnosti, přičemž s její realizací měli od počátku zavedení nového systému vykazování zcela minimální zkušenosti. V tomto směru by bylo vhodné koncipovat ve

všech krajích ČR projekt zaměřený na vzdělávání zdravotních sester v oblasti vykazování jednotlivých výkonů ošetrovatelské péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Cílovým řešením pro financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je 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 péče vycházet z výkonového modelu, soustavně zlepšovat znalosti pracovníků zdravotních úseků jednotlivých pobytových zařízení sociálních služeb o způsobu vykazování této péče a poté, co ve všech krajích proběhne doporučený vzdělávací program, znovu šetření zopakovat a na jeho základě navrhnout výši paušální úhrady.

LITERATURA

- JABŮRKOVÁ, M. a kol.: *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: SKOK, 2007.
- PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI 2007.
- PRŮŠA, L.: *Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. České Budějovice: *Kontakt* č. 2/2009.
- PRŮŠA, L. a kol.: *Ošetrovatelská a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV 2009.
- Výroční zpráva VZP ČR za r. 2008. Praha: VZP, 2009.
- 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.
- Zpráva o činnosti VÚPSV, v.v.i. za období leden–září 2008. Praha: VÚPSV, 2008.

Věra Jeřábková, Ladislav Průša
vera.jerabkova@vupsv.cz

* *Příloha na další straně*

Příloha č. 1

Přehled sledovaných úkonů ošetrovatelské a rehabilitační péče v rámci šetření
(Průša a kol., 2009)

- Zahájení péče (6611), přerušení péče, překlad (6611), ukončení péče (6611).
- Odběr biologického materiálu – krev (6613), ostatní, aplikace léků p. o., parenterálně, lokálně, ostatní formy.
- Aplikace infuzní terapie, inhalační terapie, oxygenoterapie.
- Péče o ránu se sekrecí, bez sekrece, klyzma, laváže, péče o permanentní katétr, zavedení permanentního katétru u ženy.
- Zavedení nasogastrické sondy, výplach žaludku.
- Vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou – glukometr, biolampa, spirometr, EKG.
- Nácvik a zaučování aplikace inzulinu, ošetření stomií, hodnocení fyziologických funkcí, odsávání a zajištění průchodnosti dýchacích cest.
- Rehabilitační ošetřování polohování, nácvik lokomoce, dechová cvičení, bazální stimulace.
- Komplexní hygienická péče, prevence proleženin, edukace pacienta, ergoterapie, nácvik soběstačnosti.
- Komplexní kineziologické vyšetření, kineziologické vyšetření, kontrolní kineziologické vyšetření.
- Fyzikální terapie, LTV instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků, LTV individuální.
- LTV na neurofyziologickém podkladě (21221), LTV individuální – kondiční a analytické metody.
- Techniky měkkých tkání nebo páteře včetně předehtátí, mobilizace páteře a periferních kloubů.
- Masáž reflexní a vazivová, individuální LTV – nácvik lokomoce a mobility.