

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra ekonomických teorií**



**Bakalářská práce**

**Financování domácí péče v České republice**

**Markéta BENEŠOVÁ**

© 2012 ČZU v Praze



# ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra ekonomických teorií

Provozně ekonomická fakulta

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Benešová Markéta

Provoz a ekonomika

Název práce

**Financování domácí péče v České republice**

Anglický název

**Home Care Funding in Czech Republic**

### Cíle práce

Cílem práce je na základě literární rešerše charakterizovat systém zajištění a financování domácí péče v ČR a vybraných státech Evropské unie a provést vzájemnou komparaci. Vzhledem k rostoucím výdajům na zdravotnictví v ČR bude zvážena úprava systému poskytování a financování domácí péče a navrženy konkrétní změny, které by měly pozitivní dopad na financování zdravotnictví.

### Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány z českých i zahraničních materiálů. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy.

### Harmonogram zpracování

získání podkladových materiálů, odborných publikací k literární rešerši: 01/2011 - 05/2011

zpracování literární rešerše: 06/2011 - 09/2011

zpracování praktické části a formulování závěrů práce: 10/2011 - 12/2011

úpravy a dokončení práce: 01/2012 - 02/2012

odevzdání práce: 03/2012

konzultace s vedoucím práce: 01/2011 - 03/2012 (podle potřeby studenta)

průběžné předkládání dílčích částí práce: 09/2011, 12/2011, 02/2012



## Rozsah textové části

30 - 40 stran

## Klíčová slova

domácí péče, financování zdravotnictví, rostoucí výdaje na zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotní pojištění

## Doporučené zdroje informací

DRBAL, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. 1. vydání. Praha: Galén, 2005, 96 s. ISBN 80-7262-340-0

CABRNOCH, Milan et al. České zdravotnictví v evropských souvislostech. 1. vydání. Praha: CEVRO, 2006, 64 s. ISBN 80-86816-18-4

JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vydání. Praha: Gradá Publishing, 2007, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7

MÁŠOVÁ, Hana-KŘÍŽOVÁ, Eva-SVOBODNÝ, Petr. České zdravotnictví vize a skutečnost. 1. vydání. Praha: UK, 2005, 250 s. ISBN 80-246-0944-4

NOVÁKOVÁ, Radana. Pečovatelské služby. 1. vydání. Praha: TRITON, 2008, 119 s. ISBN 978-80-7387-085-0

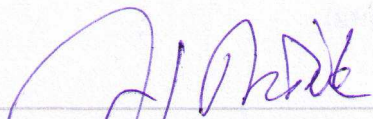
TARRICONE, Rosanna-TSOUROS, Agis D. Home care in Europe, World health organization 2008. 36 s. ISBN 978-92-890-4281-9

## Vedoucí práce

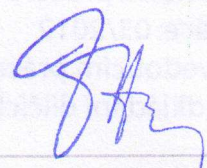
Stará Dana, Ing.

## Termín odevzdání

březen 2012

  
**doc. Ing. Josef Brčák, CSc.**  
Vedoucí katedry



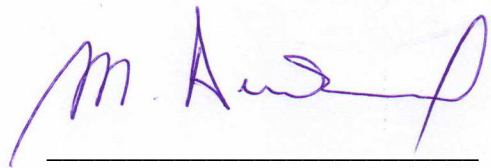
  
**prof. Ing. Jan Hron, DrSc., dr.h.c.**  
Děkan fakulty

V Praze dne 8.11.2011

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Financování domácí péče v České republice" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 20. března 2012



---

### Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce Ing. Daně Staré, za odborné rady, cenné připomínky a konzultace.

Dále bych ráda poděkovala vrchní sestře Jarmile Hnilicové, majitelce společnosti domácí péče za odborné konzultace a spolupráci. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která mi byla obrovskou oporou při psaní mé bakalářské práce.



# **Financování domácí péče v České republice**

## **Home Care Funding in the Czech Republic**

### **Souhrn**

V současnosti je problém financování domácí péče a v důsledku toho i celého zdravotnictví více než aktuální. Výdaje na domácí péči rostou především v důsledku expanzivního stárnutí populace ale také proto, že domácí péče je poskytována stále širšímu spektru pacientů. V systému financování domácí péče a rovněž celého zdravotnického systému bude muset být provedena změna, která zpřísní využívání finančních prostředků, zminimalizuje plýtvání těmito prostředky a zefektivní celý systém. Vláda schválila novelizaci zákona o veřejném zdravotnictví, která obsahuje také změnu v podmínkách poskytování zdravotních služeb. Tato novelizace zvýšila finanční spoluúčast obyvatelstva na financování zdravotní péče. Domácí péče se změny netýká a zůstává bezplatnou. Spoluúčastí obyvatelstva na financování zdravotní péče by se mělo docílit vyšší zodpovědnosti populace v péči o její zdraví. V současné době je domácí péče výrazně prorůstovým segmentem a do budoucna má velké možnosti využití jakož i nezanedbatelné výhody pro financování zdravotní péče.

### **Klíčová slova**

domácí péče, financování zdravotnictví, výdaje na zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotní pojištění

### **Summary**

At the present time the problem of homecare financing and, consequently, that of the total health care, appears to be more than relevant. The expenditures on homecare are increasing due, above all, to the expansive aging of the population as well as due to the fact that homecare is provided to a constantly growing spectrum of patients. In the system of financing the homecare, as well as the whole health care system, a rigorous change will be necessary aimed at tightening the norms for using financial means and minimizing wasting thus making the whole system more efficient. The Government passed a new

amendment of the Health Care Act containing, among others, a change in the prerequisites for providing the health services. This amendment provides for a higher participation of the population in financing the health services. These changes do not apply to the homecare, its services remaining free of cost. The participation of the population in financing the health care is supposed to result in higher responsibility of the citizens in the care of their health. At present, the homecare is a markedly integral segment and in the future, it faces great opportunities and appreciable chances for financing the health services.

**Keywords**

home care, funding health service, cost at health service, health care, health insurance

## OBSAH

1	Úvod.....	11
2	Cíl a metodika.....	12
3	Teoretická východiska: Zajišťování domácí péče .....	13
3.1	Historie poskytování domácí péče v ČR.....	13
3.2	Poskytování domácí péče v ČR .....	16
3.3	System financování domácí péče v ČR .....	19
3.4	Právní předpisy související s poskytováním domácí péče v ČR .....	24
3.5	Problémy spojené s financováním domácí péče v ČR.....	25
3.6	Podmínky domácí péče ve Velké Británii .....	27
3.6.1	Pokračující zdravotní péče v rámci NHS.....	28
3.6.2	Ošetřovatelská služba a ostatní zdravotní služby .....	30
3.6.3	Financování domácí péče ve Velké Británii .....	30
3.7	Základní popis zdravotnických systémů ve vybraných zemích.....	32
4	Praktická část: Poskytování a financování domácí péče v ČR .....	34
4.1	Vývoj nárůstu počtu obyvatel v ČR.....	34
4.2	Charakteristika domácí péče v ČR.....	36
4.3	Výdaje na domácí péči v ČR .....	39
4.4	Porovnání poskytování domácí péče ve vybraných zemích .....	42
4.5	Domácí péče ve Velké Británii.....	43
4.6	Poskytování domácí péče v ČR a VB.....	45
4.7	Růst významu domácí péče .....	47
5	Výsledky a diskuze .....	49
6	Závěr .....	51
7	Seznam použité literatury .....	53



## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Typ ošetřovacích návštěv.....	21
Tabulka č. 2: Seznam kódů a výkonů .....	22
Tabulka č. 3: Přepokládaný vývoj složení obyv. podle hlavních věk. skupin ČR v letech 2010 - 2050 .....	34
Tabulka č. 4: Budoucí vývoj složení obyvatel podle hlavních věk. skupin, ČR (v %) v letech 2002 -2050.....	35
Tabulka č. 5: Náklady jednotlivých segmentů zdravotní péče (absolutní částky, v mil. Kč) v letech 2005 - 2009.....	36
Tabulka č. 6: Porovnání výdajů na dlouhodobou zdravotní péči dle druhu poskytované péče (v mil. Kč) v letech 2000 -2009.....	41
Tabulka č. 7: Porovnání výdajů na léčebnou zdravotní péči dle druhu poskytované péče (v mil. Kč) v letech 2000 -2009 .....	41
Tabulka č. 8: Výdaje na domácí péči v % HDP ve vybraných zemích v letech (2003-2008) .....	42
Tabulka č. 9: Porovnání vývoje populace ve vybraných státech EU (2009).....	43
Tabulka č. 10: Porovnání využití domácí péče ve Velké Británii a ČR v roce 2009 .....	45
Tabulka č. 11: Srovnání nákladů domácí péče a ústavní péče.....	48

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Vývoj populace v letech 1200- 2100 .....	26
Graf č. 2: Struktura pacientů v domácí péči dle pohlaví v roce 2009.....	37
Graf č. 3: Věková struktura pacientů v domácí péči dle věku v roce 2009 .....	37
Graf č. 4: Struktura pacientů v domácí péči dle onemocnění pacienta v roce 2009.....	6
Graf č. 5: Počet návštěv domácí péče v ČR v letech 2000 - 2010.....	39
Graf č. 6: Srovnání růstu nákladů na domácí péči (% meziroční nárůst nákladů) z pohledu poskytovatele v letech 2006 – 2009.....	40
Graf č. 7: Počet kontaktních hodin domácí péče poskytované ve Velké Británii v roce 2009 .....	44
Graf č. 8: Věková struktura pacientů v domácí péči VB podle věku v roce 2009 .....	44
Graf č. 9: Srovnání věkové struktury pacientů v domácí péči v ČR a VB v roce 2009 .....	6
Graf č. 10: Srovnání věkové struktury pacientů v domácí péči v ČR a VB (% , r. 2009).....	6
Graf č. 11: Počet ošetření v domácí péči v ČR v letech 2005- 2010 .....	47

## 1 ÚVOD

Populace na celém světě se dožívá stále vyššího věku, s čímž jsou spojeny specifické potřeby a výdaje. Narůstající podíl seniorů, v celkovém počtu obyvatelstva, s sebou přinese nemalé náklady na zdravotní péči. Výdaje na péči o staré pacienty se zvyšují tím, že zde nemocnice často supluji za domovy důchodců a pečovatelské služby, i když je více než evidentní, že stáří není nemoc, ale přirozené stadium života se specifickými potřebami. Právě zde, pokud má senior zdravotní problémy, má své nezastupitelné místo domácí péče, která dokáže profesionálně pečovat o nemocné seniory v jejich domovech za nízké náklady.

Postupně bude více lidí využívat systém zdravotní péče, ale na druhé straně bude méně lidí na něj přispívat. Tím vznikne nerovnováha, která bude mít negativní dopad na rozpočet ve zdravotnictví a sekundárně i na státní rozpočet. Je nutné se již nyní zabývat otázkou, jak problém dále řešit. Současně nastavený systém, kde značnou část zdravotní péče financuje stát, je již dále neúnosný, a proto je nevyhnutelné nastavení spoluúčasti pacientů. V současné době již pacienti v určité míře na zdravotní péči přispívají, je však pravděpodobné, že to stávající nerovnováhu mezi příjmy a výdaji neodstraní. V péči o stárnoucí populaci má dominantní postavení domácí péče, která je nyní plně hrazena ze zdravotního pojištění. Domácí péče má oproti ústavní péči řadu výhod, jak v oblasti sociální, tak v oblasti finanční.

Při nastavení finanční spoluúčasti pacientů na zdravotní péči také vzniká etická a morální problematika sociálně slabých: jakým způsobem bude domácí péče poskytována, pokud se nebudou moci na spoluúčasti podílet. Na druhé straně protíváha těch, co budou mít možnost platit si více, zda je etické a morální, aby vlastnictví peněz znamenalo dostat lepší zdravotní péči.

Významné postavení v systému financování domácí péči mají zdravotní pojišťovny, které financují domácí péči prostřednictvím vybíraného povinného zdravotního pojištění a prostřednictvím státního rozpočtu.



## **2 CÍL A METODIKA**

Cílem práce je charakterizovat systém zajištění a financování domácí péče v ČR a vybraných státech Evropské unie a provést vzájemnou komparaci. Vzhledem k rostoucím výdajům na zdravotnictví v ČR bude zvažena úprava systému poskytování a financování domácí péče a navrženy konkrétní změny, které by měly pozitivní dopad na financování zdravotnictví.

Pro zpracování literární rešerše je využita metoda studia odborné literatury. Informace jsou získávány z českých i zahraničních materiálů. Aktuální informace jsou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Využita je metoda deskripce, komparace a analýzy.

### 3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA: ZAJIŠŤOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE

#### 3.1 Historie poskytování domácí péče v ČR

„Domácí péče je humánní holistická péče poskytovaná lidské bytosti v jejím vlastním sociálním prostředí.“<sup>1</sup> „Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.“<sup>2</sup>

„Zmínky o prvních formách domácí péče se u nás objevují již ve 12. století, kdy byly služby potřebným poskytovány prostřednictvím řeholních řádů. Masivněji se pak DP (domácí péče) rozvíjela na konci 13 století.“<sup>3</sup>

„Moderní koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu - panem Williamem Rathbonem, známým byznysmenem a filantropem, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou (zakladatelka a propagátorka moderního ošetrovatelství) založil první školu pro sestry, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem. V roce 1885 je ve Spojených státech Severoamerických ve městech New Yorku, Buffalu, Bostonu a Philadelphii založena organizace sester v domácí péči, která pomáhá chudým a opuštěným lidem, kteří mají zdravotní problémy. V rámci celé Evropy koncem 19. století dochází k rozvoji domácí péče. V průběhu dvacátého století byla zatlačena do defenzívy díky kumulaci klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních a také díky rozvoji a koncentraci zdravotnické techniky v lůžkových zdravotnických zařízeních.“<sup>4</sup>

„Možnost řešení zdravotních problémů klientů - dříve neřešených - přivádí do lůžkových zdravotnických zařízení stále více klientů. Domácí péče se orientuje na péči pro seniory. Pouze v Holandsku zůstávají věrni tradičnímu systému domácí péče - od doby příchodu lidské bytosti na svět až po jeho opouštění.“<sup>5</sup>

„K návratu k myšlence domácí péče dochází v Evropě (Francie, Finsko, Lucembursko, Lichtenštejnsko, Belgie, Dánsko, Švýcarsko, Švédsko, Rakousko, Anglie,

---

<sup>1</sup> MISCONIOVA, B., *Komplexní domácí péče* 94, s. 9

<sup>2</sup> JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 55

<sup>3</sup> JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 52

<sup>4</sup> MISCONIOVA, B., *Komplexní domácí péče* 94, s. 9

<sup>5</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

Itálie, SRN) v počátku sedmdesátých let dvacátého století, tedy v době, kdy začínají jednotlivé zdravotnické systémy spotřebovávat čím dál tím větší krajíc ze státních rozpočtů. Východisko mnoho expertů nachází v preferenci primární péče - domácí péče.“<sup>6</sup>

„Geografické formy domácí péče: Severská forma domácí péče je orientována na servis, který přichází od státu, vládních, či nevládních organizací. Vlastní účast rodiny, či příbuzenstva tuto péči doplňuje. Jižní forma domácí péče je spojena s tradičním sepětím všech členů rodiny, vzájemnou laickou pomocí a zde naopak servis státu vhodně doplňuje tuto péči. Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny. Služba potřebným v rodinách i špitálech byla výsadou řeholních řádů. V Českých zemích to byly například již v počátku dvanáctého století: Řád svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, Křížovníci s červenou hvězdou a Klaristky. Svatá Anežka Přemyslovna, dcera českého krále Přemysla Otakara I, zakládá v roce 1223 Laické bratrstvo špitální, z kterého vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou, který například za vlády Karla IV. /1316-1378/ spravoval v českých zemích šedesát špitálů. Za vlády Marie Terezie /1740-1780/ v době osvíceneckého absolutismu, došlo ke zlepšení péče o poddané zejména v sociální sféře. Staví se různé útulky, zakládají se spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči se začíná propojovat charitativní a odborná péče.“<sup>7</sup>

„V době Národního obrození část intelektuálů - například Karolina Světlá, Eliška Krásnohorská se snaží podporovat sociální i odbornou péči pro všechny obyvatele bez rozdílu. Roku 1874 je založena z jejich iniciativy první ošetřovatelská škola. Jsou zřizovány různé spolky, pořádány dobročinné akce na podporu sociálně slabých.“<sup>8</sup>

„V roce 1919 za významné pomoci Alice Masarykové založen Československý červený kříž. V období první republiky vysoké náklady na ošetřování v nemocnicích a snaha zlepšit úroveň zdravotnictví- daly vznik myšlenky odborné ošetřovatelské pomoci v domácnosti.“<sup>9</sup>

„K masivnímu rozvoji došlo v meziválečném období. V roce 1919 vznikl Československý červený kříž (ČSČK) a právě on spolu ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou začíná realizovat první pokusy v oblasti domácí péče.“<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>7</sup> MISCONIOVA, B., *Komplexní domácí péče 94*, s. 11

<sup>8</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>9</sup> MISCONIOVA, B., *Komplexní domácí péče 94*, s. 8

<sup>10</sup> JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 52



„Tento způsob péče se velice osvědčil. Protože žádná z existujících škol plně nevyhovovala charakteru této péče, byla při Státním zdravotním ústavu založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Po druhé světové válce organizují ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách Ústavy národního zdraví, jako výkonná zařízení okresních národních výborů podle vládního nařízení č. 219/1948 Sb. Výnosem ministerstva zdravotnictví ze dne 8. září 1950 byl pověřen Československý červený kříž, aby postupně převzal do svého provozu veškerou ošetrovatelskou a zdravotní péči v rodinách. 19. srpna 1952 dle zákona č. 103/1951 Sb. odpovědnost za provádění Domácí péče na sebe přebírá stát, tato péče je začleněna do zdravotní péče, jež je poskytována ve zdravotních obvodech. Další právní úprava zřizuje ze sester, které působily v Domácí péči – sestry geriatrické, které pracují v rámci obvodních středisek.“<sup>11</sup>

„Od poloviny sedmdesátých let se počet geriatrických sester zvyšoval a v roce 1990 dosáhl počet 1557. Reforma zdravotnictví po Sametové revoluci v roce 1989 a rozvolnění bývalých ÚNZ a s probíhající privatizací zdravotnických zařízení způsobila po roce 1989 rozpad sítě geriatrických sester.“<sup>12</sup>

„Cesta od "socialismu" ke společnosti uplatňující tržní mechanismy dostává Českou republiku do úlohy laboratoře zrodu nových netradičních myšlenek a cest, které se rodí za nesmírných obtíží. Ohrožení "sociálních jistot" společnosti je citlivý bod, který je nutné v maximální míře kompenzovat novými efektivními programy.“<sup>13</sup>

K největším změnám ve prospěch rozvoje domácí péče dochází až po zmiňovaném roce 1989, kdy dochází k jejímu největšímu rozvoji spolu s rozvojem soukromého sektoru.

„V říjnu roku 1991 se ve francouzském Štrasburku koná první evropský kongres Domácí péče. Mezi stovkami účastníků ze všech zemí světa se najdou i dvě účastnice z České republiky. Kongres se stává odrazovým můstkem pro spuštění kampaně k propagaci Domácí péče na území České republiky a dle ohlasu na kampaň v roce 1993 i na území Slovenské republiky.“<sup>14</sup>

„V roce 1991 začala vznikat střediska domácí ošetrovatelské služby (domácí péče) jako experiment Ministerstva zdravotnictví. Tato střediska vznikala pod záštitou České katolické charity. Na jaře roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky

---

<sup>11</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>12</sup> JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 54

<sup>13</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>14</sup> MISCONIOVA, B., *Komplexní domácí péče 94*, s. 12

(ADP CR), která sdružuje poskytovatele domácí péče. V roce 1996 je Česká republika reprezentována na I. světovém kongresu domácí péče. Asociace domácí péče České republiky, která je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (WHHO) se sídlem ve Washingtonu D.C. Desítky legislativních změn, článků, interview, televizních, rozhlasových pořadů, seminářů, workshopů, edukačních programů pro společnost i profesionály, apelů na politické strany, městská zastupitelstva přinesly své ovoce. Podařilo se získat podporu ze strany laické veřejnosti i profesionálů. Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci. Domácí péče je i symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků.“<sup>15</sup>

### **3.2 Poskytování domácí péče v ČR**

Je třeba si dobře uvědomit rozdíl mezi zdravotní péčí a sociální péčí. Zdravotní služby domácí péče zahrnují pouze odbornou péči o nemocného člověka (ošetřovatelská, rehabilitační, léčebná péče). Naproti tomu stojí sociální péče, což je pomoc osobám, které jsou méně či více nesoběstační nebo se cítí slabí a nemohou se o sebe a o svoji domácnost postarat sami. Sociální služby tedy zahrnují pomoc v domácnosti (úklid, doprovod k lékaři, nákupy aj.) nebo pomoc s hygienou či se základní sebeobsluhou.

„V tomto ohledu je toto největší rozdíl v porovnání s domácí péčí v jiných státech, kde často jsou tyto služby propojeny dohromady. Komplexní domácí péče je poskytována dle ordinace ošetřujícího lékaře, či indikace sociální diagnózy ve vlastním sociálním prostředí klienta, je individuální a adresná.“<sup>16</sup>

Domácí péče je v současnosti velmi dynamicky se rozvíjející odvětví, a to hlavně již vzhledem k zmíněnému progresivnímu stárnutí populace. Problém stárnutí populace musí řešit nejenom Česká republika, ale jde o problém globální.

„V červenci roku 1994 je Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče se sídlem Klientská 11, Praha 1, které poskytuje informace, koordinaci a edukaci profesionální i laické veřejnosti a vzniklo v souladu s Národním plánem opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení – dokument schválený Vládou České republiky č. 493/1993. Ministerstvo zdravotnictví České republiky v měsíci srpnu roku 1994 pověřuje Asociaci domácí péče vypracováním a realizací metodiky pro dotační řízení pro podporu a rozvoj domácí péče. V měsíci září roku 1994 Asociace domácí péče

---

<sup>15</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>16</sup> ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR, *Management komplexní domácí péče*, s. 16

spolu s Česko – slovenskou – švýcarskou zdravotnickou společností a Národohospodářským ústavem AV pořádá odborný seminář k problematice transformace zdravotnictví, kterého se účastní představitelé odborných organizací a institucí z České republiky i ze zahraničí. Po roce se kongres koná v Chrudimi jako Mezinárodní kongres primární péče a zájem překonává veškeré očekávání. Počet agentur domácí péče v roce 1994 je 343.<sup>17</sup>

„Ministerstvo zdravotnictví definuje koncepci domácí péče jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí. Může být poskytována formou akutní domácí péče, dlouhodobé domácí péče a domácí hospicové péče. Síť zařízení pro poskytování domácí péče je zajištěna podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. S ohledem na indikační skupiny pacientů v domácí péči je žádoucí zajistit nepřetržitou dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.“<sup>18</sup>

„Výkony prováděné v domácí péči jsou dány vyhláškou MZ ČR č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění.

Kvalifikovaný zdravotnický pracovník provádí následující výkony:

- Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
- Odběr biologického materiálu
- Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
- Ošetření stomií
- Lokální ošetření (ošetření ran)
- Klyзма, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
- Aplikace inhalační a léčebné terapie (p.o., s.c., i.m., i.v. ev. další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv)
- Návčik a zaučování aplikace inzulínu.“<sup>19</sup>

„Délku a frekvenci ošetřovatelské návštěvy stanoví indikující lékař dle stavu pacienta a ošetřovatelského výkonu.“<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> MISCONIOVA, B., *Komplexní domácí péče 94*, s. 16

<sup>18</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>19</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>20</sup> ASOCIACE DOMÁČÍ PÉČE ČR, *Management komplexní domácí péče*, s. 16



„Domácí péče je pacienty přijímána jednoznačně pozitivně. Jistě má na tento vztah vliv i skutečnost, že praktickým lékařem indikovaná domácí péče je pro pacienta zdarma. Stále však dochází k nejasnostem v kompetencích všeobecných sester a pečovatelské služby, která je službou placenou. Informovanost veřejnosti (i té odborné) o domácí péči je vyšší, ale stále nedostatečná.“<sup>21</sup>

„Základním předpokladem provozování agentury domácí péče je:

- registrace k výkonu činnosti na magistrátu, krajském úřadě
- výběrové řízení
- smlouvy s pojišťovny
- smlouvu/dohodu s praktickými lékaři
- zajištění chodu „agentury domácí péče“ (ADP) předpokládá:
- zpracování koncepce agentury
- vymezení rozsahu působnosti
- výběr kvalifikovaných pracovníků
- zajištění financování
- propagace a reklama.“<sup>22</sup>

„Domácí péče v České republice je v pěti základních formách:

- Akutní domácí péče – pacienti s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci – urologické, gastrointestinální či neurologická onemocnění
- Dlouhodobá domácí péče – ta je nejrozšířenější a v drtivé většině jde o péči o seniory a péče o chronicky nemocné, jejichž zdravotní stav či duševní stav si to vyžaduje
- Preventivní domácí péče – na doporučení lékaře na pravidelný monitoring zdravotního stavu (měření fyziologických funkcí, kontrola duševního zdraví, aj.)
- Domácí hospicová péče – jedná se především o pacienty v preterminálním a v terminálním stadiu nemoci, péče zde zahrnuje emocionální podporu a mírní utrpení klienta

---

<sup>21</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>22</sup> ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR, *Management komplexní domácí péče*, s. 18

- Domácí péče ad hoc – jednorázová domácí péče – jde o mimořádnou alternativní službu většinou prováděnou sestrami praktických lékařů (jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu aj.)<sup>23</sup>

### 3.3 Systém financování domácí péče v ČR

„Právo na bezplatnou péči o zdraví občanů je v České republice stanovena zákonem č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění. Základní forma péče je financována ze zákonného pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Zdravotně pojištěny jsou osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, nebo osoby bez trvalého pobytu, které jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem na území České republiky. Zákonem je také dána povinnost být zdravotně pojištěn, tzn. zdravotní pojištění musí odvádět každý zákonem stanovený plátcem, kterým je:

- pojištěnec, tj. zaměstnanec v pracovním poměru, osoba samostatně výdělečně činná či osoba uvedená v § 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění
- zaměstnavatel
- stát.<sup>24</sup>

„Zdravotní pojištění vzniká dnem narození (jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky) nebo dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem anebo získáním trvalého pobytu na území České republiky. Smrtí pojištěnce, ukončením trvalého pobytu či "ztrátou" zaměstnání pojištění zaniká. Ze zákonného zdravotního pojištění je hrazena péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění lze zdravotní pojišťovnu změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí.

Do zákonem stanoveného rozsahu péče patří:

- léčebná péče ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem)
- pohotovostní a záchranná služba

<sup>23</sup> JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, s. 63

<sup>24</sup> NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 82

- preventivní péče
- dispenzární péče
- odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření)
- poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků
- lázeňská péče a péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách
- závodní preventivní péče
- doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů
- doprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhrada cestovních nákladů
- doprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa
- doprava odebraných tkání a orgánů
- posudková činnost

„Zdroje financování domácí péče:

- Fond veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- Fond sociálního pojištění.
- Dotace obcí a okresních úřadů.
- Státní dotací.
- Loterie.
- Zahraniční dotací.
- Přímá platba pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění). Vždy je nutné klienta upozornit, co mu hradí zdravotní pojišťovna a za jaké výkony a v jaké výši si platí sám hotově.

- Sponzorské dary, z nadací, grantů, jejichž podíl na financování DP je zatím minimální, ale snad se tato situace změní.<sup>25,26</sup>

„Dle zákona je domácí péče vykazována pod odborností 925 - práce sestry v domácí péči. Výkony odbornosti 925 mohou být vykázány na základě písemné indikace praktického lékaře, nebo nejdéle 14 kalendářních dnů po ukončení hospitalizace na základě indikace ošetřujícího lékaře za hospitalizace.“<sup>27</sup>

Písemná indikace k domácí zdravotní péči musí obsahovat časový rozsah indikované péče odpovídající čtyřem typům ošetřovací návštěvy I-IV (viz výše 15, 30, 45 a 60 minut).

Tabulka č. 1: Typ ošetřovacích návštěv

<b>Typ</b>	<b>Číslo</b>	<b>Časový fond</b>	<b>Body</b>
I. typ	6313	30 minut	71 bodů
II. typ	6315	45 minut	107 bodů
III. typ	6317	60 minut	143 bodů
IV. typ	6318	15 minut	36 bodů

Zdroj: Národní centrum domácí péče (on-line), vlastní zpracování

Výkony Ošetřovací návštěvy - typ I. až IV. lze vykazovat jednotlivě nebo ve vzájemné kombinaci, nejvíce však tři ošetřovací návštěvy v jednom dni.

Zavedení, ukončení domácí zdravotní péče 06311 (178 bodů), administrativní činnost sestry v domácí zdravotní péči lze vykázat pouze dvakrát za jeden cyklus soustavné domácí zdravotní péče, nejvíce však dvakrát za tři měsíce.

Vlastní domácí zdravotní péče se vykazuje především výkony ošetřovací návštěvy (I - IV). Tyto výkony lze vykazovat současně s výkony materiálovými, tedy s agregovanými výkony:

<sup>25</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>26</sup> MISCONIOVA, B., *Komplexní domácí péče 94*, s. 61

<sup>27</sup> [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlasaka-c-sb-obsahuje-seznam-zdravotnich-vykonu\\_2038\\_999\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlasaka-c-sb-obsahuje-seznam-zdravotnich-vykonu_2038_999_3.html)

Tabulka č. 2: Seznam kódů a výkonů

Kód	Výkon	Body
06323	Odběr biologického materiálu	15 bodů
06325	Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti	21 bodů
06327	Ošetření stomií	23 bodů
06329	Lokální ošetření	21 bodů
06331	Klyisma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katétrů	22 bodů
06333	Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o, s.c, i.m, i.v, UV, eventuálně další způsoby aplikace terapie, či instilace léčiv	5 bodů
06335	Nácvik a zaučování aplikace insulínu	7 bodů
06321	Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí	8 bodů
06137	práce v den pracovního klidu	100 bodů
06135	Výkon práce od 22 hod do 6hod	100 bodů

Zdroj: Home care services (on-line), vlastní zpracování

„V domácí péči je dle zákona hrazena i doprava. Cestovní náklady při návštěvní službě zdravotnických pracovníků jsou hrazeny podle příslušného výkonu dopravy zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči v návštěvní službě poskytlo. Dle aktuální vyhlášky je oceněno 12,26 bodů za 1 km. Zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení mohou ve smlouvě dohodnout paušální náhrady cestovních nákladů zdravotnických pracovníků v návštěvní službě. Paušální náhrady mohou být dohodnuty na časové období nebo na navštíveného pojištěnce.“<sup>28</sup>

„Další platba od pojišťovny je za nepřímé náklady. Pro odborné výkony sestry v domácí péči je přiřazena minutová režijní sazba ve výši 2,59 bodu za jednu minutu času výkonu. Hodnota režie přiřazená touto vyhláškou k ošetřovacímu dni se zvyšuje vždy k 1. červenci kalendářního roku o průměrnou roční míru inflace. Lze se dohodnout ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou na navýšení maximálně o 400%,

<sup>28</sup>[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c-sb-obsahuje-seznam-zdravotnich-vykonu\\_2038\\_999\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c-sb-obsahuje-seznam-zdravotnich-vykonu_2038_999_3.html)

ale také na snížení maximálně o 30% na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů. V roce 2011 bude například pojišťovna VZP hradit zdravotní péči poskytovanou segmentem domácí zdravotní péči výkonovým způsobem s využitím sestupné hodnoty, což znamená, že je stanovený objem pacientů, kterým je hrazeno 100% a při překročení se úhrada bodu adekvátně snižuje (tento systém je zdůvodněn udržitelností kvalitní péče). Pro zdravotnická zařízení s odborností 925 (domácí zdravotní péče) je stanovena hodnota bodu ve výši 1 Kč a nad vypočtený objem ve výši 0,70 Kč.<sup>29</sup>

„Podle věstníku MZ 12/2004 je domácí péče financována:

- Z fondu veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.
- Přímoú platbou pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění, nebo u pacientů, u kterých zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči, pokud pacient vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení).
- Sponzorskými dary, z nadací, grantů apod.<sup>30</sup>

„Výše úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění se dohoduje mezi zástupci poskytovatelů jednotlivých segmentů zdravotní péče a zástupců zdravotních pojišťoven na Dohodovacím řízení. V případě dohody vydá MZ ČR vyhlášku, ve které se vyhlásí dohodnutá výše úhrad na další období. Pokud zástupci poskytovatelů a zástupci zdravotních pojišťoven nedojdou k vzájemné dohodě, rozhoduje o výši a způsobu úhrad z veřejného zdravotního pojištění MZ ČR, které rozhodne ve veřejném zájmu a vydá vyhlášku. Do roku 2006 se konala Dohodovací řízení ke způsobu a výši úhrad z veřejného zdravotního pojištění na každé pololetí zvlášť. Novelou zákona č. 48/1997 v roce 2006 došlo ke změně, nyní jsou ceny stanovovány na kalendářní rok. ÚZIS ČR sleduje náklady na jednotlivé segmenty zdravotní péče za období od roku 2001.<sup>31</sup>

„Maximální rozsah frekvence domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění je stanoven na 3 hodiny odborné péče denně. Po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny lze v odůvodněných případech rozšířit rozsah až na 5 hodin denně.<sup>32</sup>

---

<sup>29</sup> NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 84

<sup>30</sup> [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1884\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1884_1038_3.html)

<sup>31</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>32</sup> <http://www.domaci-pece.info/>



### 3.4 Právní předpisy související s poskytováním domácí péče v ČR

„Domácí zdravotní péče je v § 22 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, definována takto: „Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Ve vyhlášce MZ ČR č. 331/2007 v platném znění, kterou je vydáván seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je domácí péče uvedena pod odborností 925 – sestra domácí zdravotní péče.“<sup>33</sup>

„V roce 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR Věstník MZ ČR 12/2004, metodické opatření, ve kterém je uvedena Koncepce domácí péče k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče.“<sup>34</sup>

- „Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů nahrazen předpisem 195/2005 Sb.

---

<sup>33</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>34</sup> [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1884\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1884_1038_3.html)

- Vyhláška č. 224/2009 Sb. ze dne 22. července 2009, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška MZ ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení v platném znění (úhrada sociální péče a pomoci v rámci domácí péče).<sup>35 36</sup>

### 3.5 Problémy spojené s financováním domácí péče v ČR

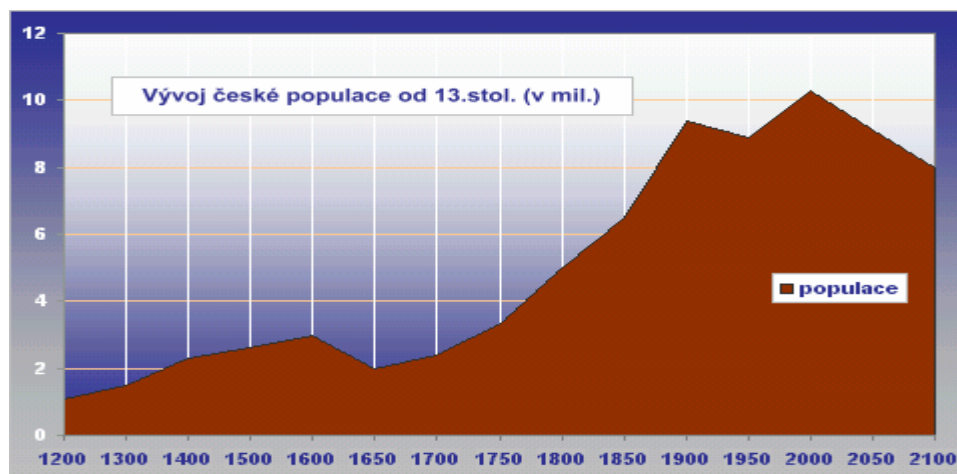
„Zdravotnictví je jednou z nejcitlivějších oblastí, dotýká se každého z nás. Každý z nás chce být v případě potřeby řádně ošetřen a přeje si dostat tu nejlepší péči, kterou současné zdravotnictví nabízí. Jsme zvyklí dostávat ji zadarmo. Avšak poskytovatelé požadují stále více peněz na technologie, vybavení, služby, budovy a platy. Mezi těmito dvěma skupinami stojí stát, respektive zdravotní pojišťovny. Stát je tvůrcem systému zdravotnictví a v případě potřeby dodavatelem peněz do něj. Zdravotní pojišťovny vybírají peníze od pojištěnců a zároveň proplácejí lékařskou péči zdravotnickým zařízením. O problematice financování zdravotní péče se hovoří už dlouho. Diskutovalo se o snaze kontrolovat náklady (například systém DRG), o systémových změnách a podobně. Když ale dojde na "lámání chleba", nemá nikdo odvahu říci pacientům, že je nutné zbavit se návyku na oficiální bezplatnou péči. Je totiž jen otázkou času, kdy budeme nuceni přizpůsobit způsob financování našeho zdravotnictví některému ze systémů, který používají jiné státy. Tyto systémy zahrnují menší či větší finanční spoluúčast pacienta.“<sup>37</sup>

<sup>35</sup> <http://www.domaci-pece.info/>

<sup>36</sup> [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1884\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1884_1038_3.html)

<sup>37</sup> CHYTIL, M., *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR*, s. 16

Graf č. 1: Vývoj populace v letech 1200- 2100



Zdroj: Demografický informační portál, (on-line)

„Jak je patrné z grafu číslo 1, s ohledem na demografickou projekci spolu s modelovými předpoklady o vývoji zdravotního stavu populace, o trendech v péči o dlouhověké a na dalších parametrech a proměnných se ukazuje, že populace bude početně slábnout. Uvedený graf týkající se vývoje populace je závislý na volbě dat a zvolených předpokladech, které jsou pouze modelové, zjednodušené a v praxi nepřiliš reálné. Jakým směrem se bude finanční bilance veřejného zdravotnictví vyvíjet, je do značné míry endogenní proměnnou – je totiž ovlivnitelná rozhodnutím společnosti (resp. politickým rozhodnutím). Bilance systému bude dlouhodobě vždy vyrovnaná a bude tedy docházet buď k omezování péče nebo ke zvyšování daňové zátěže pracujícího obyvatelstva. Jde tedy o to, jaká je ochota k placení a jaká je vůle vzdát se jiných výdajů (v případě veřejných výdajů výdaje na školství, bezpečnost apod., u soukromých výdajů na ošacení, potraviny, cigarety aj.). Problémem financování ve vztahu k budoucímu vývoji není tolik to, kdo to všechno zaplatí, ale především to, komu, jakým způsobem a v jaké kvalitě bude péče zajištěna. Z pohledu dlouhodobé finanční udržitelnosti je proto klíčová analýza těch problémů, které nesou největší potenciál (resp. ohrožení) pro změny v objemu a struktuře nákladů a příjmů zdravotnického systému.“<sup>38</sup>

Z analýzy D. (PhD.) Ludwiga a D. (Ing.) Staré z roku 2010 vyplývá, že dlouhodobě podíl největších výdajů ve zdravotnictví mají výdaje na ambulantní péči a úhrady

<sup>38</sup> CHYTIL, M., *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR*, s. 17

pojištěn za léky na recept. Z této analýzy také vyplývá, že stárnutí populace představuje jen malý přírůstek v celkovém objemu růstu nákladů na zdravotní péči.<sup>39</sup>

### 3.6 Podmínky domácí péče ve Velké Británii

Výchozím dokumentem veřejného zdravotnictví je tzv. „White paper“, který vláda vydala v listopadu 1989, kde definovala pečovatelskou službu jako správnou úroveň intervence a podpory, která má za cíl udržet maximální soběstačnost klientovi. Tento dokument spolu se Zákonem o zdraví z roku 1999 upravuje podmínky poskytování zdravotní péče ve Velké Británii. Zodpovědnost za nasmlouvání zdravotní péče s poskytovateli a její proplácení mají na starosti místní úřady.

Veřejné zdravotnictví je ve Velké Británii financováno převážně z daní a zákonného pojištění. Zákony o NHS (National health service) Národní zdravotní služby a Komunitní péče z roku 1990 platné od roku 1993 obsahují nutné změny právních předpisů. Tento zákon byl r. 2001 upraven pod názvem Zdraví a sociální péče 2001 a poskytuje právní rámec pro posuzování domácí péče. Odpovědnost za poskytování a financování domácí péče byla převedena z odboru sociálního zabezpečení na místní úřady. Ve Velké Británii je profesní sdružení poskytovatelů domácí péče, které nese název - Homecare Association Ltd (UKHCA).

Existují dva hlavní druhy domácí péče podle odbornosti poskytovatelů:

- Formální péče (odborný personál) a neformální péče (rodina a příbuzní).
- Formální domácí péče je poskytována při splnění daných kritérií, která jsou posuzována místními orgány ve spolupráci s odborným personálem pečující o nemocného.

Vyhodnocení, jakou úroveň domácí péče žadatel právě potřebuje a na jakou má nárok, provádí místní úřad, který pak služby koordinuje nebo na žádost schválí přímou platbu a pacient si pak služby koordinuje a platí sám. Každý odbor sociálních služeb má omezené množství prostředků, a tak se při jednotlivých žádostech o příspěvky na péči řídí individuálně a rozhoduje dle svých aktuálních možností. Může rozhodnout o částečné nebo žádné spoluúčasti pacienta.<sup>40</sup>

Domácí péče může být poskytována od 30 minut až do 24 hodin. Může být poskytována krátkodobě, dlouhodobě nebo přerušovaně. Domácí péči musí doporučit

<sup>39</sup> DITTRICH, L., STARÁ, D., *Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů ...*, s. 44

<sup>40</sup> <http://www.ukhca.co.uk/training.aspx>

praktický lékař a schválit příslušná rada, která rozhoduje o výši uhrazení a výši spoluúčasti. Každý má právo na bezplatné posouzení nároku. Pacienta navštíví sociální pracovník a posoudí závažnost zdravotního stavu a učiní rozhodnutí, jaká péče bude nutná. Pacient si také může zvolit soukromou domácí péči, ale pak hradí vše sám <sup>41</sup>

Obecně se praví, že je zdravotní péče poskytována zdarma v místě provádění a je financována z daní (nikoliv z pojištění).

K dispozici je množství finanční pomoci, kterou lze získat. Hlavním zdrojem podpory jsou Národní zdravotní správy (NHS) a místní odbor sociálních služeb. Lze ovšem využít i alternativní formy financování (charitativní, rodina, aj). NHS je zodpovědná za financování některých typů zdravotnických zařízení a také za následnou zdravotní péči doma. Pokud je péče poskytována prostřednictvím NHS, pak je bezplatná za podmínek, které jsou stanoveny vládními předpisy.

Základním trendem je rostoucí integrace a provázanost jednotlivých typů péče, a to zejména posílením a rozvinutím funkce tzv. NHS trustů (PCT). Trusty jsou řetězce, do kterých jsou průběžně sdružováni poskytovatelé primární i sekundární zdravotní péče v celé Anglii. Aktuálně existuje celkem 152 PCT, které hospodaří přibližně s 80% celkového rozpočtu na zdravotnictví. Jedním z trustů jsou pečovatelské trusty (care trusts), jejichž síť se vytváří od roku 2002 a které se zaměřují na poskytování integrované zdravotní a sociální péče o staré lidi a lidi s postižením či duševním onemocněním, posilují kontinuitu péče a zjednodušují administrativu.<sup>42</sup>

### **3.6.1 Pokračující zdravotní péče v rámci NHS**

NHS pokračující zdravotní péče může být poskytována v jakémkoli prostředí – doma, hospic či pečovatelské domy. Pokud někdo splní stanovené podmínky a dostane tuto pokračující péči pak je celá tato zdravotní péče hrazena z NHS. Posouzení způsobilosti využívat tuto službu se provádí pomocí posouzení primárních zdravotních potřeb a splnění celkového zdravotního stavu dle daných kritérií.<sup>43</sup>

Rozhodnutí o způsobilosti by měla být obvykle vydána do 28 dnů od podání žádosti.

---

<sup>41</sup> <http://www.careuk.com/>

<sup>42</sup> HNILICOVA, H., *Úvod do systému zdravotnictví*, s. 16

<sup>43</sup> <http://www.nhs.uk/>

Po vyhodnocení, které zhodnotí stav jako nevyhovující pro zdravotní následnou péči NHS, může osoba získat například jen částečné plnění od NHS v té oblasti, již vyhovuje, a zbytek může být financován ze sociálních služeb nebo soukromě (rozhoduje příslušný místní úřad). Počáteční posouzení může být provedeno zdravotní sestrou, lékařem nebo sociálním pracovníkem. Hodnocená osoba musí být požádána o souhlas.

Profesionální hodnocení je provedeno písemnou formou s datem a podpisem. Tiskopis je vydán ministerstvem zdravotnictví a kopie zůstává žadateli jako doklad. S kladným vyhodnocením postupuje k dalšímu hodnocení, a to ke zhodnocení celkového zdravotního stavu. Posouzení celkového zdravotního stavu (PCT) provádí multidisciplinární tým. Tento tým tvoří pracovníci zdravotní a sociální péče, kteří se již podílejí na péči.

Posouzení se zaměřuje na následující oblasti:

- Chování
- Poznání (porozumění)
- Komunikace
- Psychologické / emocionální potřeby
- Mobility
- Výživy (jídlo a pití)
- Kontinence
- Kůže (včetně ran a vředů)
- Dýchání
- Kontroly symptomů pomocí léků a terapie léky
- Změněné stavy vědomí

Pro každý z těchto bodů se stanoví úroveň závislosti. Úrovně jsou označeny jako "priority" a škála hodnocení je následující: "závažná", "vysoká", "střední" nebo "nízká".

Pokud je ve dvou bodech úroveň závažná, pak pacient pravděpodobně získá NHS pokračující péči. V rozhodnutí se zohledňuje i názor rodiny a pečovatele. Pokud je osoba ve velmi těžkém stavu, který rychle prograduje, je posuzován ve zrychleném řízení (fast track). Vládní směrnice říká, že péče by měla být zavedena do 48 hodin.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> <http://www.nhs.uk/>



PCT by měla rozhodnout o nároku na pokračující zdravotní péči NHS do 28 dnů od získání vyplněného prvního zhodnocení nebo od žádosti o úplné posouzení zdravotního stavu.

### **3.6.2 Ošetřovatelská služba a ostatní zdravotní služby**

Mimo této nejrozšířenější NHS pokračující péče a ošetřovatelské péče existují další druhy jako například následná péče (zadržení v nemocnici podle zákona o duševním zdraví – péče zdarma), intermediální péči (po propuštění z nemocnice po úraze k zotavení – péče zdarma) a sociální služby.

Pokud je osoba umístěna do ústavní péče a je v domě s pečovatelskou službou, je mu zde poskytována tzv. ošetřovatelská péče. I na tento druh péče může požádat o NHS - finanční příspěvek na ošetřovatelskou péči. To znamená, že NHS zaplatí část za jejich platbu za domácí ošetřovatelské služby, tzv. Příspěvek na Registrovanou ošetřovatelskou péči (RNCC).

„NHS - finanční příspěvek“ je určen na platby za jejich ubytování, stravu a osobní péči, nebo komunitní péči. Posouzení pro NHS - finanční příspěvek na ošetřovatelskou péči by mělo být prováděno automaticky, když se osoba přestěhuje do pečovatelského domu. „NHS - finanční příspěvek“ na ošetřovatelskou péči je v současné době v Anglii 108,70 liber za týden. O přidělení pečovatelské služby rozhoduje PTC.

Pravidla, která určují, zda pacienti mají či nemají dostat finanční příspěvek na sociální služby, se liší v závislosti na tom, zda je péče poskytována v pečovatelských domech nebo ve vlastním domově. V některých případech osoba může mít smíšené balíček péče, včetně služeb, které jsou financované ze systému NHS, a některé sociální služby, které mohou být vyúčtovány přímo osobě.<sup>45</sup>

### **3.6.3 Financování domácí péče ve Velké Británii**

Domácí péče ve Velké Británii je státní a soukromá. V posledních letech dochází k odlivu pacientů od státní domácí péče do soukromých agentůr.

Financování domácí péče ve Velké Británii lze rozdělit do čtyř skupin:

- obecní úřad
- jiné zdroje financování (charita aj.)

---

<sup>45</sup> <http://www.nhs.uk/>

- osobní samofinancování
- finanční podpora pro pečovatele

Místní úřad přispívá na domácí péči, pokud pacient byl v hodnocení celkového zdravotního stavu shledán do té míry nesoběstačný, že vyžaduje zdravotní péči. Výši příspěvku a výši spoluúčasti určuje rada místního úřadu. Pokud má občan v roce více než 23.250 Liber příjmu, bude mu účtována plná cena. Pokud je jeho celoroční příjem nižší než 23.250 Liber, bude rada jednat o výši příspěvku, který poskytne. Ve Skotsku je osobní péče zdarma pro osoby nad 65 let. Podle individuálních potřeb může rada nabídnout přímou platbu, kdy osobě vyplatí celý příspěvek, a osoba si pak řídí poskytování péče sama. Existuje také finanční podpora pro pečovatele, který pečuje o svého příbuzného doma, kdy místní úřad platí za služby, které provádí rodinný příslušník na úkor svého zaměstnání, a tato osoba má nárok i na dovolenou. Náhradní péče za dovolenou rodinného pečovatele se nazývá tzv. respitivní péče, na kterou je opět dán příspěvek od místního úřadu.<sup>46</sup>

Ve Velké Británii došlo za posledních deset let k zavedení řady tržních prvků do systému NHS patří sem zavedení úhradových mechanismů a využívání konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče. Došlo i k určitému rozvoji soukromého zdravotního pojištění (škodové a obnosové pojištění). A soukromé pojištění se chápe jako doplněk NHS zdravotní péče, nikoliv jako náhrada. V roce 2010 využívalo soukromé pojištění asi 10% populace.<sup>47</sup>

Veřejné zdravotnictví je ve Velké Británii financováno převážně z daní a zákonného pojistného. Soukromé zdravotní pojištění je ve Velké Británii, buď zaměstnavatelské nebo individuální. Zákonné pojistné platí pracující osoby, jejichž příjmy přesahují hranici 344 Liber měsíčně.

Doplňkové zdroje financování zdravotní péče tvoří spoluúčast pacienta a soukromé pojištění. Finanční spoluúčast je zejména za pobyt v nemocnici nebo za zubní korunky u zubaře nebo doplatek za recept stejně jako v ČR. Ze spoluúčasti jsou vyjmuti mladí do 16 let, staří lidé, osoby s nízkým příjmem atd. Odpovědnost za dostupnost zdravotní péče (primární – praktický lékař, sekundární a terciální - nemocnice a domácí péče) mají zdravotní úřady.

<sup>46</sup><http://www.firststopcareadvice.org.uk/finance/care-home/funding-local-authority.aspx>

<sup>47</sup> VOSTATEK, J., *Zdravotní pojištění a zabezpečení v České republice*, s. 105

### 3.7 Základní popis zdravotnických systémů ve vybraných zemích

Každá země má svůj individuální zdravotnický systém. Zdravotnický systém ve Velké Británii i v Německu je stejně jako u nás financován z části ze zdravotního pojištění a dalšími zdroji dle předešlých kapitol.

Rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění podle míry dobrovolné účasti obyvatelstva:

- statutární – povinné, reguluje stát
- privátní.<sup>48</sup>

Zdravotnické systémy ve vyspělých zemích je možné pro přehlednost rozdělit do tří základních typů podle způsobu, jakým občané v dané zemi platí za zdravotnické služby.

- Zdravotnictví financované z daní obyvatelstva prostřednictvím státního rozpočtu - tzv. státní zdravotnictví (Velká Británie)
- Zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění - Bismarckův model (Německo, ČR)
- Zdravotnictví převážně tržně orientované, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění (USA).<sup>49</sup>

„U prvních dvou uvedených modelů existuje státní garance potřebné (nezbytné, základní) zdravotní péče pro všechny občany. V mnoha zemích je tato garance deklarována jako jedno ze základních lidských práv, které je zaručeno Ústavou. Ve třetím - tržním modelu, reprezentovaném zdravotnictvím USA, tato garance ve všeobecné rovině neexistuje. Důraz je kladen na individuální odpovědnost za zdraví, a stát tudíž negarantuje zdravotní péči pro všechny občany. Stát ručí pouze za zdravotní péči pro některé skupiny obyvatel, které jsou přesně definovány. Jedná se převážně o sociálně znevýhodněné skupiny.“<sup>50</sup>

V České republice je využíván systém podobný Bismarkovu modelu. V ČR jsou vedle hlavní, všeobecná zdravotní pojišťovna, další komerční pojišťovny a je jenom na každém jednotlivci jakou pojišťovnu si vybere a ta bude za něj hradit zdravotní péči.

<sup>48</sup> NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 85

<sup>49</sup> VOSTATEK, J., *Zdravotní pojištění a zabezpečení v České republice*, s. 103

<sup>50</sup> [http://www.praha.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/7D00242981/\\$File/330609j2.pdf](http://www.praha.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/7D00242981/$File/330609j2.pdf)

Služby domácí péče jsou ve standardní formě poskytovány bezplatně a hradí je právě příslušná pojišťovna.

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST: POSKYTOVÁNÍ A FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČR

### 4.1 Vývoj nárůstu počtu obyvatel v ČR

Vzrůstající podíl starých a velmi starých lidí bude způsobovat, že hodně lidí bude ze systému veřejného zdravotního pojištění čerpat a málo lidí bude do systému přispívat. To bude mít vazbu na finanční nerovnováhu systému. Stárnutí populace bude také vyvolávat potřebu změn ve struktuře péče, bude vytvářet tlak na vznik nových služeb, např. posilování významu ošetrovatelské péče (hospice, zařízení domácí péče apod.).

Tabulka č. 3: Přepokládaný vývoj složení obyv. podle hlavních věk. skupin ČR v letech 2010 - 2050

	0-14	15-64	65+
2002	1589766	7195541	1417962
2005	1487148	7302144	1446681
2010	1400028	7286202	1596812
2015	1426352	7011496	1864146
2020	1408644	6786952	2088333
2025	1346384	6669506	2201310
2030	1274155	6520205	2308073
2035	1219739	6337422	2399918
2040	1197000	5964564	2633554
2045	1190477	5569751	2862020
2050	1173004	5309251	2956079

Zdroj: Demografický informační portál (on-line), vlastní zpracování

Tabulka č. 3 ukazuje, jak se při modelových podmínkách, bude počet populace vyvíjet v ČR. Je patrné, že do budoucna bude stoupat především populace ve věku 65 let a vyšší. Naopak mladší populace bude klesat, což je důvod hrozícího problému financování celého zdravotnického systému tedy i domácí péče, kdy do systému veřejného zdravotnictví bude méně lidí přispívat a více z něj čerpat.

V průběhu času se mění způsob a kvalita života celé populace a tím se také mění se struktura nemocí, převládají civilizační choroby. Na druhou stranu dochází k rychlému rozvoji vědy a technologie , která má za úkol populaci lépe a efektivněji léčit,ta však stojí společnost nemalé prostředky. Systém bude velmi finančně náročný, pokud se lidé nebudou více starat o své zdraví a více se spolupodílet přímo či nepřímo na financování zdravotní péče. Je také nutné zabývat se posilováním individuální odpovědnosti za své zdraví.

Tabulka č. 4: Budoucí vývoj složení obyvatel podle hlavních věk. skupin, ČR (v %) v letech 2002 -2050

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

Zdroj: Demografický informační portál (on-line), vlastní zpracování

Tabulka č. 4 ukazuje stejně jako tabulka předešlá, jak bude populace při stanovených modelových podmínkách stoupat. Tentokrát pro lepší představu jsou údaje v procentech. Tabulka ukazuje, že pravděpodobně bude v roce 2050 více než třetina populace starší 65 let.



## 4.2 Charakteristika domácí péče v ČR

Dá se předpokládat, že pokud bude dobře nastaven systém poskytování domácí péče, pak se výdaje stabilizují a budou růst srovnatelně s ostatními segmenty. Přičemž se předpokládá, že využívání domácí péče sníží výdaje na lůžkovou léčbu.

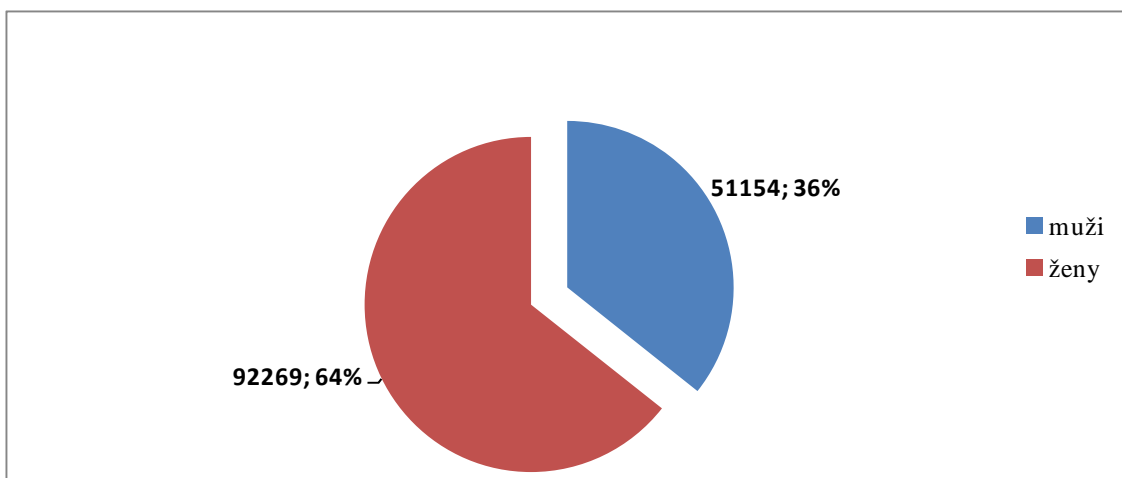
Tabulka č. 5: Náklady jednotlivých segmentů zdravotní péče (absolutní částky, v mil. Kč) v letech 2005 - 2009

Segment zdravotní péče	2005	2006	2007	2008	2009
Ambulantní p. celkem	37860	39598	43431	48164	54379
stomatologická	8599	8454	9032	9155	9734
praktický lékař	7610	8200	8594	10160	11946
rehabilitační péče	1607	1540	1647	1810	2174
diagnostická zdrav péče	6742	6516	6632	7384	8990
spec. ambul. péče	12395	12994	15914	17838	19182
<b>Domácí zdrav. péče</b>	<b>906</b>	<b>895</b>	<b>1021</b>	<b>1065</b>	<b>1368</b>
Ústavní péče celkem	76542	83688	92378	99184	107992
nemocnice	68125	74424	81917	89370	96548
OLU	4476	4963	5449	5423	6429
LDN	3255	3443	4027	3409	3944

Zdroj: UZIS ČR, vlastní zpracování

Z tabulky č. 5 je patrný prudký nárůst výdajů na segment domácí péče a to především mezi rokem 2008 a 2009. Od roku 2005 do roku 2009 došlo k nárůstu výdajů na domácí péči celkem o 50%. Ústavní péče celkem má nárůst výdajů od roku 2005 do roku 2009 přibližně 40%. Tento růst nákladů je odrazem růstu a rozvoje segmentu domácí péče, který se stává důležitým odvětvím v zdravotní péči.

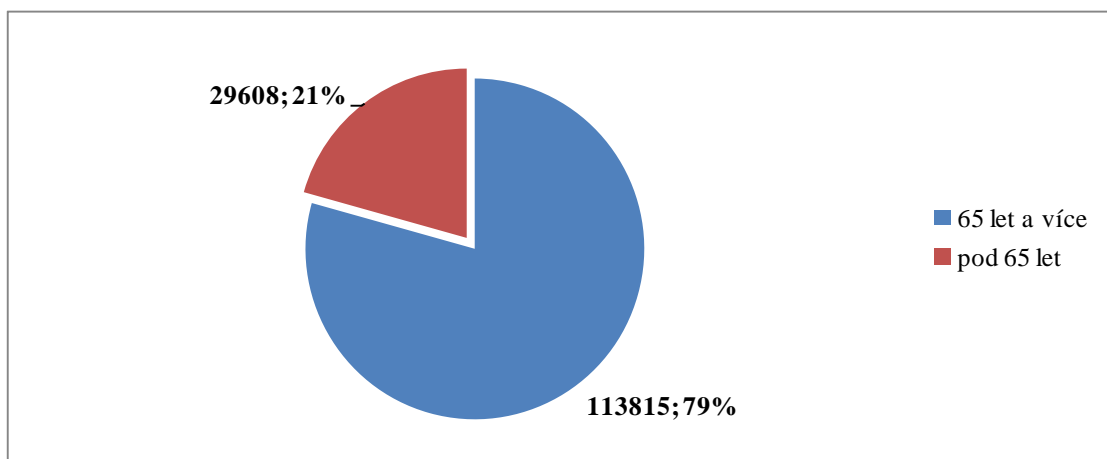
Graf č. 2: Struktura pacientů v domácí péči dle pohlaví v roce 2009



Zdroj: UZIS ČR, vlastní zpracování

Z grafu č. 2 je patrná převaha žen z celkového počtu pacientů, kteří využívali domácí péči v roce 2009. Tento jev lze vysvětlit několika způsoby, například tak, že ženy si spíše přejí dopomoc a podporu v období nemoci, anebo že se dožívají vyššího věku, a tím i více využívají zdravotnických služeb.

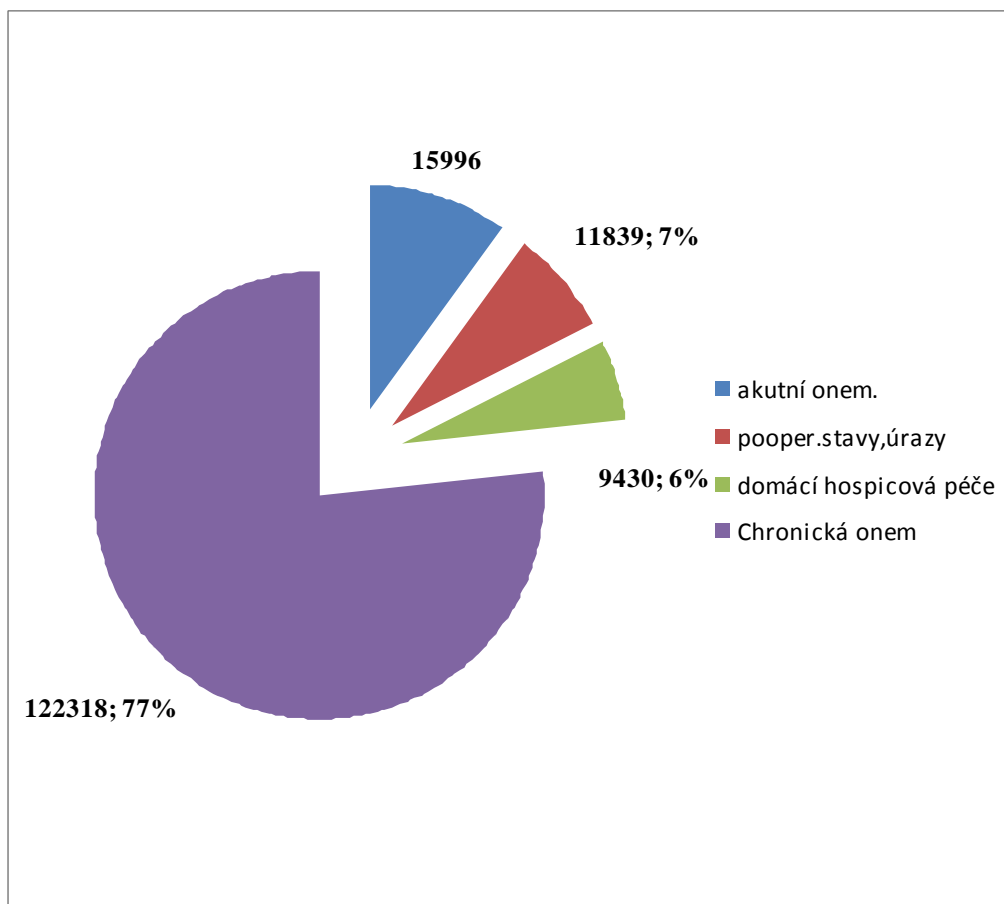
Graf č. 3: Věková struktura pacientů v domácí péči dle věku v roce 2009



Zdroj: UZIS ČR, vlastní zpracování

Z grafu č. 3 je patrné, že drtivá většina pacientů je ve věku nad 65 let, což je vysvětlitelné demografickým složením obyvatelstva v ČR a specifickými potřebami této populace.

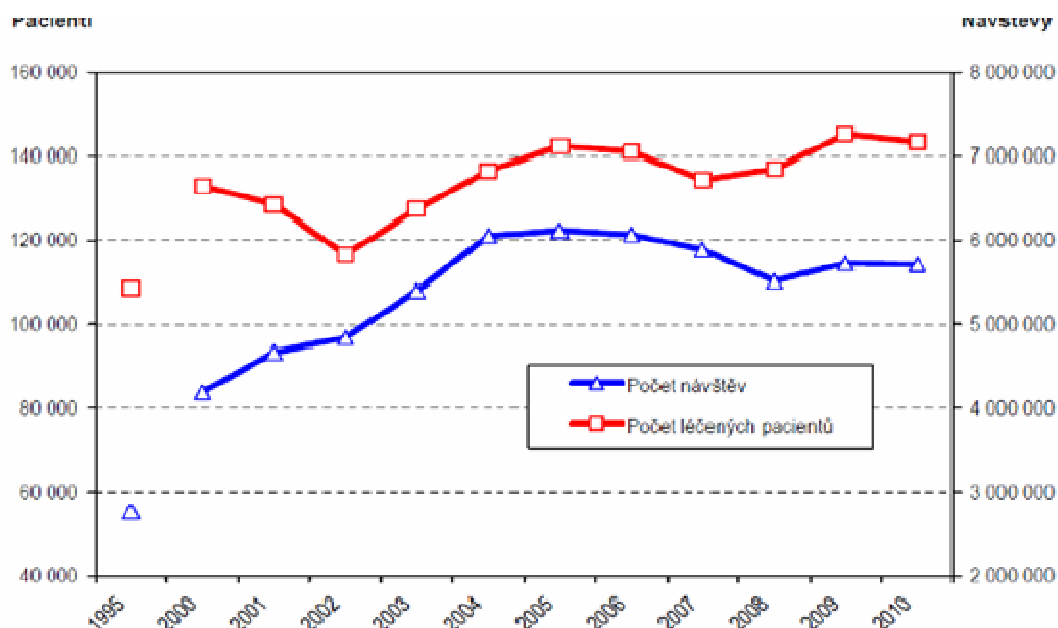
Graf č. 4: Struktura pacientů v domácí péči dle onemocnění pacienta v roce 2009



Zdroj : UZIS ČR, vlastní zpracování

Tento graf č. 4 je mnohem zajímavější než předchozí a ukazuje, jaké je složení pacientů s ohledem na jejich indikaci v poskytování domácích služeb. Dominantní část tvoří chronická onemocnění, a to opět souvisí s demografickým složením obyvatelstva, druhý největší podíl pacientů jsou jedinci s akutním onemocněním, kteří mohou být a chtějí být v domácím prostředí ošetřováni. Menší část tvoří pacienti po operačních výkonech a po úrazech. U těchto pacientů jde většinou o krátkodobou domácí péči poskytovanou k rekonvalescenci a návratu do běžného života. Poslední skupinou v domácí péči jsou pacienti v domácí hospicové péči, kde jsou pacienti s vážnými chronickými onemocněními nebo v preterminálním či terminálním stádiu.

Graf č. 5: Počet návštěv domácí péče v ČR v letech 2000 - 2010



Zdroj: Domácí zdravotní péče v České republice (on-line)

Tento graf č. 5 ukazuje vývoj počtu návštěv a počtu pacientů v čase od roku 1995, tedy od vzniku agentur domácí péče. V poslední době je patrné, že stoupající trend se zastavil a nastává stabilizace, což se sekundárně promítne i do výdajů na zdravotní péči.

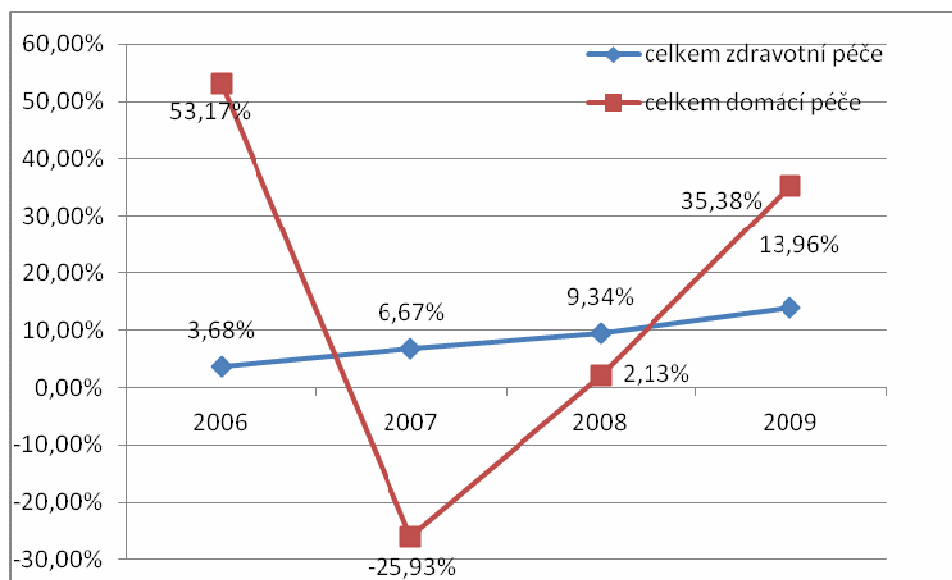
Dle zdrojů ÚZIS, ke konci roku 2010 poskytovalo v České republice služby domácí zdravotní péče 464 pracovišť. Služeb domácí péče využilo 143 tis. pacientů. V průběhu roku uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče celkem 5,7 mil. návštěv u pacientů.<sup>51</sup>

### 4.3 Výdaje na domácí péči v ČR

Výdaje na domácí zdravotní péči v ČR lze rozdělit podle druhu poskytované péče (léčebná, rehabilitační, dlouhodobá péče, podpůrné služby aj.) a také z pohledu druhu poskytovatele (ambulace, ústavní péče, nemocnice, aj.) se zaměřením na domácí péči.

<sup>51</sup> www.uzis.cz, Domácí zdravotní péče v ČR

Graf č. 6: Srovnání růstu nákladů na domácí péči (% meziroční nárůst nákladů) z pohledu poskytovatele v letech 2006 – 2009



Zdroj: ČSÚ, vlastní zpracování

Část údajů z tabulky č. 6 je graficky zachycena zde v grafu č. 6. Z tabulky jsou záměrně vybrána data domácí péče a data náklady na celkovou zdravotní péči. Absolutní částky jsou přepočteny na meziroční procentní změny a zachyceny na grafu. Z grafu je patrný nárůst nákladů v segmentu domácí péče především v posledních dvou letech. Propad v roce 2007 není zapříčiněn poklesem nemocných, kteří by domácí péči využívali ale spíše v systému poskytování domácí péče. Propad je pravděpodobně zapříčiněn nástupem platnosti nového zákona o sociálních službách, který zpřísnil poskytování a financování sociálních a pečovatelských služeb. Tyto sociální a pečovatelské služby mohly být před tímto datem v některých případech chybně vykazovány v sektoru domácí péče.

Tabulka č. 6: Porovnání výdajů na dlouhodobou zdravotní péči dle druhu poskytované péče (v mil. Kč) v letech 2000 -2009

							% roční tempo růstu
<b>Dlouhodobá péče</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	
<b>Lůžková péče</b>	3826	5432	5916	7344	7081	8115	
Meziroční nárůst		41,98%	8,91%	24,14%	-3,58%	14,60%	17,21%
<b>Domácí péče</b>	<b>1215</b>	<b>1682</b>	<b>2064</b>	<b>1855</b>	<b>1569</b>	<b>2089</b>	
Meziroční nárůst		38,44%	22,71%	-10,13%	-15,42%	33,14%	13,75%
Celkem výdaje	5041	7114	7980	9199	8650	10204	
Meziroční nárůst		41,12%	12,17%	15,28%	-5,97%	17,97%	16,11%

Zdroj: ČSÚ, vlastní zpracování

V tabulce č. 6 byly porovnávány výdaje na lůžkovou a domácí péči v sektoru dlouhodobé péče. Zde je patrný menší nárůst oproti ostatním subsystémům. Je třeba brát v úvahu, že náklady stoupají ve všech segmentech zdravotní péče a domácí péče je alternativní, profesionální péče, která má snižovat náklady na ostatní subsystémy.

Tabulka č. 7: Porovnání výdajů na léčebnou zdravotní péči dle druhu poskytované péče (v mil. Kč) v letech 2000 -2009

							% roční tempo růstu
<b>Léčebná péče</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	
<b>Lůžková péče</b>	40960	60798	65170	66679	72074	80698	
Meziroční nárůst		48,43%	7,19%	2,32%	8,09%	11,97%	15,60%
<b>Denní péče</b>	1906	2199	2643	3254	4758	4488	
Meziroční nárůst		15,37%	20,19%	23,12%	46,22%	-5,67%	19,85%
<b>Ambulantní péče</b>	30883	43362	47441	55078	63963	76249	
Meziroční nárůst		40,41%	9,41%	16,10%	16,13%	19,21%	20,25%
<b>Domácí péče</b>	<b>215</b>	<b>242</b>	<b>248</b>	<b>213</b>	<b>446</b>	<b>205</b>	
Meziroční nárůst		12,56%	2,48%	-14,11%	109,39%	-54,04%	11,26%
Suma	73964	106601	115502	125224	141241	161640	
Meziroční nárůst		44,13%	8,35%	8,42%	12,79%	14,44%	17,63%

Zdroj : ČSÚ, vlastní zpracování

V tabulce č. 7 jsou porovnávány výdaje na domácí péči v sektoru léčebné péče s ostatními subsystemy tohoto sektoru. Dlouhodobě má největší podíl na celkových výdajích léčebná péče. Výdaje na lůžkovou péči rostly pomaleji než výdaje na ambulantní péči průměrným ročním tempem 19,2%. U segmentu domácí péče je patrná stagnace až pokles výdajů. Výdaje na celkovou léčebnou péči rostou, ale na domácí péči paradoxně nerostou, což zde dává prostor pro diskuzi o efektivnějším využívání domácí péče. Propad v roce 2007 mohl být způsoben novým zákonem o Sociálních službách a předchozím zneužíváním domácí péče v této oblasti jak jsem již zmiňovala dříve.

#### 4.4 Porovnání poskytování domácí péče ve vybraných zemích

Financování domácí péče se financuje ze systému financování celého zdravotnictví dané země. Záleží tedy na individuální finanční stabilitě prosperitě a systému přerozdělování zdrojů uvnitř každého státu. Tabulka číslo 8 ukazuje výše výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích v procentním zastoupení k HDP.

Tabulka č. 8: Výdaje na domácí péči v % HDP ve vybraných zemích v letech (2003-2008)

lokalita/období	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Česká republika	0,07	0,05	0,06	0,06	0,05	0,04
Německo	0,48	0,47	0,47	0,46	0,45	0,46
Slovensko	:	:	0,03	0,03	:	:

Zdroj: OECD statistické údaje, vlastní zpracování

Alternativou jak snižovat náklady na zdravotní péči je domácí zdravotní péče, která neustále roste, rozvíjí se a prograduje na celém světě. Systém financování je však rozdílný podle zdravotní politiky daného státu. Jak je patrné, v Německu je vydáváno mnohem více peněz na domácí péči než u nás nebo na Slovensku. Ale v Německu je povinný systém pojištění LTCI, který spoří finance na období stáří. Bohužel v tomto ohledu je ČR trochu pozadu a je na vládě a také na nás, abychom se zodpovědně postavili k faktu, že ve stáří a v nemoci budeme potřebovat zdravotní pomoc všichni bez výjimky. A většina populace bude rozhodně upřednostňovat péči v domácím prostředí, pokud to zdravotní stav dovolí.

Většinou platí, že bohatší země dávají na zdravotnictví více prostředků. Větší část financování zdravotnictví plyne z veřejných zdrojů a soukromé zdroje plynou spíše z přímých plateb občanů než ze soukromého pojištění. ČR patří mezi země s nejvyšším podílem veřejných zdrojů na financování zdravotnictví.

Tabulka č. 9: Porovnání vývoje populace ve vybraných státech EU (2009)

Populace	celk. počet (tisíce)	střední věk ( roky)	populace pod 15let (%)	populace přes 60let (%)
Česká republika	10369	39	14	22
Německo	82167	44	14	26
Velká Británie	61565	40	17	22

Zdroj: ÚZIS ČR, vlastní zpracování

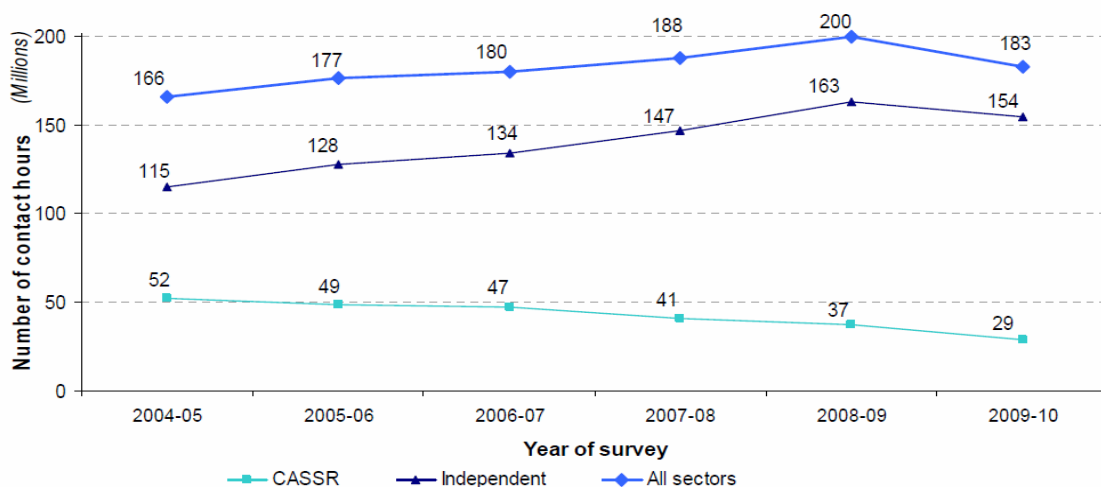
Tabulka č. 9 ukazuje střední délku života a věkové rozložení populace u vybraných zemí. Střední věk se prodlužuje ve všech státech Evropy, ale je důležité se zamyslet nad kvalitou stále se prodlužujícího života. S vývojem vědy a zdravotnické techniky je lidské tělo „udržováno při životě“ o řádky let déle, ale mnohdy na úkor kvality. Každý si je vědom, že se dostane do období svého stáří, ale drtivá většina populace v ČR spoléhá na systém státního zabezpečení. Přičemž již dnes je očividné, že systém je do budoucna neudržitelný. S tím, jak se vyvíjí medicína, dokáže kompenzovat různé výkyvy chronických onemocnění a mírnit příznaky akutních onemocnění, roste počet starých lidí, kteří jsou v rámci moderní medicíny zajištěni, ale v oblasti soběstačnosti a mobility jsou značně omezeni. Zde vyvstává morální a etická otázka, za jakou cenu lze člověka udržovat při životě na lécích a kdo se o tyto staré lidi postará.

#### 4.5 Domácí péče ve Velké Británii

Domácí péči ve Velké Británii poskytuje na jedné straně státní organizace s názvem CASSR(Care Adult Social Services Responsibilities) a na druhé straně soukromé instituce, které v poslední době získávají vyšší oblibu a dochází k odlivu pacientu od státní CASSRs.



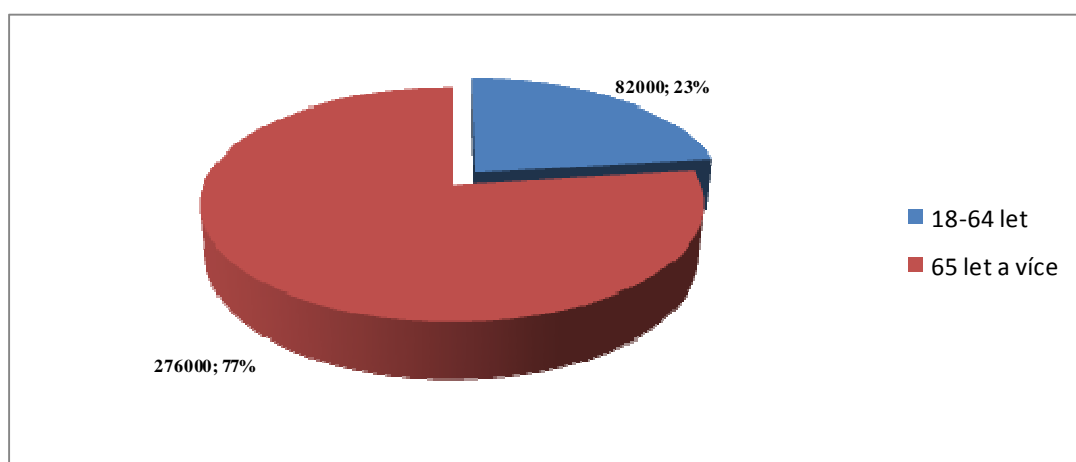
Graf č. 7: Počet kontaktních hodin domácí péče poskytované ve Velké Británii v roce 2009



Zdroj: Community Care Statistics 2009-10 (on-line)

Graf č. 7 ukazuje, jak se počet kontaktních hodin v soukromém sektoru domácí péče zvýšil, a to o 10 procent od roku 2004-05, a odráží přechod od CASSRs systému na individuální podporu lidí v jejich vlastních domovech. Počet kontaktních hodin poskytovaných přímo CASSRs klesl o 23 procent; dále je z grafu patrné pokračující klesající trend. Z grafu je rovněž patrné, že dochází k postupnému vytlačování státní domácí péče CASSR a dochází k upřednostňování soukromého sektoru.

Graf č. 8: Věková struktura pacientů v domácí péči VB podle věku v roce 2009



Zdroj: Community Care Statistics 2009-10, vlastní zpracování

Graf č. 8 ukazuje zastoupení věkových skupin v domácí péči a je patrné, že největší zastoupení mají pacienti nad 64 let. Toto rozdělení pacientů dle věku zde evidentně ukazuje, že v péči o starší pacienty má domácí péče obrovský význam a do jisté míry je nezastupitelná.

#### 4.6 Poskytování domácí péče v ČR a VB

Stejně jako ve VB tak i v ČR stoupá počet pacientů v domácí péči a zaujímá důležité postavení v celkové zdravotní péči. V posledních letech se však růst zastavil a mírně zpomalil. Mírná stagnace může být způsobena řadou důvodů, o kterých se může pouze spekulovat. Například přísnějšími limity zdravotních pojišťoven nebo konzervativností lékařů, kteří domácí péči nechtějí předepisovat.

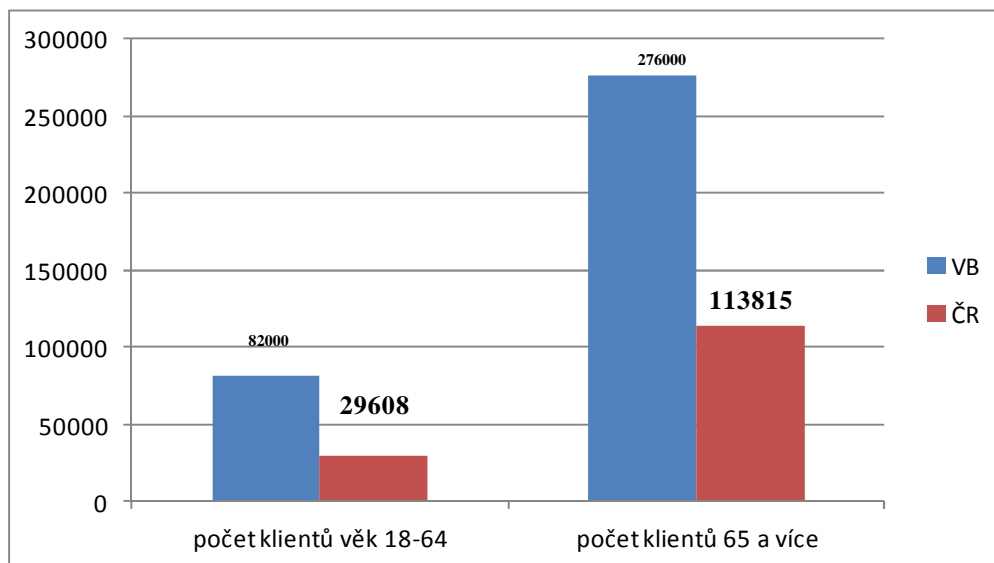
Tabulka č. 10: Porovnání využití domácí péče ve Velké Británii a ČR v roce 2009

Rok 2009	VB 61,5 mil	ČR 10,5mil
Výpočet (počet klientů/počet obyvatel)	358tis/60mil	140tis/10,5mil
Využití domácí péče v poměru na celkový počet populace	0,6%	1,3%

Zdroj: ČSÚ, Community Care Statistics 2009-10: Social Services Activity Report, England, vlastní zpracování

Z tabulky č. 10 je patrné téměř srovnatelné využívání domácí péče ve Velké Británii a v ČR. V porovnání složení pacientů (viz graf č. 9 a graf č. 10) je evidentní, že dominantní postavení v domácí péči mají ve VB i v ČR klienti na 65 let.

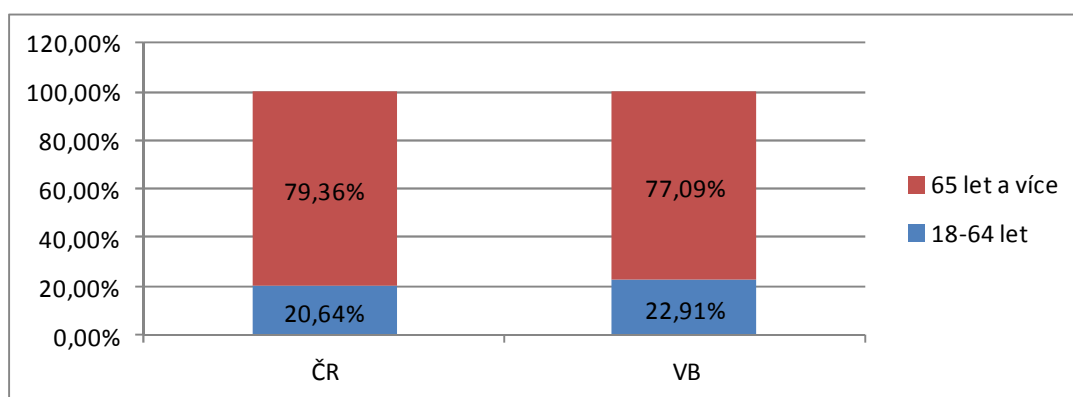
Graf č. 9: Srovnání věkové struktury pacientů v domácí péči v ČR a VB v roce 2009



Zdroj : ÚZIS, Community Care Statistics 2009-10, vlastní zpracování

Graf č. 9 ukazuje strukturu pacientů v ČR a ve VB rozdělených dle věku. Z grafu je patrné dominantní zastoupení pacientů nad 65 let. Tato převaha pacientů je dána vyšší nemocností a specifikací onemocnění tohoto věku, které lze efektivně řešit domácí péčí.

Graf č. 10: Srovnání věkové struktury pacientů v domácí péči v ČR a VB (% , r. 2009)



Zdroj : ÚZIS, Community Care Statistics 2009-10, vlastní zpracování

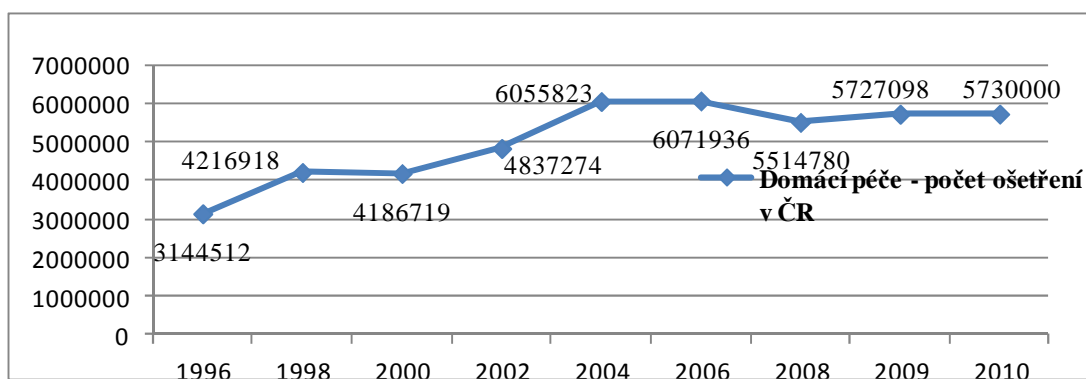
Graf č. 10 ukazuje procentní zastoupení pacientů v domácí péči dle věku v ČR a VB. I zde je na první pohled viditelné převážné zastoupení pacientů nad 65 let. Jak je již

psáno výše, skladba pacientů v domácí péči je také ovlivněna povahou onemocnění, které lze řešit domácí péčí. A právě v tomto věku, 65 let a více, jsou tato onemocnění častější.

#### 4.7 Růst významu domácí péče

Jak je patrné z grafu č. 11 je domácí péče velmi rychle se rozvíjející obor ve zdravotnictví. . Specifická část populace, ve věku nad 65 let, potřebuje čím dál tím více zdravotní péče, kterou při stávajících podmínkách, v budoucnu nebude možno pokrýt a právě domácí péče dává možnou alternativu jak narůstající požadavky na zdravotní péči pokrýt..

Graf č. 11: Počet ošetření v domácí péči v ČR v letech 2005- 2010



Zdroj: ČSÚ, vlastní zpracování

Domácí péče je specifický segment zdravotní péče a měla své významné postavení ve společnosti a ve zdravotnictví již v dřívějších dobách (porodní asistentky aj.), ale historickými událostmi, a to zejména světovými válkami a sekundárně masivní institucionalizací zdravotní péče, byla paradoxně po druhé světové válce vytlačena. V současnosti opět získává velmi dominantní postavení v systému zdravotnictví a i nadále poroste podobně jako je tomu i v okolních státech EU. Je nesporné, že domácí péče je výhodou pro pacienty, kteří chtějí i přes své onemocnění nebo stáří setrvat ve svém domově, kde se cítí nejlépe. Na druhé straně je třeba také vyzdvihnout její výhodnost pro alternativní financování zdravotní péče.

Tabulka č. 11: Srovnání nákladů domácí péče a ústavní péče

	Domácí péče	Nemocniční (ústavní) péče
Provozní náklady	nižší	vyšší
Náklady na hospitalizaci	nižší	vyšší
Náklady na stravu	nižší	vyšší
Náklady na léky a převazový materiál	stejně/ nižší	stejně/ vyšší
Délka péče u jednotlivých diagnóz (vliv na náklady)	kratší - nižší náklady	delší - vyšší náklady

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 11 blíže specifikují výhody domácí péče z pohledu úspory nákladů. Je evidentní, že náklady na domácí péči jsou nižší než na ústavní péči. Z tabulky je dobře patrné, že domácí péče je z mnoha pohledů výhodnější než péče ústavní a má pro to předpoklady pro další růst.

Zvyšující se podíl starých lidí v populaci vede k většímu tlaku na společnost řešit problémy této komunity. Starší lidé mají své specifické potřeby a chtějí svůj zbytek života strávit důstojně a chtějí mít možnost volby. Aby tito lidé mohli vést adekvátně kvalitně svůj život i přes svůj pokročilý věk, je nutné se již dnes zabývat tímto problémem. Staří lidé mají specifické požadavky na zdravotní péči (geriatrická péče, rehabilitace, dlouhodobá a paliativní péče). Společnost by měla být schopná dát všem lidem ve společnosti rovné šance, práva a možnosti volby pro dosažení co možná nejkvalitnějšího zdravého a aktivního života. Perspektivním řešením je domácí zdravotní péče, která umožní starší populaci možnost důstojně strávit čas nemoci v příjemném prostředí domova. Samozřejmě, že nelze jednoznačně říci, že jde o problematiku pouze starých lidí, vždyť domácí péči využívají i nemocní, kteří upřednostňují léčbu v domácím prostředí, samozřejmě pod podmínkou, že to dovolí celkový zdravotní stav.

Domácí zdravotní péče je alternativní zdravotní péče, kdy jedinec může být ve svém domácím prostředí a mít současně profesionální zdravotní péči, což je pro většinu nemocných velmi výhodné a atraktivní. Pokud budou mít pacienti volbu, lze očekávat, že budou preferovat domácí zdravotní péči před institucionální péčí.

## 5 VÝSLEDKY A DISKUZE

Při současném demografickém vývoji a zavedeném systému zdravotní péče je zjevné, že náklady porostou ve všech segmentech a je jen otázkou, jak je efektivně stabilizovat a jak využít alternativní možnosti, které domácí péče nabízí a maximálně je zužítkovat.

Ke konci roku 2010 poskytovalo v České republice služby domácí zdravotní péče 464 pracovišť s více než 3 tis. odbornými zdravotnickými pracovníky. Služeb domácí péče využilo 143 tis. pacientů, z nichž 79% ve věku 65 let a více. A v průběhu roku 2010 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče celkem 5,7 mil. návštěv u pacientů, což představovalo v průměru 40 návštěv na 1 pacienta. Celkem bylo provedeno 11,4 milionu výkonů, z nichž 92% bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

V České republice je domácí péče poskytována na ordinaci lékaře a je hrazena z povinného zdravotního pojištění. Je především využívána v péči o starší pacienty s cílem udržet a rozvíjet mobilitu a druhotně i sebeobsahu. V poslední době nachází větší uplatnění i v jiných oborech zdravotní péče jako jsou např. převazy defektů po operacích, rehabilitační ošetřování po ortopedických výkonech a další specifické zdravotní péče.

Model financování a organizace domácí zdravotní péče ve Velké Británii je hrazen především z daní a částečnou spoluúčastí pacienta. Bohužel tento model, se zda být v našich současných podmínkách neproveditelný, již nyní jsou daně pro většinu populace dosti vysoké. Z modelu je vhodné si vzít vzor pro efektivnější organizaci v péči o starší populaci kde je efektivně spojena péče sociální i zdravotní.

Z porovnání využívání domácí péče v ČR a VB je patrné, že v přepočtu na celkový počet obyvatel využívají obě porovnávané země domácí péči téměř na stejné úrovni. V porovnání poskytovaných služeb v rámci domácí péče jsou již větší rozdíly. Zatímco VB má komplexnější služby, v ČR jsou služby rozděleny na služby zdravotní a sociální. Nabízí se otázka, zda tyto služby i u nás nepropojit a neefektivnit jejich využívání, jelikož se ve většině případů využívají paralelně, právě vzhledem ke specifickým potřebám největší skupiny pacientů v domácí péči. V současné době je maximálně využívána u starších lidí, kteří mají sníženou soběstačnost. Zde je patrné, že je využívána v dostatečné míře. Je třeba se zaměřit na ostatní segmenty zdravotní péče a posílit postavení domácí péče i v dalších oborech. Domácí zdravotní péče má své klady i zápory a je třeba vše dobře zvážit, než se

rozhodne zvolit domácí péči. Vždy je třeba se poradit s ošetřujícím lékařem s ohledem na aktuální zdravotní stav, individuální podmínky a specifické potřeby každého pacienta.

Z finančního hlediska je domácí péče výhodnější než institucionální. Nemocnice platí za 24 hodinovou péči veškerého personálu, a to od lékaře až po ostrahu a údržbáře, dále náklady na provoz (energie, spotřební materiál, stravování) a náklady na stravu a řadu dalších nemalých výdajů (léky, úklid, prádelna aj.).

## 6 ZÁVĚR

Nezanedbatelnou možností jak snižovat náklady na zdravotní péči je vyšší využívání segmentu domácí zdravotní péče a tím snižovat náklady v péči ústavní. I když v poslední době docházelo k expanzivnímu nárůstu využívání domácí péče, stále ji nedokážeme využívat ve všech oblastech, kde má své oprávněné využití (např. pooperační stavy, úrazy – rehabilitace aj.). V systému financování zdravotnictví je domácí péče alternativní možností, jak poskytovat profesionální zdravotní péči na adekvátní úrovni při menších nákladech než v nemocnici. Domácí péče má veliký potenciál, kterého je potřeba bezezbytku maximálně využít. Velká změna využívání domácí péče byla po 1. 1. 2007, kdy vstoupil v platnost Zákon o sociálních službách, který jasně definoval pečovatelskou službu a možnosti financování této služby pomocí příspěvku na péči. V tomto období došlo k velkému propadu poskytování domácí péče a je možné se domnívat, že před tímto datem byla do domácí péče nesprávně vykazována také péče pečovatelská.

Problém rostoucích nákladů na zdravotnictví je problémem celosvětovým a potýká se s ním řada okolních států. Problémem je nejenom stárnutí populace, ale především neefektivní systém financování. V ČR systém financování zdravotnictví spoléhá na loajalitu a solidaritu a navíc neekonomicky využívá prostředky z dosavadního systému. Dnes již většina populace chápe, že systém stojí před finanční propastí a je nutné problém financování zdravotnického systému co nejrychleji řešit. Bohužel naše společnost je v tom dosti nezodpovědná a těch, kteří si chtěli spořit nebo si dokonce opravdu dobrovolně spořit na období stáří či nemoci, mnoho není. Je třeba říci, že v současné době není mnoho lidí, kteří by měli finanční prostředky k dispozici v takové výši, aby měli větší možnost spořit. V dnešní těžké finanční situaci vláda řeší prohlubující se deficit celého státního rozpočtu, provádí řadu úsporných opatření ve všech ministerských resortech. Dále se také zvyšují daně a to přímé i nepřímé, což ve svém důsledku vede společnost k úsporám. Pokud by byla domácí péče hrazena se spoluúčastí pacienta, nabízí se otázka, zda bude systém nastavených úhradových podmínek brát zřetel i na sociálně slabé.

Také je třeba se zabývat nejenom zvýšením příjmů do systému zdravotního pojištění, ale také aktivním snižováním současných výdajů. Je třeba zvážit, zda lépe nekontrolovat výdaje na léčbu v nemocnicích zaměřených zejména na provádění drahých výkonů a operací, dále na výdaje na léky, nákup přístrojů a další hospodaření s finančními



prostředky. Tak, jak je tomu v některých okolních státech, měla by i zde být nezávislá instituce, která by prováděla kontroly hospodaření jednotlivých organizací. V současné době je jen na zdravotních pojišťovnách, aby prováděly namátkové kontroly a případné pochybení pokutovaly.

Dá se předpokládat, že pokud bude dobře nastaven systém poskytování domácí péče, pak se výdaje stabilizují a budou růst srovnatelně s ostatními segmenty. Přičemž se předpokládá, že využívání domácí péče sníží výdaje na lůžkovou léčbu.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### *Tištěné dokumenty*

- CABRNOCH, Milan, et. al. *České zdravotnictví v evropských souvislostech*. 1.vydání. Praha: CEVRO, 2006. 64 s. ISBN 80-86816-18-4.
- World health organization, *Home care in Europe, Italy*, 2008. 44 s. ISBN 978-92-890-4281-9.
- DITTRICH, Ludwig, STARÁ, Dana. *Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů na zdravotní péči*. Časopis Zdravotnictví v České republice, 12/2005. 144 s. ISSN 1213-6050.
- DOSTÁL, Ondřej. *Zdravotní politika a medicínské právo*. Časopis Zdravotnictví a právo, 12/2005. 15 s. ISSN 1801-5522.
- DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1.vydání. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Postavení seniorů v současné společnosti*, vědecký časopis. Zdravotnictví a sociální péče, ročník 4/2009, číslo 3-4. 58 s. ISSN 1336-9326.
- HRUBOŠOVÁ, Vlasta. *Výhody a nevýhody terénní ošetrovatelské péče ve vztahu k pobytovým zařízením*. Časopis Sociální péče 1/2009. 15 s. ISSN neuvedeno.
- HUDÁKOVÁ, A., ŠULIČOVÁ, A. *Problematické situace v starostlivosti seniorov*, vědecký časopis. Zdravotnictví a sociální péče, ročník 5/2010, číslo 1-2. 78 s. ISSN 1336-9326.
- CHYTIL, Miroslav et. al. *Zpráva o možných změnách ve zdravotnictví*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 48 s. ISBN 978-80-85047-36-3.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- MÁŠOVÁ, Hana-KŘÍŽOVÁ, Eva-SVOBODNÝ, Petr. *České zdravotnictví vize a skutečnost*. 1.vydání. Praha: UK, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.
- MISCONIOVA, Blanka. *Management komplexní domácí péče*, Asociace domácí péče České republiky - NCDP, 1995. 80 s. ISBN neuvedeno.
- MISCONIOVA, Blanka. *Komplexní domácí péče 94*. Asociace domácí péče České republiky- NCDP, 1994. 95 s. ISBN neuvedeno.

- MUSÍLKOVÁ, J., SUTTNER, J. *Financování zdravotní péče v České republice*. Časopis Zdravotnictví a právo, 12/2005. 7 s. ISSN 1801-5522.
- NĚMEC JIŘÍ, *Principy zdravotního pojištění*, Grada Publishing a.s., 2008. 240 s. ISBN978-80-247-2628-1.
- NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví* .1.vydání. Praha: TRITON, 2008. 15 s. ISBN 978-80-7387-085-0.
- TOTHOVÁ a kol. *Uplatnění komunitní sestry v českém zdravotnictví*. Časopis Zdravotnictví v České republice 12/2010. 128 s. ISSN 1213-6050.
- VOSTATEK, Jaroslav. *Zdravotní pojištění a zabezpečení*. Časopis Zdravotnictví v České republice, 09/2010. 100 s. ISSN 1213-6050.

### **Internetové zdroje**

- Demografický informační portál [on-line]. 2009 [cit. 2011-02-15]. Dostupné z WWW: <[http://www.demografie.info/?cz\\_popvyvoj](http://www.demografie.info/?cz_popvyvoj)>.
- ČSU ČR. *Analýza výdajů na zdravotnictví*. [on-line]. [cit. 2011-02-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/3306-11>>.
- Healthcare and social care services ... [on-line]. [cit. 2011-06-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.careuk.com/>>.
- HNILICOVA, Helena. *Uvod do systemu zdravotnictví* [online]. [cit. 2011-06-04]. Dostupné z WWW: <[http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod\\_do\\_zs.pdf](http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf)>.
- Home care services [on-line]. [cit. 2011-06-04]. Dostupné z WWW: <[http://www.homecare.cz/lek\\_kody.html](http://www.homecare.cz/lek_kody.html)>.
- Local authority help to pay for care at home [on-line]. 1999 [cit. 2011-05-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.firststopcareadvice.org.uk/finance/own-home/funding-local-authority.aspx>>.
- Národní centrum domácí péče [on-line]. 2006 [cit. 2011-05-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->>>.
- UZIS ČR. *Vybrané statistické údaje*. [on-line]. [cit. 2011-02-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>>.
- Vyhláška č. 331/2007 Sb. [online]. [cit. 2011-08-11]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c-sb-obsahuje-seznam-zdravotnich-vykonu\\_2038\\_999\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c-sb-obsahuje-seznam-zdravotnich-vykonu_2038_999_3.html)>.

- Věstník MZ 12/2004. [online]. [cit. 2011-08-11]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1884\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1884_1038_3.html)>.
- Overview-NHS Choices [on-line]. [cit. 2011-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/Financialhelpwithsupport.aspx>>.
- The NHS Information Centre, Adult Social Care... [on-line]. 2010 [cit. 2011-08-15]. Dostupné z WWW: <[www.ic.nhs.uk](http://www.ic.nhs.uk)>.
- United Kingdom Homecare Association (UHKA) [on-line]. [cit. 2011-06-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.ukhca.co.uk/>>.
- Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2009 - ČSU ČR [on-line]. [cit. 2011-06-04]. Dostupné z WWW: <[www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)>.