

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**PROBLEMATIKA SOCIÁLNÍCH LŮŽEK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

**Diplomová práce**

Bc. Pavla Matějková

Vedoucí práce: Doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

28. 5. 2007

## **Problems of social sickbeds in health care institutions**

To provide social care services in health care institutions is adjusted by course of law § 52, 108/2006 dated from 1st January 2007, by the social services law and public notice of Ministry of Labour and Social Affairs 505/2006 of Law Digest, applying some social services assignments. The basic tool for system functioning of a new social service model is to provide a social care allowance. Providing the social care services by the law of social care services is newly established on principle of agreement.

The health institution in Rokycany, Corp., disposes of 8 social sickbeds. The aim of my thesis is the chart of social hospitalization range within the conditions in rokacany hospital,Corp. The other aim is to propose an optimal organization form of social and health care services for handicapped people in this region, where a state administration in a social section is put in force by the town of Rokycany. The hypotheses were determined: 1. Social hospitalization in health care institutions results in insufficient facilities of places in retirements homes and in residence institutions of social care. 2. Payment of social hospitalization doesn't include the costs of sickbed in a health care institution, which is contributing to unfavourable economical situation in a health care institution.

As for a methodological procedure, I chose my own observing, the secondary analysis of available literature, questionnaire, and controlled dialogues. Within the framework of the practical part of my thesis 100 researches were carried out in compliance with the above mentioned methodology. This group of social care applicants in rokycany hospital,Corp., had asked for booking an entry application for social care institution or retirement home, before the new law of social care was applied, the 108/200 law, of Law Digest. The repeated research with 20 social care applicants focused on the economical point of view of social hospitalization was carried out, after the new social care law 108/2006, of Law Digest, was applied. Results gained in my thesis could be able to use in practical social care planning in compliance with the social care law 108/2006, or with normative and legislative activity of Ministry of Labour and Social Affairs, Ministry of Health.

Nowadays the insufficient facilities of social and health care institutions in Rokycany region don't get a motivation to participate in finance of different institutions, in spite of the fact that they are placed in its territory, and provide services for their citizens. From the point of view of residential structure in Rokycany region it seems to be clear that the region itself has to play a big role so that the services would be provided even in small municipalities, and distant urban areas of the region. The above remarks confirm the hypothesis: 1. Social hospitalization in a health care institution results in insufficient facilities of places in retirement homes and in residence institutions of social care. I propose to improve the organization of social and health care services for old and handicapped people in SO ORP Rokycany region, which I can regard as an availability of social and health care services in the whole region, as an increase and enlargement of the social services mainly in non-governmental and non-profitable sector, and as an increase of the quality of provided social services. The range of social hospitalization in Rokycany hospital, Corp., conditions was investigated within the practical part of my thesis. Both aims were fulfilled by working up the practical part of the thesis, and by carrying out the social demographic analysis.

By observing the basic data and information while observing the social care in the health care institution, it definitely bears to the hypothesis 2.: The refund of social hospitalization doesn't include the costs of sickbed in a health care institution, which is contributing to unfavourable economical situation in a health care institution. The new law doesn't solve this problem of financing the social sickbeds. This law insufficiently solves conditions of social allowance belonging, on the contrary, the allowance depends on agreement. This results in repeated and longtime people's hospitalization, who are being given this health care allowance.

I think it is necessary to amend the accepted law 108/2006, of Law Digest, about social services. The matter of finance of longtime hospitalization in health care institution could be solved by the items up increase for longtime lying people. I can see the other aspect of solution in setting up the clear conditions to provide the social care allowance.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika sociálních lůžek ve zdravotnickém zařízení vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 12. 4. 2007

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji doc. Ing. Ladislavu Průšovi, CSc. za odborné vedení, cenné rady, podněty a pomoc při zpracování diplomové práce. Dále děkuji Mgr. Květě Vernerové za poskytnuté informace.

V Českých Budějovicích 12. 4. 2007

.....  
podpis

## OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV .....	9
1.1. Rostoucí potřeba ústavní zdravotně sociální péče .....	9
1.1.1. Stárnutí populace .....	9
1.1.2. Lidé narození s tělesným a mentálním postižením .....	14
1.1.3. Stoupající počet úrazů.....	15
1.1.4. Vyšší výskyt osamělých lidí .....	18
1.1.5. Skupiny obyvatel se zvýšenou potřebou sociálně zdravotní péče .....	20
1.2. Stávající právní úprava, její přednosti a nedostatky.....	21
1.2.1. Vymezení pojmu sociální hospitalizace .....	21
1.2.2. Vymezení pojmu ošetrovatelská péče .....	22
1.2.3. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách .....	23
1.2.4. Postavení zdravotnických služeb .....	28
1.2.5. Kompetenční zákon v sociální péči.....	32
1.3. Zdravotnické zařízení Rokycanská nemocnice,a.s .....	33
1.3.1. Lůžková zdravotní péče v Rokycanské nemocnici,a.s.....	35
1.3.2. Sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení Rokycanská nemocnice,a.s .....	36
1.4. Předpokládané důsledky přijetí zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. ....	39
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA.....	41
2.1. Cíl práce.....	41
2.2. Hypotéza .....	41
3. METODIKA .....	42
3.1. Metodický postup .....	42
3.2. Charakteristika souboru.....	44
4. VÝSLEDKY.....	45
4.1. Provedení sociálně demografické analýzy na Rokycansku.....	45

4.1.1. Demografická analýza .....	45
4.1.2. Sociální analýza .....	47
4.2. Výsledky výzkumu zmapování sociální hospitalizace .....	51
4.2.1. Věk .....	51
4.2.2. Rodinný stav .....	54
4.2.3. Bydlení a rodinné soužití .....	57
4.2.4. Zdravotní stav .....	61
4.2.5. Soběstačnost .....	63
4.2.6. Psychické zatížení.....	66
4.3. Výsledky sledování sociální hospitalizace.....	67
4.3.1. Ekonomický rozbor .....	69
4.4. Celkové výsledky .....	74
5. DISKUZE.....	75
5.1. Diskuze k sociálně demografické analýze na Rokycansku.....	75
5.2. Diskuse k zmapování sociální hospitalizace .....	77
5.3. Diskuse k ekonomickému rozboru .....	79
6. ZÁVĚR.....	81
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	84
8. KLÍČOVÁ SLOVA .....	88
9. PŘÍLOHY .....	89

## ÚVOD

Téma mé diplomové práce, které zní: „Problematika sociálních lůžek ve zdravotnickém zařízení“, jsem si vybrala proto, že jsem zaměstnána ve zdravotnickém zařízení, které disponuje sociálními lůžky a musí také i danou problematiku řešit. Vybrané téma spojuje mé profesní zájmy. Zároveň jsem při svém studiu na Jihočeské univerzitě v rámci praxí na sociálních lůžkách zjistila, jaký je aktuální problém financování sociálních lůžek a jejich nezastupitelnost, především však chybějící návaznost na další sociální služby v našem regionu, kterých je s ohledem na stárnutí populace nedostačující množství.

V každodenní praxi řeší ředitel našeho zdravotnického zařízení problém s financováním sociálních lůžek, kdy náklady přecházejí do rozpočtu naší nemocnice.

Sociální péče má za úkol pomáhat řešit obtížnou situaci, která vznikla v souvislosti se zdravotním postižením, nemocí nebo stářím. V některých případech se nevyhneme tomu, že klient je umístěn na sociální lůžko, protože pro trvalé změny zdravotního stavu potřebuje komplexní péči, jež mu nemůže být zajištěna v jeho vlastním prostředí za pomoci rodiny, ani pečovatelskou službou nebo jinými terénními službami sociální péče a ústavy sociální péče mají nedostačující kapacitu.

Ve své práci poukazuji na úzkou interakci sociálních a zdravotních aspektů sociální hospitalizace a k jejich integritě, která z toho vyplývá. Nezanedbatelným aspektem je finanční náročnost sociální hospitalizace pro zdravotnické zařízení, která vždy byla pro poskytovatele neatraktivní s ohledem na výši úhrady pacienta a úřadu, s porovnáním se skutečnými náklady poskytovatele. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí 310/1993, o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení nebyla nikdy od jejího přijetí navýšena.

Od 1.1.2007 nabývá účinnosti nový zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách a 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Realizace uvedených zákonů ve zdravotnickém zařízení disponujícím sociálními lůžky jsou hlavním tématem této diplomové práce.



## 1. SOUČASNÝ STAV

Stěžejním cílem této kapitoly je seznámení s dnešní situací v kontextu minulého vývoje i perspektivy budoucího směřování.

### 1.1. Rostoucí potřeba ústavní zdravotně sociální péče

Sociální rozvoj, lepší životní a pracovní podmínky, pokroky v medicíně a prosazování sociálních práv vedou k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo během pracovního života. Získané roky života jsou hodnotou samy o sobě. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti a starší lidé tak tvoří významnější část populace než kdykoliv v minulosti. Stárí se stává přímou zkušeností většího počtu lidí. Současně máme méně dětí než v minulosti. **(21)**

Se zvyšujícím se věkem také přibývá degenerativních a civilizačních nemocí. Zvýšená morbidita s sebou přináší i sníženou schopnost sebeobsluhy a tím může dojít ke vzniku sociálních problémů. Takovýto člověk potřebuje pomoc a to jak sociální tak zdravotní.

#### 1.1.1. Stárnutí populace

Stárnutí populace představuje celosvětový problém především v socioekonomicky rozvinutých zemích a dotýká se i České republiky.

Podíl seniorů, to znamená osob starších 65let, v populaci stále narůstá a dá se předpokládat, že tento nárůst bude pokračovat. O tom vypovídá i index stárí, to je počet obyvatel nad šedesát pět let dělený počtem dětí do čtrnácti let x 100 (%).

Tab. 1 : **Index stáří v letech 1990, 1995, 2000, 2005 a předpoklad pro rok 2010**

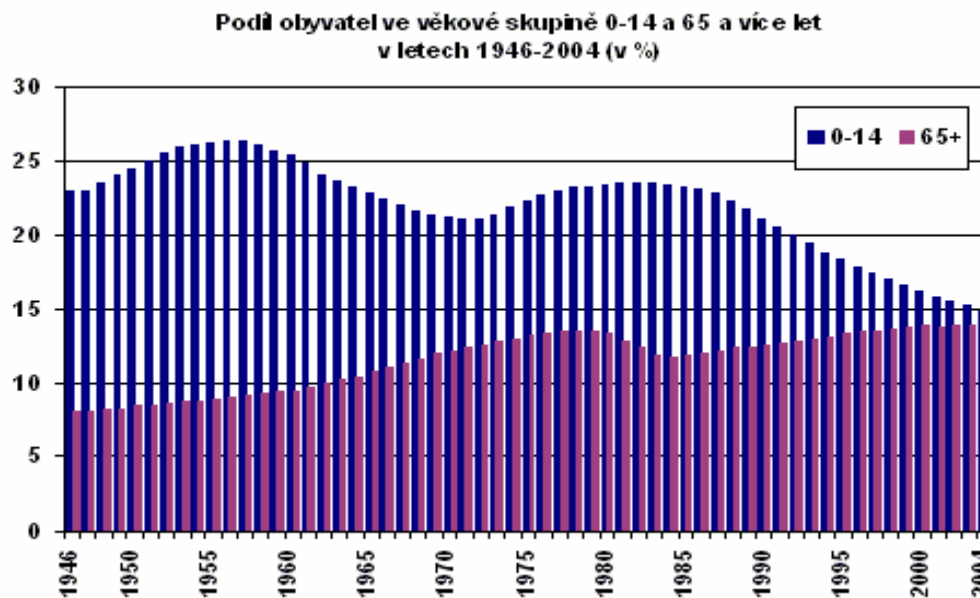
<b>rok</b>	<b>senioři nad 65 let</b>	<b>index stáří</b>	<b>děti věk 0-14 let</b>
	<b>v tisících</b>	<b>v %</b>	<b>v tisících</b>
<b>1990</b>	1419	59,40%	2 388
<b>1995</b>	1 366	71,10%	1 921
<b>2000</b>	1 423	84,50%	1 685
<b>2005</b>	1 456	97,00%	1 501
<b>2010</b>	1 597	114,10%	1 400

Zdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz) (9)

Z tabulky 1 vyplývá, že v roce 1990 dosáhl index stáří necelých 60%, v roce 2000 vzrostl na 84,5% a v roce 2005 činil index stáří již 97%. Nezmění-li se střední délka života, porodnost a úmrtnost, pak lze spočítat, že v roce 2010 bude index stáří dosahovat hodnot 114,1% a počet seniorů starších pětadesáti let bude vyšší než počet dětí ve věku 0-14 let.

Následující graf 1 nám znázorňuje vyrovnání podílu sledovaných skupin obyvatel ve věku 0-14 a 65 a více let na konci sledovaného období.

Graf 1 Podíl obyvatel ve věkové skupině 0-14 a 65 a více let v letech 1946-2004 ( v 100 tisících)



Zdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz) (10)

V celém světě se prodlužuje střední délka života. Lidé se dožívají stále vyššího věku. Tento vývoj však s sebou přináší i své problémy. Jedním z nich je zvýšená potřeba zdravotně sociální péče v důsledku snížené odolnosti, přizpůsobivosti i celkové zdatnosti a zvýšené nemocnosti obyvatel.

Odhaduje se (28), že 77% seniorů starších šedesáti pěti let zůstává soběstačnými a s pomocí rodiny nebo své nejbližší komunity zvládají svou situaci tak, že nemusí opustit své přirozené sociální prostředí. Asi 13% seniorů potřebuje pomoc v domácnosti, 7-8% potřebuje domácí péči a zbývající 2-3% potřebují péči ústavní. V roce 2005 bylo v České republice 1 456 391 seniorů, index stáří činil 97.0%. Potřebuje-li ústavní péči 2-3% seniorů, jedná se o 36 410 občanů. Při počtu 1 597 000 seniorů v roce 2010 bude tedy potřebovat ústavní péči přibližně 39 925 občanů.

Kapacita domovů důchodců v současné době je prakticky plně využita. V celostátním průměru na každé jednotlivé lůžko čeká jeden další uchazeč.

Ve správním obvodu Rokycany bylo k 31.12. 2005 evidováno 45 823 obyvatel, což je 8,3% z celkového obyvatelstva Plzeňského kraje. Plzeňský kraj řadíme mezi kraje s velkou regionální diferenciací. Vývoj stavu obyvatelstva v okrese Rokycany nám znázorňuje tabulka 2. Podle projekce průměrného věku obyvatel do roku 2050 zpracované Českým statistickým úřadem se bude průměrný věk obyvatel České republiky postupně zvyšovat. Tomuto trendu se nevymyká ani Plzeňský kraj a správní obvod Rokycany. Jak ukazuje uvedený graf 2, v průměrném věku obyvatel překračuje Rokycansko (40,7 let) hodnoty Plzeňského kraje (40,2) a zároveň dosahuje nejvyššího průměrného věku v Plzeňském kraji.

**Tabulka 2 SO ORP Rokycany- Stav obyvatel v letech 1995-2005 (k 31.12.)**

SO ORP Rokycany – Stav obyvatel v letech 1995 – 2005 ( k 31.12.)											
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Muži	22 438	22 364	22 365	22 344	22 408	22 396	22 469	22 421	22 358	22 409	22 562
Ženy	23 511	23 396	23 335	23 286	23 279	23 262	23 296	23 235	23 171	23 203	23 261
<b>Celkem</b>	<b>45 855</b>	<b>45 714</b>	<b>45 635</b>	<b>45 726</b>	<b>45 640</b>	<b>45 579</b>	<b>45 758</b>	<b>45 574</b>	<b>45 576</b>	<b>45 707</b>	<b>45 823</b>
0- 14	8 120	7 945	7 729	7 561	7 349	7 213	7 126	6 953	6 749	6 591	6 478
15- 64	30 914	30 879	30 978	31 133	31 224	31 292	31 568	31 539	31 687	31 954	32 090
65 +	6 821	6 890	6 928	7 032	7 067	7 074	7 064	7 082	7 140	7 162	7 255
Index stáří	84,0	86,7	89,6	93,0	96,2	98,1	99,1	101,9	105,8	108,7	112,0

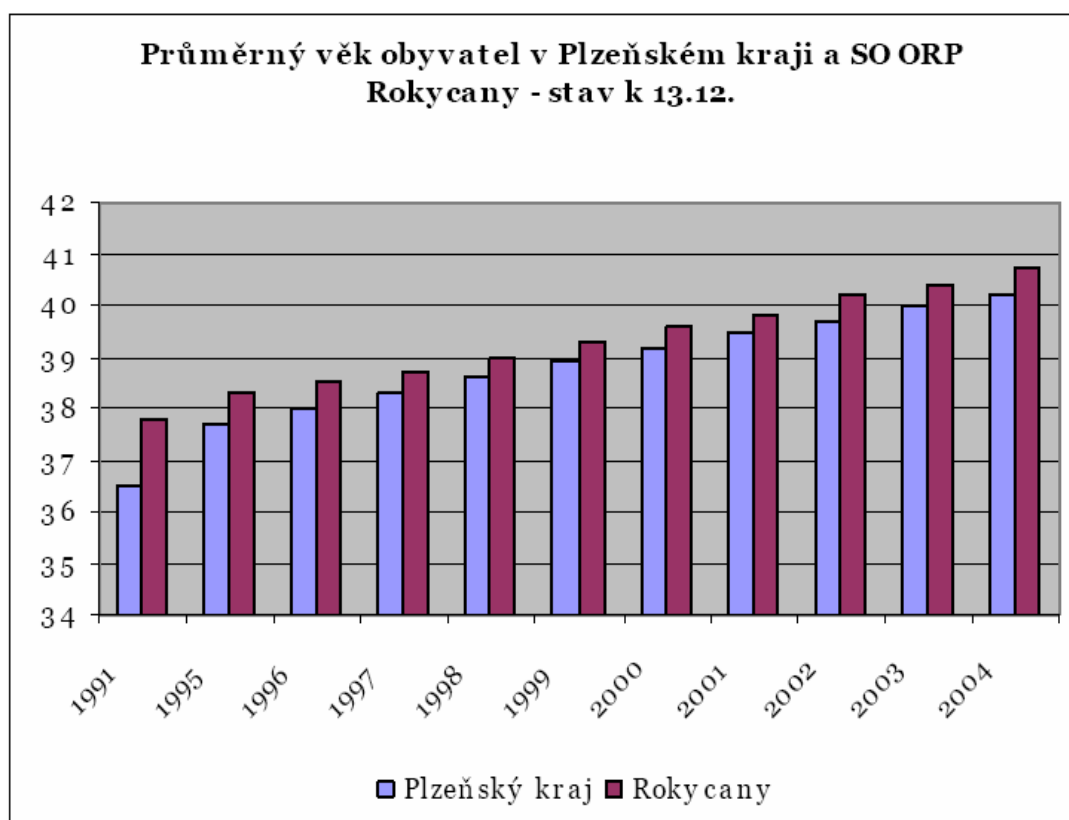
Zdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz) (11)

Zastoupení věkových skupin a jejich podíl v populaci je dalším ze základních ukazatelů demografické skladby obyvatelstva. V Plzeňském kraji došlo v období let 2000-2004 k přírůstku obyvatel ve věkových kategoriích 50 -64 let (+2,01 %) a 70 – 79 let (+2,02 %). K největšímu úbytku došlo ve věkové kategorii 15 – 24 let a to o 1,64 %, podíl dětské složky obyvatelstva se zmenšil o 1,17 %. V rámci srovnání provedené Českým statistickým úřadem, měl správní obvod Rokycany v roce 2004 nejmenší podíl obyvatel v produktivním věku (69,9 %). Všeobecný evropský trend stárnutí populace se

projevil i v SO ORP Rokycany, který měl v roce 2003 největší podíl seniorů v Plzeňském kraji (15,67%). Index stáří definující počet osob ve věku 65 let a starších na 100 dětí ve věku 0 -14 let se ve správním obvodu Rokycany zvedl od roku 1995 z 84,0 na 112,0 v roce 2005. (7)

Průměrný věk obyvatelstva v roce 2 000 dosahoval hodnoty 39,2 let, zatímco v roce 2004 se posunul do hodnoty 40,2 let. Vývoj průměrného věku v Plzeňském kraji a SO ORP Rokycany je znázorněn v grafu 2.

**Graf 2 Průměrný věk obyvatel v Plzeňském kraji a SO ORP Rokycany (k 31.12.)**



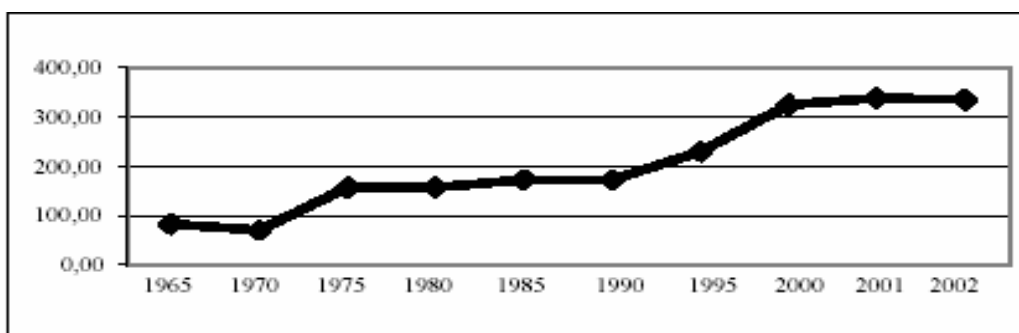
Zdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz) (8)

### *1.1.2. Lidé narození s tělesným a mentálním postižením*

Další skupina obyvatel, která potřebuje ve větší míře ústavní sociální péči jsou lidé, kteří se již rodí s vrozenými vývojovými vadami. Pokrok v medicíně umožňuje, že se zachrání i děti, které dříve nepřežily a to s sebou nese i vyšší výskyt mentálních a tělesných postižení a tedy i vyšší potřebu sociální a zdravotní péče.

V posledních letech se velmi zpřesnila prenatální diagnostika. Obecně platí, že vrozené vývojové vady lze diagnostikovat pomocí ultrazvuku od 20. týdne těhotenství, kdy jsou již orgánové systémy dobře zjištělné. Na druhou stranu však stále přibývá rizikových faktorů, které mohou vést k patologickému vývoji plodu. Mezi takovéto rizikové faktory patří známé i potencionální teratogeny. Nebezpečná je expozice záření, některé druhy léků a také infekce, především skupiny TORCH. (13)

Graf 3 Počet vrozených vad v letech 1965 – 2002 na 10 000 živě narozených



Zdroj: [www.vupsv.cz](http://www.vupsv.cz) (34)

V roce 2004 se v České republice narodilo 3 670 dětí s vrozenou vadou, což představuje 376 narozených s vrozenou vadou na 10 000 narozených. Častěji se vrozené vady vyskytují u chlapců než u dívek a u dětí matek ve vyšších věkových skupinách. Nejčastějšími vrozenými vadami byly vrozené vady srdeční, u chlapců pak také vady pohlavních orgánů. (1)

### *1.1.3. Stoupající počet úrazů*

Ke skupině seniorů, kde potřeba ošetrovatelské péče je nejvyšší, je však zapotřebí přidat i rostoucí počet osob s tělesným handicapem vlivem úrazů. Mortalita z úrazů je u dospělých na čtvrtém místě, po onemocnění srdce a cév, nádorových a cerebrovaskulárních onemocnění. V kategorii lidí zemřelých do 40 let je však na prvním místě. Ročně je na chirurgických a ortopedických pracovištích hospitalizováno více než 1,2% obyvatelstva pro úrazy a přes 6% je ošetřováno ambulantně. Poměr mužů k ženám činí 2 : 1. Téměř 10% všech hospitalizovaných jsou nemocní následkem úrazu. Přestože se nemocným dostává v našich zdravotnických zařízeních vysoce odborné péče, náklady na léčení a společenské ztráty následkem úrazů jsou obrovské.

**(38)**

Nejvíce úrazů u dětí ošetřil chirurgické ambulance, v roce 2005 to bylo 449 409 nežádoucích příhod u dětí ve věku 0 - 14 let. Proti předchozímu roku 2004 došlo ke zvýšení registrovaných úrazů dětí o 0,7 %, úrazovost vztažená k počtu dětí v dané věkové kategorii však vzrostla o 2,3 %.

Úrazů v produktivním věku podle dat z publikace „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2005“ (ÚZIS ČR), která čerpá z informací České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), bylo v roce 2005 hlášeno 335 039 případů pracovní neschopnosti z důvodu úrazu (236 349 u mužů a 98 687 u žen). Ve srovnání s rokem 2004 došlo ke zvýšení o 16 tis. případů pracovní neschopnosti.

Podle údajů z Registru hospitalizovaných bylo 121 810 zraněných (82 747 mužů a 39 063) v produktivním věku ošetřeno pro úraz v nemocnici tj. 3 815,1 na 100 tis obyvatel, většinu tj. 68 % tvořili muži (podobně jako v předešlém roce). Počet hospitalizovaných osob pro úraz v produktivním věku se zvýšil proti předchozímu roku o 3 %. Průměrná ošetrovací doba při úrazové hospitalizaci v produktivní populaci činila 5,9 dne. Nejkomplikovanější úrazy podle procenta operovaných utrpěli lidé ve věku 30 - 44 let.

Na úraz zemřelo 3 942 osob (3 199 mužů a 751 žen) v produktivním věku (v roce 2004 zemřelo 4 061 osob); úrazová úmrtnost činila 54,2 na 100 tis. osob dané věkové kategorie (56,1 v roce 2004). K nejčastějším příčinám úmrtí dlouhodobě patří

sebepoškození (1 155 případů) a dopravní nehody (936 úmrtí), do 35 let věku převažují v úrazové úmrtnosti dopravní nehody, od 35 let věku potom úmyslné sebepoškození.

Úrazy seniorů, tj. lidí nad 65 let věku je možné sledovat podle údajů z Registru hospitalizovaných a podle statistiky zemřelých, výkazy chirurgických oborů jsou členěny pouze na děti a dospělé.

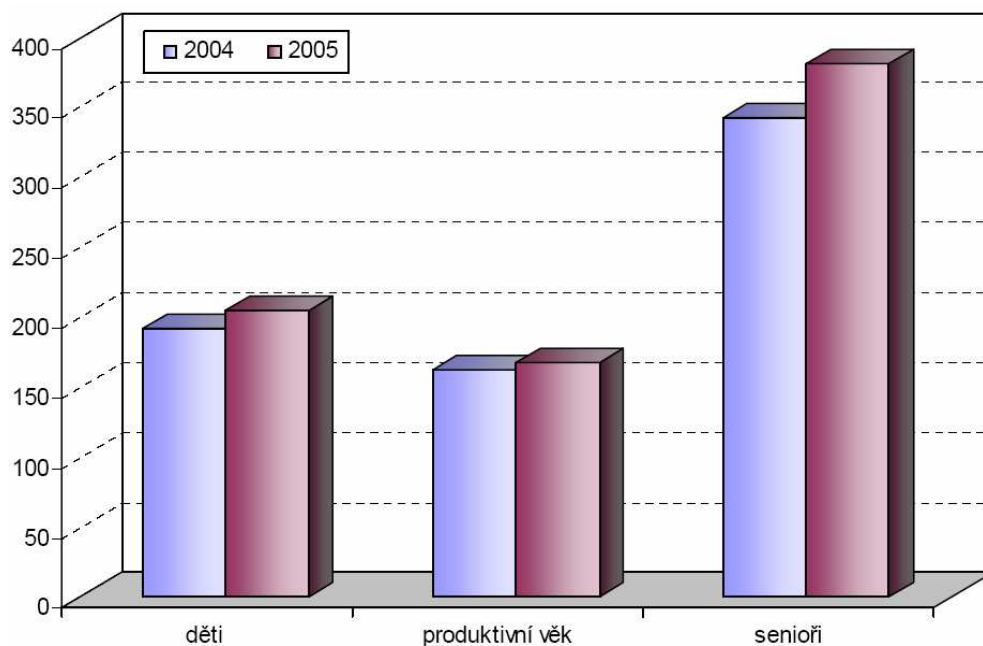
V roce 2005 bylo hospitalizováno s následky úrazů 55 136 lidí ve věku nad 65 let (48 932 v roce 2004), ze 100 tis. seniorů bylo v nemocnici ošetřeno pro úraz 3 815 osob (3 427 v roce 2004). Průměrná hospitalizace při úrazu seniorů trvala 12,2 dne (v populaci celkem 7,2 dne); v dané věkové skupině bylo téměř 35 % hospitalizovaných operováno.

Senioři jsou z hlediska úrazů nejohroženější věkovou kategorií. S přibývajícím věkem stoupá také úrazová mortalita, nejvyšší je v nejvyšších věkových skupinách. V roce 2005 zemřelo na následky všech vnějších příčin 2 328 seniorů (2 829 v roce 2004); to znamenalo úmrtnost 161,1 osob na 100 tis. obyvatel dané věkové kategorie (198,1 v roce 2004). Počet úmrtí žen na úrazy byl v této věkové skupině o něco vyšší než počet úmrtí mužů (1 242 resp. 1 086). Jednoznačně nejčastější příčinou smrtelných úrazů, kterou můžeme sledovat na grafu 5, byly pády (1 222 případů), úmyslné sebepoškození (300 případů) a dopravní nehody (212 smrtelných zranění). (2)

Celkově se úrazová situace v roce 2005 mírně zhoršila, jak znázorňuje graf 4, a to ve všech sledovaných věkových kategoriích. Stoupl počet úrazů dětí, nepatrně vzrostla úrazová úmrtnost dětí. V produktivní populaci vzrostl počet případů pracovní neschopnosti z důvodu úrazu, denně chybělo v práci z důvodu vnějších příčin více mužů i žen než v roce předchozím, zvýšil se také počet lidí pobývajících v nemocnici v důsledku traumatické příhody. Mírně se snížila úrazová úmrtnost produktivní populace. Nejčastějšími příčinami úmrtí dospělých z důvodu vnějších příčin zůstalo úmyslné sebepoškození a dopravní nehody. Také v kategorii seniorů se zvýšila úrazovost a poklesla úrazová úmrtnost.

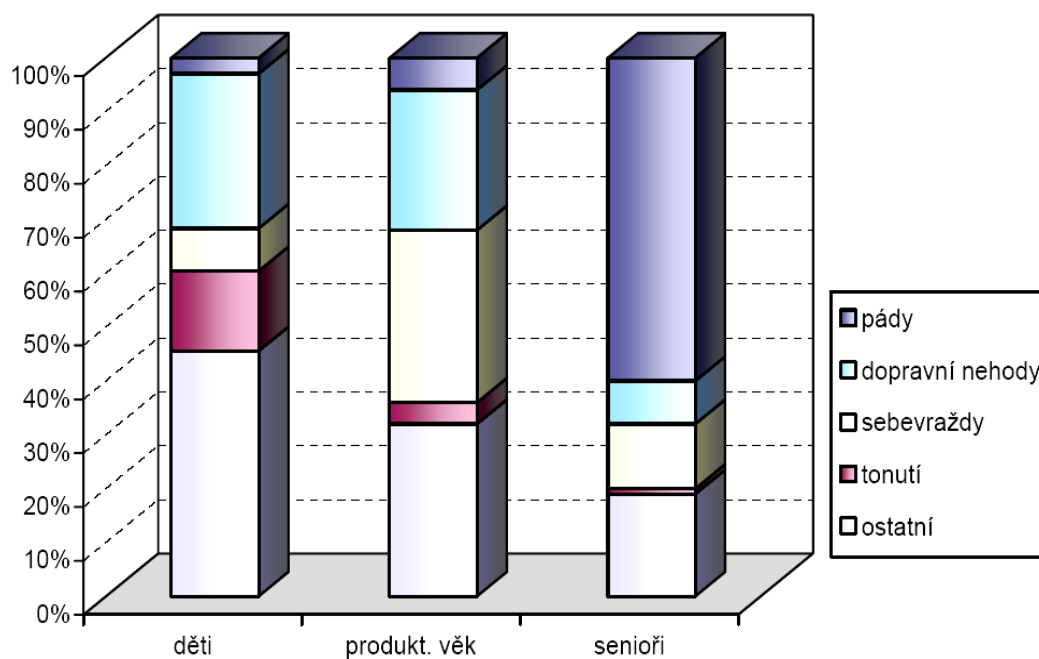


Graf 4 Úrazovost podle počtu hospitalizovaných na 10 tis. osob



Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) (2)

Graf 5 Úmrtí na úrazy podle hlavních příčin a věkové kategorie, rok 2005



Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) (2)

#### ***1.1.4. Vyšší výskyt osamělých lidí***

K tradici rodinného života v českých rodinách druhé poloviny 20. století patřila vzájemná výpomoc mezi generacemi, změněný životní styl jí však dal nové podoby. Tlaky na ekonomickou aktivitu žen (zdroj budoucího důchodu, nutnost penzijního připojištění) a větší prostorová mobilita budou často překážkou pro péči o starší nebo nemocné členy v rodinách. Negativně se tu projeví také úbytek dětí a následně i vnuků. Budoucí možnosti mezigenerační solidarity tak budou limitovány snižujícím se počtem potenciálních pečovateli.

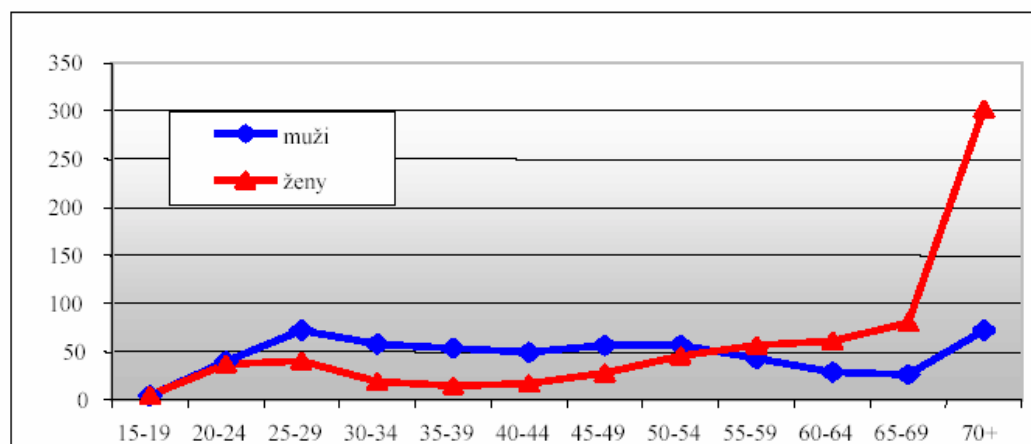
Pro vývoj rodinného chování u nás po roce 1989 jsou charakteristické dva rysy: výrazný úbytek ročních počtů uzavíraných sňatků a narozených dětí. Pro vysvětlení uvádějí Možný, I. a Rabušic, L. (24) tři skutečnosti: je to jednak z minulého režimu zděděná deformace české populační struktury vytvářející sňatkovou tíseň, dále zvýšená nabídka možností seberealizace jednotlivce a konečně tísnivá situace na trhu s byty. Tato omezení vedou k proměně populačního klimatu projevující se dvěma odklady: odkladem v zakládání nových domácností a odkladem v rozhodování o prvním dítěti. Je to návrat k evropským vzorcům reprodukčního vývoje a rodinného chování.

Současně bude naživu stále větší počet generací, ale s menším počtem jedinců v každé z nich, neboli půjde o vertikalizaci rodinných struktur. (29) Důsledkem pro stárnoucí populaci bude méně příbuzných, a tedy potenciálně omezenost rodinných vztahů jen z části nahraditelná svazky přátelství. Osobní setkání budou stále více nahrazována písemným stykem nebo stručnějším telefonním či dokonce elektronickým. Nové formy kontaktů budou možná častější, ale budou vždy stručnější a citově studenější. Fenomémem stárnutí - osobního a v důsledku toho i společenského - se tak může stát osamělost, zvláště při pozdějším ovdovění s větší obtížností přizpůsobení se nové situaci. (33)

Z hlediska potřeby zdravotně sociální péče po prodělaném úrazu představují stále větší problém osaměle žijící osoby, kterých v současné době v České republice přibývá v souvislosti se společensko-ekonomickými změnami (preference soužití mimo manželství apod.). Podle sčítání lidu v roce 1991 bylo v České republice z celkového počtu 4 051 583 cenových domácností celkem 1 089 647 domácností jednočlenných. V roce 2001 bylo z

celkového počtu 5 243 604 cenzových domácností celkem 1 276 176 domácností jednočlenných, tj. přibylo 186 529 jednočlenných domácností. (5)

Graf 6 Počet domácností jednotlivců podle sčítání lidu roku 2001 v tisících



Zdroj: BRUTHASOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., *Aktuální problémy sociální hospitalizace v novém územně správním členění*. Pražské gerontologické dny 14.-16.5.2003 (4)

Z grafu 6 je vidět, že u obyvatelstva v postproduktivním věku (od 60 let výše) převažují jednočlenné domácnosti žen, z čehož zejména ve věku 70 let a více tvoří většinu jednočlenných domácností (85 %) osamělé vdovy. Naproti tomu ve středním věku od 25 do 55 let převažují jednočlenné domácnosti mužů.

Osaměle žijící muži v produktivním věku tvoří další demografickou skupinu, u níž v případě úrazu nebo těžké nemoci (infarkt myokardu) vyvstává potřeba sociálně zdravotní péče.

### *1.1.5. Skupiny obyvatel se zvýšenou potřebou sociálně zdravotní péče*

Vyčleňují se tedy tři skupiny obyvatelstva se zvýšenou potřebou sociálně zdravotní péče:

1. senioři
2. občané s handicapem
3. osamělé osoby (především muži) v produktivním věku po úrazu nebo těžké nemoci

Jde o skupiny osob, u nichž potřeba akutní lůžkové zdravotní péče již pominula, zdravotní stav je stabilizovaný, ale nebylo ještě dosaženo plné soběstačnosti. Může se jednat především o stavy s takovým zdravotním poškozením, kdy se postižený dostane do závislosti na jiné osobě. V případě, že jeho stav není reparaibilní, je stabilizován a další léčení nemá naději na úspěch, není jeho další pobyt ve zdravotnickém zařízení na základě zdravotnické indikace možný.

V souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a měnící se ekonomickou situací rodin, se zaměstnaností či cestováním za prací i vzhledem k nadále neutěšené bytové situaci, dále klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nesoběstačného člena postarat. Nelze se spoléhat na mezigenerační pomoc rodinných příslušníků. Jak uvádí Veselá v publikaci „Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům“ (32), poznatky z terénních šetření naznačují, že ač rodiny považují mezigenerační pomoc za samozřejmou a péči o nesoběstačné seniory v jejich domácnostech za nejlepší možnou, nejsou na její realizaci jak na straně seniorů, tak i jejich dětí připraveny. Je tedy otázkou, do jaké míry lze s péčí o značně nesoběstačné seniory kalkulovat.

Chybějící péči rodiny zpravidla supluje zdravotní a sociální péče, ať již formou domácí ošetrovatelské péče či hospitalizace na ošetrovatelských lůžkách LDN, nebo umístěním na ošetrovatelských odděleních ústavů sociální péče (domovů důchodců), popřípadě ve zdravotnických zařízeních na vyčleněných lůžkách pro sociální hospitalizaci. Ta připadá v úvahu jako jediné možné řešení v případě, že není možno zajistit pečovatelskou službu nebo umístění do domova důchodců. Na příkladu sociální hospitalizace se však jasně odrážejí slabiny a nedostatky současného systému zdravotnictví i poskytování sociálních služeb.

## 1.2. Stávající právní úprava, její přednosti a nedostatky

### 1.2.1. Vymezení pojmu sociální hospitalizace

Sociální hospitalizací je podle ustanovení §73b zákona 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, pobyt občana ve zdravotnickém zařízení z jiných než zdravotních důvodů, kdy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen se obejít bez pomoci další osoby a nemůže být proto propuštěn ze zdravotnického zařízení. Podmínkou pro sociální hospitalizaci je skutečnost, že občanu nemůže být z kapacitních nebo odborných důvodů poskytnuta potřebná péče v ústavech sociální péče nebo pečovatelská služba, ačkoliv splňuje podmínky pro poskytování těchto sociálních služeb.

Za sociální pobyt na ošetrovatelském lůžku ve zdravotnickém zařízení se považuje pobyt nahrazující vlastní sociální prostředí, ať krátkodobě či dlouhodobě (eventuelně i na dožití). Jde o situace, kdy by bylo možno zdravotní péči poskytovat ambulantně (ošetřující lékař, home care, rodina), ale nedostatečné či chybějící sociální zajištění to neumožňuje. (3)

Sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení byla dosud placena dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí 310/1993 o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Podle této vyhlášky hradil občan příspěvek na sociální hospitalizaci, a to ve výši 55 Kč denně. Částka 245 Kč byla hrazena okresním úřadem, nyní obec s rozšířenou působností. Od vydání vyhlášky uplynulo třináct let, tyto částky nebyly žádným předpisem valorizovány. Náklady na jedno lůžko v nemocnici jsou podstatně vyšší (800- 1500 Kč). Z tohoto důvodu výše této úhrady pro zdravotnické zařízení ve výši 300 Kč se stala naprosto nevyhovující. Sociální hospitalizace nebyla využívána. Potencionální klienti byli vedeni na ošetrovatelských či standardních lůžkách a úhrada tak byla čerpána ze zdravotní pojišťovny.

Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče je od 1. 1. 2007 upraveno podle § 52 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a jednak prováděcí vyhláškou MPSV 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení

zákona o sociálních službách. Uživatel dle nového přijatého zákona hradí úhradu za péči, ubytování a stravu, a to v rozsahu sjednaném ve smlouvě. Úhrada za péči v případě služby, podle § 52 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, je stanovena ve výši příspěvku na péči a úhrada za stravu a pobyt je stanovena prováděcí vyhláškou. Uživateli služby musí zůstat po uhrazení úhrady minimálně 15% z jeho příjmu.

Zdravotnická zařízení ústavní péče nemají povinnost být registrována jako poskytovatelé sociálních služeb. Chtějí-li se registrovat jsou povinna postupovat standardním postupem. Na zdravotnická zařízení, která jsou zapsána v registru poskytovatelů sociálních služeb, se vztahují ustanovení o provádění inspekce služeb. Zdravotnická zařízení jsou povinna podrobit se inspekci sociálních služeb, která je realizována formou státní kontroly místně příslušným krajským úřadem. Každý registrovaný poskytovatel sociálních služeb má právo žádat o neinvestiční dotaci ze státního rozpočtu na zajištění poskytování sociálních služeb.

### ***1.2.2. Vymezení pojmu ošetrovatelská péče***

V případě odborné ošetrovatelské péče se jedná o pobyt občana ve zdravotnickém zařízení na základě zdravotní indikace (metodické opatření 12/1998 Věstník MZ ČR), zpravidla na lůžkách v LDN. Tento pojem souvisí převážně s poskytováním následné zdravotní péče. Rozumí se tím soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví k uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu k zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče však nemusí být poskytována jen v zdravotnických lůžkových zařízeních, ale také na ošetrovatelských odděleních v ústavech sociální péče, s výjimkou domovů- penzionů pro důchodce, zde však není téměř legalizována. **(3)** Ošetrovatelská péče je ve zdravotnických zařízeních v současné době financována pouze ze zákonného zdravotního pojištění platbou tzv. ošetrovatelského lůžka, což může být problematické zejména při dlouhodobém pobytu. Přitom je nesporné, že

ošetřovatelská péče ve zdravotnických zařízeních často zahrnuje i péči obdobnou té, která je poskytována imobilním klientům na tzv. ošetřovatelských odděleních v ústavech sociální péče (např. v domovech důchodců). (3)

V souvislosti s pojetím následné zdravotní péče se vedou již delší dobu v odborných kruzích rozsáhlé diskuse. Autorky Bruthansová, D. – Červenková, A.-Holmerová, I. ve své studii (3) upozorňují, že je nutno více respektovat potřebnost diferenciací tohoto typu péče, do které lze zahrnout více podtypů např. péči hospicovou, péči geriatrickou doléčovací, rehabilitační péči, diferencovanou péči o pacienty postižené Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence, dále dlouhodobou péči ošetřovatelského typu, rehabilitační péči po mozkových příhodách a v neposlední řadě i péči v ústavech sociální péče, nejčastěji domovech důchodců atd.

### ***1.2.3. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách***

Od počátku 90. let se usilovalo o zákon o sociálních službách. Tehdy byl tento zákon opakovaně navrhován, měněn a opět stahován podle toho, jak se během posledních 15 let střídaly vlády. Do konce roku 2006 byly sociální služby upraveny zastaralou legislativou platnou před rokem 1989, která zná pouze ústavní péči a pečovatelskou službu. Všechny ostatní služby, jako například osobní asistence, azylové domy, respitní péče, domy na půli cesty a mnohé další byly prezentovány bez právní úpravy podmínek. Následkem toho bylo velmi obtížné zajistit dostupnost mnohých z nových forem služeb všem potenciálním uživatelům ve všech regionech. Chyběl zde jasný systém financování služeb a možnost kontroly kvality těchto služeb. Na tuto nepřehlednou situaci se snaží v mnoha ohledech reagovat Zákon o sociálních službách. (27)

Dne 14.3. 2006 podepsal prezident České republiky nový zákon o sociálních službách, který nabyl účinnosti dne 1.1. 2007. Jedná se o největší změnu v sociální oblasti od dob Marie Terezie. Nová podoba zákona reaguje na běžné podmínky života v naší společnosti a garantuje pomoc a podporu potřebným ve formě, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a současně posiluje

schopnost sociálního začleňování každého jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti. Sociální služby umožňují člověku ohroženém sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu. **(22)**

K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí zákon následující zásadní nástroje:

- Každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství.
- Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládnání péče o sebe a v soběstačnosti, je poskytována státem sociální dávka „příspěvek na péči“.
- Lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých, nabízí velmi pestrou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.
- Zákon současně garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu.
- Zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druhách a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji. **(22)**

Sociální služby pomáhají člověku řešit vzniklou nepříznivou sociální situaci. Protože jsou příčiny této situace různé, existuje celá škála druhů sociálních služeb. Nový zákon vymezuje tři základní oblasti služeb. Sociální poradenství jako nedílnou součást všech sociálních služeb, odborné sociální poradenství se zaměřením na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a zahrnuje též sociální práci s osobami se specifickými potřebami. **(27)**

Služby sociální péče jsou služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka. Služby sociální



prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování:

- Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. především v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Jde například o pečovatelskou službu, osobní asistenci či terénní programy pro ohroženou mládež.
- Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.
- Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale také o tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy.

Nový systém umožňuje poskytovatelům přesnější vymezení rozsahu služeb které poskytují a zároveň dává uživatelům sociálních služeb možnost výběru takového poskytovatele, který nabízí pro uživatele nejvhodnější sociální službu. Vedle povinně poskytovaných sociálních služeb existují další doplňkové služby, které si může uživatel zvolit a sjednat s poskytovatelem podle svého výběru. V zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami jsou poskytovány sociální služby také lidem se stabilně zhoršeným zdravotním stavem, kterým musí být zajištěna zdravotní péče. Zákon stanovuje poskytovatelům těchto druhů služeb povinnost zajistit potřebnou zdravotní péči. Každý ze žadatelů o službu si může vybrat pro sebe tu nejvhodnější, která mu pomůže podpořit vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé situace. Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných lidí. **(22)**

Základním nástrojem pro fungování nového modelu sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Jedná se o nově zavedenou státní sociální dávku, která posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiného člověka, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání

stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony umožňující účastnit se sociálního života, tj. komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek náleží člověku, o kterého je pečováno, nikoliv tomu, kdo péči zajišťuje. Schopnost zvládnout péči o sebe a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci někoho jiného, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. O příspěvek lze požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt.

Poskytovatelé sociálních služeb ke své činnosti potřebují tzv. oprávnění k poskytování sociálních služeb. Sociální služby poskytují právnické a fyzické osoby, obce, kraje a MPSV. Všichni poskytovatelé jsou si rovni, v rozdělování peněz by měla rozhodovat kvalita a potřebnost služby, nikoli zda zařízení zřizuje obec nebo občanské sdružení. Oprávnění poskytuje krajský úřad a také provádí registraci poskytovatelů sociálních služeb. Úřad může registraci zrušit, pokud přestane poskytovatel splňovat stanovené podmínky nebo pokud dostane správní pokutu za porušení povinností poskytovatele služeb. **(27)** Ministerstvo je správcem elektronické podoby registru. Na požádání se z veřejné části registru vydá úřední výpis nebo opis. **(36)** Součástí registru poskytovatelů služeb je výsledek provedené inspekce kvality sociálních služeb. Inspekci kvality poskytování sociálních služeb se rozumí systematické ověřování a hodnocení postupů a metod užívaných při poskytování sociálních služeb. Postupy, metody a jejich výsledky jsou při inspekci srovnávány se standardy kvality sociálních služeb jako obecně uznávanými postupy a metodami při poskytování sociálních služeb s přihlédnutím k ekonomickým možnostem. Splní-li poskytovatel stanovené podmínky, dostane osvědčení o kvalitě poskytování sociálních služeb. **(27)**

Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách nově založeno na smluvním principu. Sjednávání druhu služby a rozsahu poskytovaných služeb podle individuálních potřeb osob ve smlouvě (včetně konkrétních podmínek poskytování služby) je významným krokem směřujícím k uplatnění svobodné vůle lidí, kterým jsou služby poskytovány. O lidech a jejich potřebách není „někým rozhodováno“, ale lidé sami jsou účastníky sjednání podmínek poskytované služby. Smlouva současně

uživateli služeb umožňuje vymáhat sjednaný rozsah služby a poskytovatele zavazuje k poskytování služby takovým způsobem, který je pro uživatele bezpečný a profesionální.

Smlouva o poskytování sociálních služeb musí být uzavřena v písemné formě s výjimkou případů, kdy to není možné (např. telefonická krizová pomoc) nebo by písemná forma byla kontraproduktivní pro účelné poskytování služby (např. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež). Obecně platí, že poskytovatel je povinen smlouvu se zájemcem o službu uzavřít. Charakter smlouvy je soukromoprávní a řídí se příslušnými ustanoveními občanského zákoníku. **(22)**

Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze pokud:

- neposkytuje sociální službu, o kterou člověk žádá (např. žadatel žádá o pobytovou službu poskytovatele pouze ambulantní služby),
- nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou člověk žádá (např. má plně naplněny lůžkové kapacity),
- zdravotní stav člověka, který žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis (jedná se především o infekční onemocnění a duševní nemoci).

Jestliže poskytovatel sociálních služeb odmítne uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů výše uvedených, vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí uzavření smlouvy. Smlouva o poskytování sociálních služeb je uzavírána výhradně mezi uživatelem služby (nebo jeho zákonným zástupcem) a poskytovatelem, který je pro daný druh služby registrován. Porušení smluvních podmínek a následky z toho vyplývající musí řešit smlouva, přičemž spory z tohoto vyplývající jsou řešeny soudní cestou. **(22)**

#### ***1.2.4. Postavení zdravotnických služeb***

Jedno ze základních sociálních práv každého občana v České republice, které deklaruje v čl. 31 také Listina základních práv a svobod, je právo na ochranu zdraví. Listina základních práv a svobod v čl. 31 také zaručuje všem občanům na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, za podmínek, které stanoví zákon. **(31)**

Současný systém péče o zdraví tedy lze poté charakterizovat jako soustavu orgánů a institucí zajišťující právo na ochranu zdraví prostřednictvím poskytovaných zdravotnických služeb a v širším kontextu je možno jej chápat také jako součást sociálního systému státu.

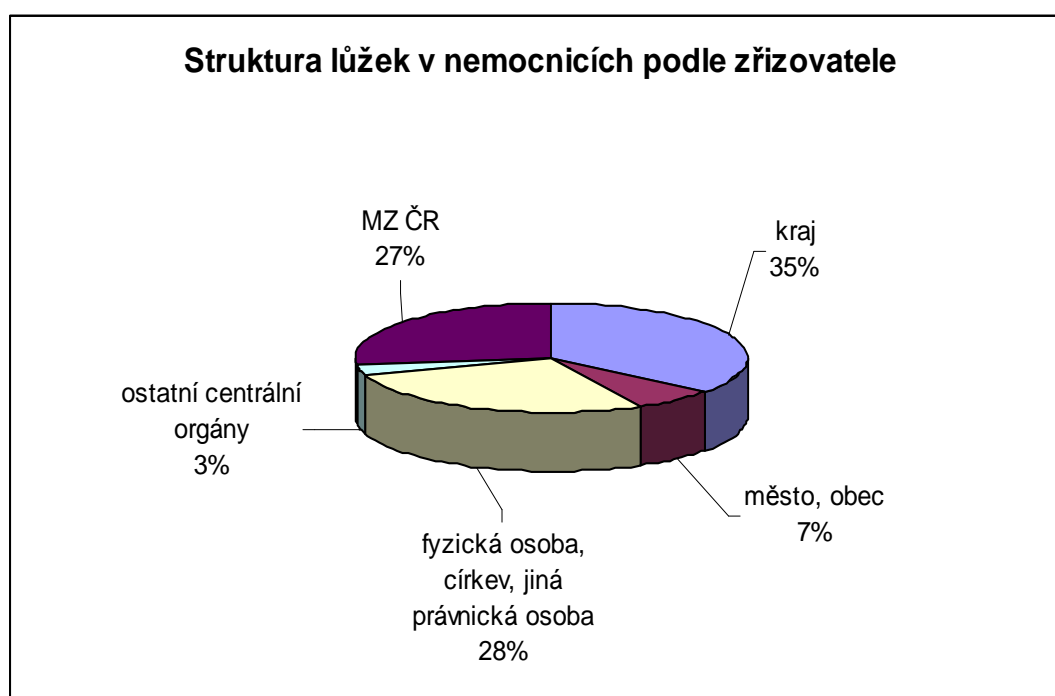
Podmínky poskytování zdravotní péče a soustavu zdravotnických zařízení v České republice ustanovuje ve stávající platné legislativě především mnohokrát novelizovaný zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a zákon 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění. V širším pojetí lze do právního rámce upravujícího podmínky poskytované zdravotní péče také zahrnout zákon 220/1991 Sb., o České národní komoře, České stomatologické komoře a České lékařské komoře, dále zákon 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, v platném znění a zákon 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů, v platném znění. **(19)**

Zdravotnická zařízení, která poskytují zdravotnické služby, se dle zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, dále člení jednak na zařízení ochrany veřejného zdraví a jednak na zařízení léčebně preventivní péče. Mezi další zařízení v rámci soustavy zdravotnických zařízení v České republice se rovněž řadí zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, dále organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčiv a jinými prostředky zdravotnické techniky a pro jejich kontrolu a v neposlední řadě vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví. **(35)**

Pokud se jedná o rozdělení zdravotnických zařízení dle typu vlastnictví, v České republice existují zdravotnická zařízení jak státní tak soukromá. Zřizovatelem státních

zdravotnických zařízení je v současné době buď Ministerstvo zdravotnictví, či kraj v samostatné působnosti nebo příslušné město či obec. Před zavedením krajského územního uspořádání před 1.1.2003 byl v České republice zřizovatelem státních nemocnic v jednotlivých okresech a krajích, pokud zřizovatelem nebylo Ministerstvo zdravotnictví, příslušný okresní úřad. (19) Koncem roku 2005 v České republice existovalo 27,5 tisíc zdravotnických zařízení (vč. odloučených pracovišť lékáren a výdejen zdravotnických prostředků). Státních zařízení, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví a ostatní centrální orgány, bylo 262. Z tohoto celkového počtu zdravotnických zařízení bylo 27 226 nestátních zařízení. Dle zřizovatele nestátních zařízení zřizoval kraj 265, město, obec 205, fyzická osoba, církev, a jiná právnická osoba 26 756.

Graf č.7 Struktura lůžek v nemocnicích podle zřizovatele



Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

Dle typu vlastnictví bylo, dle grafu 7, koncem roku 2005 ze 195 nemocnic v České republice 19 zařízení státních, přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví (27 % všech lůžek), 52 zařízení nestátních spravovaných kraji (35 % lůžek), 23 nestátních zařízení spravováno městem nebo obcí (7 % lůžek) a 95 nestátních zařízení zřízených fyzickou osobou, církví nebo jinou právnickou osobou (28 % lůžek). V těchto 95 zařízeních je zahrnuto i 29 bývalých krajských a městských zařízení převedených po roce 2003 na obchodní společnosti, jejichž jediným akcionářem (společníkem) je stále kraj nebo město (55 % všech lůžek této skupiny). **(30)**

Dalším kritériem, podle kterého můžeme zdravotnická zařízení členit je dle způsobu jejich proplácení. Smluvní zdravotnická zařízení jsou taková, která uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, a tudíž jsou financována z prostředků zdravotního pojištění. Nesmluvní zdravotnická zařízení jsou proplácena přímo ze soukromých zdrojů. Za nesmluvní zdravotnická zařízení považujeme ta, která výše zmíněnou smlouvu nemají, jejich činnost není financována z veřejných zdrojů mimo případy neodkladné péče. Tato zdravotnická zařízení nejsou zařazena do sítě veřejných zdravotních zařízení a mohou účtovat pacientům smluvní ceny i za výkony jinak hrazené ze zdravotního pojištění. V této souvislosti je třeba zmínit, že převážná většina zdravotnických zařízení nemá uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se všemi pojišťovnami, a tak je vůči pojištěncům jedné části zdravotních pojišťoven ve vztahu smluvním a vůči části druhé ve vztahu nesmluvním. **(18)**

Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních nebo, je-li to nutné s ohledem na zdravotní stav pacienta na jiném místě, zdravotničtí pracovníci, popř. jiní pracovníci v rozsahu své odborné způsobilosti. Koncem roku 2005 pracovalo dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky v české republice ve zdravotnictví více než 40 800 lékařů a téměř 104 800 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí. **(30)**

Zdravotní péče je pojištěnci poskytována buď formou ambulantní nebo formou ústavní péče. Obě tyto formy zahrnuje § 17 zákona 20/1966 Sb., o péči ozdraví lidu, v platném znění, včetně lázeňské péče, závodní preventivní péče, přednemocniční

neodkladné péče a léčebné výživy, poskytování léků a dopravy nemocných, do pojmu léčebně preventivní péče. **(35)** Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, poté blíže vymezuje obsah léčebně preventivní péče.

Domácí zdravotní péče je jednou z forem ambulantní péče, která umožňuje pobyt pacienta v domácím prostředí, a její dostupnost a úroveň tak do určité míry ovlivňuje počet lidí, kteří jinak zůstávají ve zdravotnických zařízeních. Tato forma zdravotnické služby je hrazena ze zdravotnického pojištění, zároveň může být integrována se sociální péčí. Základním cílem je poskytování maximální kvality a rozsahu potřebné péče člověku v jeho vlastním domácím prostředí, s cílem podpořit tak adaptaci na změněné životní podmínky, s jeho současným začleněním společně s členy rodiny a jeho blízkými do týmu agentur domácí péče. **(12)**

Síť zařízení domácí zdravotní péče, která je budovaná od roku 1993, v současné době představuje 437 agentur s téměř 2 tisíci úvazky ošetřujícího personálu. Tato zařízení pečovala v roce 2005 v domácím prostředí o 142,5 tisíc klientů, z nich 77 % bylo ve věku 65 let a více. Zařízení poskytující domácí zdravotní péči výrazně ulehčují akutní lůžkové péči, ať už sníženou potřebou akutních lůžek, nebo sníženými náklady na akutní lůžka. Navíc ošetrovatelská péče v domácím prostředí představuje pro starší pacienty menší psychickou zátěž. **(30)**

Poskytovaná lůžková péče se dělí na péči akutní a následnou. Akutní lůžkovou péčí se rozumí péče resuscitační, intenzivní, standardní, včetně léčebné rehabilitace, z časového hlediska krátkodobá či střednědobá, která je poskytována v nemocnicích akutní péče po dobu nutnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření (včetně plánovaných operací) nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu který vyžaduje zahájení intenzivní péče, tj. do doby než lze zdravotní péči poskytovat ambulantně nebo v lůžkovém zařízení sociální péče. Jednotlivé nemocnice v České republice na sebe vážou zhruba 1/3 všech lůžek akutní péče. Klesající počet akutních lůžek je jen z jedné třetiny kompenzován nárůstem lůžek ošetrovatelských v nemocnicích i léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Následná lůžková péče (léčebná, léčebně rehabilitační a ošetrovatelská) je poskytována zejména v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. Spočívá

v poskytování zdravotní péče při pobytu na lůžku, pokud pominuly zdravotní důvody k poskytování akutní lůžkové péče, avšak charakter zdravotní péče, kterou stav pacienta vyžaduje, nedovoluje její poskytování ambulantní formou. **(15)** Z celkového počtu nemocnic v roce 2005 poskytovalo 26 zařízení jen ošetrovatelskou lůžkovou péči, popřípadě následnou rehabilitační (tzv. „nemocnice následné péče“).

Síť zařízení pro paliativní pacienty je v ČR budována od roku 1996, koncem roku 2005 bylo již v činnosti 13 hospiců s celkem 335 lůžky. Hospice zaznamenaly za uplynulý rok 2005 nárůst lůžek o 14 %.

Zdravotnická zařízení získala od 1.1.2007 možnost poskytovat sociální služby.

### ***1.2.5. Kompetenční zákon v sociální péči***

Reforma veřejné správy je komplexní systémovou změnou. Zahrnuje decentralizaci, dekoncentraci a profesionalizaci celé veřejné správy. Tato reforma byla realizována ve dvou etapách.

V rámci první etapy byly v návaznosti na zřízení krajů ve smyslu ústavního zákona 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územně správních celků a o změně ústavního zákona 1/1993 Sb., Ústava ČR, konstituovány krajské úřady a došlo převodu některých kompetencí z úrovně jednotlivých ministerstev na tyto nově zřízené útvary veřejné správy. V rámci II. fáze reformy územní veřejné správy bylo těžiště aktivit soustředěno na zabezpečení převodu kompetencí z okresních úřadů na jiné úřady veřejné správy. V oblasti sociálních služeb se jedná především o převod zřizovatelských kompetencí okresních úřadů k zařízením sociálních služeb na jiné subjekty, především na obce s rozšířenou působností, krajské úřady a popř. obce. **(26)**

Převod kompetencí se vztahuje i na sociální péči, která je poskytována ve zdravotnickém zařízení (tzv. sociální hospitalizace). Od 1.1. 2003 obecní úřad obce s rozšířenou působností rozhoduje o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení v případech uvedených v §73b odst.1 zák. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v plném znění a hradí zdravotnickému zařízení část nákladů za poskytování sociální péče v tomto zařízení. Příspěvky podle zákona 320/2002 Sb.



(kompetenční zákon) jsou na sociální hospitalizaci zařazeny neadresně do rozpočtu obcí s rozšířenou působností, kde si konkurují s jinými formami poskytování sociální péče – zejména s peněžitými a věcnými dávkami a příspěvky podle vyhlášky MPSV 182/1992 Sb. (ve znění pozdějších předpisů).

Při nezájmu ze strany poskytovatelů i klientů by pak obce prostředky, které by bylo možno použít na sociální hospitalizaci, přesunuly ve prospěch jiných, z hlediska požadavků občanů více vymáhaných dávek a služeb. Při tom jde o službu, která je v současné době často nenahraditelná. Vzhledem k uvedeným okolnostem výdaje na sociální hospitalizaci za ČR i za jednotlivé kraje od roku 1998 soustavně klesají. (5).

### **1.3. Zdravotnické zařízení Rokycanská nemocnice,a.s**

Společnost je především registrována jako nestátní zdravotnické zařízení dle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů. Předmětem činnosti společnosti je zejména poskytování zdravotnických služeb obyvatelstvu přirozeného spádového regionu, a to v souladu se svobodnou volbou lékaře a zdravotnického zařízení v rozsahu odpovídajícím materiálnímu a personálnímu vybavení společnosti a smluvním vztahům ke zdravotním pojišťovnám. Společnost je oprávněna poskytovat obyvatelstvu další služby nad rámec poskytování zdravotnických služeb prostřednictvím svého technického vybavení sloužícího především k jejich poskytování.

Předmětem činnosti zapsaným v obchodním rejstříku je:

- provozování nestátního zdravotnického zařízení
- realitní činnost
- hostinská činnost
- specializovaný maloobchod
- výroba potravinářských výrobků
- praní, žehlení, opravy a údržba oděvů, bytového textilu
- masérské, rekondiční a regenerační služby

Základní organizační normou společnosti je organizační řád. Organizační řád a organizační směrnice vydává představenstvo na základě svého rozhodnutí nebo z podnětu ostatních orgánů společnosti, vedoucích zaměstnanců, případně z podnětu orgánů státní správy.

Organizačními útvary společnosti jsou úsek, oddělení a pracoviště. Úsek je základní organizační jednotka určená ucelenou speciální funkční činností v rámci aktivit společnosti. Vedoucí úseků jsou přímo řízeni představenstvem společnosti. Oddělení je organizační jednotka podléhající přímému řízení vedoucího úseku, jehož je součástí. Má přesně vymezenou produkční nebo službovou činnost. Je určeno přesně definovaným počtem pracovníků s danou kvalifikací a hospodářskými prostředky nutnými k zajištění požadovaných úkolů. Oddělení je základní plánovací (nákladovou) organizační jednotkou. Pracoviště je organizační jednotka podléhající přímému řízení vedoucího oddělení, jehož je součástí. Má přesně vymezenou vysoce specializovanou činnost. Není samostatnou účetní ani plánovací jednotkou.

Každý útvar má přesně vymezenou činnost v rámci produkčních nebo režijních aktivit společnosti a má svého zodpovědného vedoucího, který je přímo podřízen vedoucímu nadřazeného útvaru. Společnost je samostatnou účetní jednotkou. Organizační útvary nemají právní ani ekonomickou subjektivitu.

Útvary jsou definovány v organizační struktuře. Organizační strukturu společnosti tvoří:

- a) představenstvo společnosti (člen představenstva ředitel společnosti)
- b) úseky
  - ba) úsek LPP
  - bb) úsek ekonomický
  - bc) úsek provozně technický
- c) odborná a obslužná oddělení
- d) jednotlivá pracoviště (pracovní pozice)

Zdravotnické zařízení Rokycanská nemocnice, a.s., disponuje celkem 181 lůžky. Lůžka jsou rozdělena na jednotlivých oddělení následujícím způsobem:

chirurgické oddělení A	20 lůžek		
chirurgické oddělení B	20 lůžek		
interní oddělení A	33 lůžek	interní	3
		ošetřovatelská	22
		sociální	8
interní oddělení B	28 lůžek		
interní oddělení C	29 lůžek		
dětské oddělení	18 lůžek		
novorozenecké oddělení	8 lůžek		
gynekologické oddělení	16 lůžek		
JIP	9 lůžek		

### ***1.3.1. Lůžková zdravotní péče v Rokycanské nemocnici, a.s***

Lůžková zdravotní péče v Rokycanské nemocnici, a.s. je poskytována celkem na 181 lůžkách. Tato lůžka jsou umístěna na devíti odděleních. Jednotlivá oddělení se řídí provozním řádem daného oddělení.

Forma úhrad pojišťovny je paušální platba. Průměrná platba na jednotlivých typech lůžek je stanovena dle vyhlášky MZ 134/1998 Sb., seznamu zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Platba z fondu veřejného zdravotního pojištění za ošetřovací den je tvořena z několika součástí, a to z platby za ošetřovací den, úhrady režie, paušálu za léky a spotřebovaný materiál a dále z platby podle kategorie pacienta od 0 – 5. Všechny čtyři

složky jsou bodově ohodnoceny a celková výše platby tedy závisí na hodnotě bodu. **(23)** Ošetřovací den se vykazuje podle odbornosti oddělení, které ošetřovací den vykazuje.

Režii spojenou s poskytnutím lůžkové zdravotní péče hradí zdravotní pojišťovna zčásti na základě času výkonu a minutové režijní sazby, zbývající část režie je přiřazována k ošetřovacímu dni. Režijní sazba vyplývá z rozdílných nákladů jednotlivých kategorií lůžkových zdravotnických zařízení a je hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění ve formě režie přiřazené k výkonu ošetřovacího dne. Pro účely přiřazené režie k ošetřovacímu dni jsou lůžková zdravotnická zařízení rozdělena do několika kategorií.

Financování ošetřovatelských lůžek je pouze ze zákonného zdravotního pojištění platbou tzv. ošetřovatelského lůžka. Tato platba je pro zdravotnické zařízení problematická, zejména při dlouhodobém pobytu.

### ***1.3.2. Sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení Rokycanská nemocnice,a.s***

Zdravotnické zařízení, které primárně slouží k léčeným účelům, je využíváno také jako alternativa pro poskytování sociální péče. Autoři studie Sociální hospitalizace **(3)** jako typického klienta uvádí takového, který byl zaléčen, rehabilitován a je schopen za určitých podmínek vrátit se do domácího prostředí. Jeho stav je uspokojivý, že je schopen být doma za předpokladu určitého servisu – ať již fungujícího rodinného zázemí či zajištění potřebných služeb např. typu nouzového volání v případě akutního zhoršení zdravotního stavu, určité úpravy bytu, vybavení kompenzačními pomůckami a občasných návštěv domácí zdravotní péče. Jak je však známo, tyto služby jsou v České republice velmi deficitní, a proto tyto osoby zůstávají ve zdravotnických zařízeních. Jejich pobyt je navíc podmíněn podáním žádosti do domova důchodců a možnost návratu je pro ně tímto často prakticky vyloučena. **(3)**

V zahraniční literatuře se lze v této souvislosti setkat s pojmem „bedblocking“, čímž je míněno, že vlivem neúčelně dlouhé hospitalizace ze sociálních důvodů dochází

kromě zvyšování nemocničních nákladů na pobyt pacienta také k blokování lůžek, která mohou být využita účelněji podle profilace daného oddělení.

Problematika blokování lůžek doznala výraznějšího mezinárodního zájmu už koncem 80. let 20. století a je stále aktuální. **(14)**

Nejen v České republice jsou hospitalizace ze sociálních důvodů zejména u geriatrických pacientů přisuzovány omezenému rozvoji terénních služeb (domácí ošetrovatelské péči, pečovatelské péči), nízké kapacitě dlouhodobé lůžkové péče, nadměrné ztrátě soběstačnosti během hospitalizace, atomizovanému pojetí pacienta na specializovaných oddělení bez zájmu o hodnocení funkční zdatnosti vůči domácímu prostředí a apriorním směřování nemocného nikoli k návratu do domácího prostředí, nýbrž k překladi do následné lůžkové péče. **(14)**

Povinnosti zdravotnického zařízení při propuštění pacienta – pojištěnce detailněji upravuje ustanovení § 27 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. § 27 odst. 5 tohoto zákona říká, zdravotnické zařízení může pojištěnce propustit z ústavní péče poté, co pominuly důvody hospitalizace, ale jen za předpokladu, že vzhledem ke svému zdravotnímu stavu je schopen se obejít bezpomocí další osoby. V opačném případě propouští pacienta až po včasném vyrozumění člena rodiny nebo osoby, která je schopna tuto péči zajistit.

§ 27 odst. 6 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění dále ustanovuje, že v těch případech, kdy je propuštěn pojištěnec, u něhož není zajištěna další péče (resp. u dětí a mladistvých se závažnou sociální problematikou v rodině), je zdravotnické zařízení povinno informovat o této skutečnosti příslušný obecný úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle místa trvalého pobytu občana. Součástí informace zdravotnického zařízení musí být také písemný souhlas občana s tím, že mu bude poskytována sociální péče, neboť podle §75odst. 2 vyhlášky 182/1991 Sb.občan musí o poskytnutí sociální péče požádat nebo s jejím poskytováním souhlasit. Jestliže občan nesouhlasí s tím, že mu bude poskytována sociální péče, nemůže být jeho pobyt ve zdravotnickém zařízení považován za sociální péči, ale bude mu nadále poskytována zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že ani v tomto případě již nepůjde o pobyt ve zdravotnickém zařízení ze zdravotních důvodů, bude mu tato

zdravotní péče poskytována podle § 11 odst. 3 písm. f) zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, za plnou nebo částečnou úhradu. **(17)**

Obecní úřad obce s rozšířenou působností, příslušný dle místa trvalého pobytu občana, který žádá o poskytnutí sociální péče ve zdravotnickém zařízení, posuzuje na základě informace zdravotnického zařízení termínu propuštění občana, zda je nezbytné poskytnout mu služby sociální péče v ústavu sociální péče nebo pečovatelskou službu. Pokud poskytnutí takové péče bude nezbytné, zajistí její poskytování v zařízeních, jejichž je zřizovatelem, nebo zprostředkuje její poskytnutí v zařízeních jiných zřizovatelů. **(17)**

Pokud z důvodu nedostatečné kapacity ústavů nebo jiných zařízení sociální péče nelze sociální péči v těchto zařízeních poskytnout, rozhodne obecní úřad obce s rozšířenou působností o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení. Ústavní péče ve zdravotnickém zařízení se považuje za sociální péči ode dne následujícího po dni, kdy občanu bylo doručeno rozhodnutí obecního úřadu obce s rozšířenou působností o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení. Obecní úřad obce s rozšířenou působností má povinnost vydat rozhodnutí do 14 dnů ode dne následujícího po dni, kdy mu byla doručena informace zdravotnického zařízení, že občan, o kterého další péče není zajištěna, má být z tohoto zařízení propuštěn. **(17)**

Zdravotnické zařízení je povinno neprodleně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností přerušeni nebo skončení poskytování sociální péče a rovněž i případnou změnu zdravotnického zařízení, v němž je tato péče poskytována. **(17)**

Zdravotnické zařízení Rokycanská nemocnice, a.s., disponuje sociálními lůžky. Sociální lůžka jsou součástí interního oddělení Rokycanské nemocnice, a.s.. Primář interního oddělení spolu se sociální pracovníci úzce spolupracují s obecním úřadem s rozšířenou působností v Rokycanech, který jakožto zřizovatel ústavní sociální péče a pečovatelské služby, posoudí nezbytnost sociální péče a vydá rozhodnutí.

#### **1.4. Předpokládané důsledky přijetí zákona o sociálních službách 108/2006 Sb.**

Po mnoha letech byla přijata nová právní úprava v oblasti sociálních služeb. Sociální služby se řídí zákony 108/2006 Sb., o sociálních službách a 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Za velmi pozitivní okolnosti přijetí uvedených zákonů lze považovat to, že sociální služby budou ještě více orientovány individuálně a budou poskytovány v součinnosti s uživatelem služeb. Takový vývoj by byl žádoucí i v oblasti zdravotnictví, ve kterém se bohužel v současné době pacient ztrácí v nedohlednu a je jenom prostředkem, nikoliv cílem.

I přes mnohá pozitiva, které nové zákony přinesou, zůstává při jejich bližším prostudování mnoho nezodpovězených otázek, a to zejména v souvislosti s jejich zavedením do praxe. Přechodné období může přinést mnoho problémů všem zúčastněným stranám, ať už se jedná o státní správu, samosprávu, poskytovatele i uživatele sociálních služeb. Novinkou je úhrada ošetrovatelské péče, která byla poskytována v pobytových zařízeních sociální péče ze zdravotního pojištění. (20)

Podle § 27 odst. 6 zákona 48/1997 Sb. a příslušných ustanovení zákona 100/1988 Sb. byla péče o pojištěnce, kteří nemohli být propuštěni z ústavní péče hrazena zdravotní pojišťovnou do rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení o poskytování sociální péče. Ode dne účinnosti zákona 108/2006 Sb. je podle § 52 odst. 1 tohoto zákona taková péče přímo ze zákona péčí sociální a není hrazena zdravotní pojišťovnou. Lze předpokládat, že zdravotní pojišťovny odmítnou hradit tuto péči, která dosud je s problémy a spory jimi hrazena. Nadále však trvá povinnost stanovená § 27 zákona 48/1997 Sb., která neumožňuje zdravotnickému zařízení propustit pojištěnce, pro kterého není zajištěna další péče.

Přesto všechno, konkrétně v okrese Rokycany bude služba sociální péče poskytována ve zdravotnickém zařízení požadována, protože v současné době je čekací doba na umístění do ústavů sociální péče téměř jeden rok (ÚSP Mirošov a ÚSP Liblín). Zdravotní stav i sociální situace současných pacientů a následně uživatelů sociální služby neumožňuje samostatný pobyt mimo jakékoliv zařízení. Tito lidé nezvládají

svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých. Jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládnání péče o sebe a v soběstačnosti. Vzhledem k tomu, že úkony pečovatelské služby nezajišťují tak potřebnou péči, jakou občané vyžadují, zejména občanům imobilním nezajišťuje trvalou nepřetržitou službu, bude nutné zajistit těmto lidem pobyt v zařízení, kde je sociální služba poskytována nepřetržitě.

Jako pozitivum lze hodnotit změnu Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb, resp. ve zdravotnických zařízeních na sociálním lůžku bude tato služba hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Problémem však dále zůstává posouzení stupně závislosti na pomoci jiného člověka a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Jsou to především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Tento příspěvek na péči navazuje na stávající dávky, a to zvýšením důchodu pro bezmocnost a příspěvkem na péči o blízkou nebo jinou osobu. Podle zákonných ustanovení platných do 31.12.2006 se jednalo o tři stupně bezmocnosti a sice částečnou, převážnou a úplnou. Převážná část poživatelů této dávky byla zařazena ve II. stupni, což představuje částečnou bezmocnost, což bude po 1.lednu 2007 znamenat II stupeň – středně těžká závislost. Výše příspěvku za kalendářní měsíc činí 4.000,- a nepokrývá skutečně vynaložené náklady. Lze tedy předpokládat, že po 1. lednu 2007 budou všichni žadatelé o sociální službu uplatňovat žádost ve smyslu nového posouzení výše příspěvku na péči.



## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA**

### **2.1. Cíl práce**

Cílem diplomové práce je zmapování rozsahu sociální hospitalizace v podmínkách Rokycanské nemocnice, a.s..

Dalším cílem je navržení optimální formy uspořádání sociálních a zdravotnických služeb o staré a zdravotně postižené občany v regionu, kde město Rokycany v přenesené působnosti realizuje výkon státní správy v sociální oblasti

### **2.2. Hypotéza**

1. Sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je důsledkem nedostatečné vybavenosti místy domova důchodců a v rezidenčních zařízeních ústavní péče.

2. Úhrada za sociální hospitalizaci nepokrývá náklady na lůžko ve zdravotnickém zařízení, což přispívá k nepříznivé ekonomické situaci ve zdravotnickém zařízení.

### 3. METODIKA

#### 3.1. Metodický postup

Jako metodický postup jsem zvolila vlastní pozorování, sekundární analýzu dostupné literatury, dotazník a řízené rozhovory. **(16)** K provedení sociálně demografické analýzy jsem použila především sběr, třídění a zpracování statistických údajů, které byly již vytvořeny. Stěžejními zdroji informací k provedení sociálně demografické analýzy byly tištěné publikace a publikace v elektronické podobě získané na úřadech, v knihovnách, v místních organizacích a na internetu.

V praktické části diplomové práce jsem zvolila dotazník a řízené rozhovory. Dotazník je nejpoužívanější prostředek ke sběru informací. Vlastní dotazník by měl mít danou formální úpravu:

- úvodní formulí, která obsahuje oslovení, představení se respondentovi, zdůvodnění výzkumu, u komplikovanějších dotazníků pokyny pro vyplňování,
- tématické oddíly,
- adresu instituce, fyzické osoby atd., na kterou je třeba vyplněný dotazník poslat.

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Celý scénář dotazníku a formulace jednotlivých otázek ovlivňuje dotazovaného určitým směrem, vytváří určité klima, které se promítá i do jednotlivých odpovědí. **(16)** Dotazník byl neanonymní. Obsahoval 4 okruhy otázek, které byly konfrontovány a doplňovány v rámci výzkumu záznamy z dokumentace. Pro dotazník je typické, že výzkumník je nepřítomen při vyplňování dotazníku a je nezbytné provést předvýzkum. **(16)**

V provedené pilotní studii a předvýzkumu byla zjištěna skutečnost, že zvolený způsob sběru informací– dotazník bude muset být s částí uživatelů sociální služby Rokycanské nemocnice, a.s. vyplňován za nutné asistence a doplněn o další techniku terénního sběru dat, řízený rozhovor.

Standardizovaný (řízený ) rozhovor se rozvíjel na základě pevně stanovených otázek v dotazníku. Jde o kvalitativní metodu výzkumu, formální podobou se blíží dotazníku.

Rozhovory předpokládají osobní kontakt s dotazovanými, který přináší řadu výhod (porozumění důvodům, proč byla která odpověď zvolena, samotný osobní kontakt s dotazovaným, atd.). Navíc, pro určité kategorie uživatelů (například pro některé uživatele se zdravotním postižením, obyvatele sociálně vyloučených lokalit nebo lidi bez domova) jsou dotazníky zcela nevhodné. Osobní rozhovory s uživateli poskytují příležitost nahlédnout do jejich jedinečných životních situací a porozumět některým motivům jejich jednání. Umožňují také porozumět tomu, co pro člověka v nepříznivé sociální situaci může znamenat využívání sociální služby a které jeho potřeby mohou být touto službou uspokojeny. Dotazovaní nebyli při odpovídání svazováni uzavřenými otázkami a nabídnutými možnostmi výběru. Přestože měl rozhovor předem danou osnovu a strukturu (viz příloha), vždy poskytoval uživatelům možnost hovořit i o tématech a problémech, které jim připadají důležité. V porovnání s dotazníkovými průzkumy je nepoměrně větší časová náročnost provádění rozhovorů, které následně omezuje počet dotazovaných.

Výběr použité techniky, tj. dotazník, asistovaný dotazník a řízený rozhovor byl volen dle aktuálního stavu uživatele a jeho soběstačnosti. Celkem bylo zpracováno 62 dotazníků, 15 dotazníků bylo vyplněno s dopomocí a u 23 uchazečů do ústavní sociální péče byl proveden řízený rozhovor.

K doplnění a ověření již získaných dat jsem zvolila metodu volného rozhovoru s příbuznými osob, které žádají o umístění do ústavu sociální péče.

Další cenné informace jsem získala neformálními rozhovory s managery v oblasti sociálních a zdravotních služeb.

Pro získání základních dat a informací o sledování sociální péče ve zdravotnickém zařízení jsem vycházela zejména:

- Zřizovací listiny Rokycanské nemocnice, a.s.
- Organizačního řádu Rokycanské nemocnice, a.s.
- Rozboru hospodaření a výročních zpráv Rokycanské nemocnice, a.s.
- Definice sociálních lůžek

### 3.2. Charakteristika souboru

V rámci praktické části diplomové práce bylo provedeno celkem 100 šetření dle uvedené metodiky v termínu od 1.6. 2006 do 30. 11. 2006. Tato skupina uživatelů sociální služby Rokycanské nemocnice, a.s. požádala o sepsání žádosti do ústavu sociální péče, resp. Domova důchodců před uvedením platnosti nového zákona, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Skupinu uživatelů sociální služby Rokycanské nemocnice, a.s. tvoří převážně senioři a zdravotně postižení.

Díky kombinaci použitých metod bylo provedeno celkem 100 šetření u 100 uživatelů sociálních služeb. Získaná data byla zpracována do grafů.

Pro možnost srovnání jsem provedla opakovaný výzkum. Tento výzkum proběhl po uvedení nového zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v termínu od 1.1. 2007 do 28.2. 2007. Soubor tvořili uživatelé sociální služby Rokycanské nemocnice, a.s., s kterými bylo provedeno celkem 17 dotazníků a 3 řízené rozhovory.

Tento opakovaný výzkum byl zaměřen na ekonomickou stránku sociální hospitalizace. Výsledky tohoto šetření byly porovnávány v tabulkách.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1. Provedení sociálně demografické analýzy na Rokycansku

#### 4.1.1. Demografická analýza

Správní obvod obce s rozšířenou působností Rokycany vznikl po reorganizaci státní správy v roce 2003. V případě Rokycanska se území správního obvodu shoduje s územím okresu, což je však výjimečné. Rokycanský správní obvod spravuje celkem 68 obcí, po reorganizaci krajů vznikl z bývalého okresu Rokycany a je tvořen třemi obvody s pověřenými obecními úřady - Radnice, Zbiroh a Rokycany. Hned po okresu Plzni-město patří svojí rozlohou 57 508 ha mezi nejmenší v Plzeňském kraji. Stejně tak počtem obyvatel 45 823 (k 31.12.05) se řadí mezi nejmenší. Naopak hustotou obyvatel 79,5 obyvatele na 1 km<sup>2</sup> (k 31.12.05) se po Plzni-městu řadí na druhé místo v Plzeňském kraji. Z celkového počtu 68 obcí ve správním obvodu má 6 obcí status města – město Mýto, Hrádek, Mirošov, Radnice, Zbiroh a Rokycany.

**Tabulka 3: Sídlní struktura SO ORP Rokycany podle velikostních skupin obcí k 31.12. 2004**

<b>Sídlní struktura SO ORP Rokycany podle velikostních skupin obcí k 31.12. 2004</b>		
	<b>Počet obcí</b>	<b>Počet obyvatel</b>
celkem	68	45 706
do 299	43 (63%)	5 871 (13%)
300 - 999	13 (19%)	5 849 (13%)
1 000 - 4 999	11 (16%)	20 204 (44%)
5 000 a více	1 (15%)	13 783 (30%)

Zdroj: ČSÚ

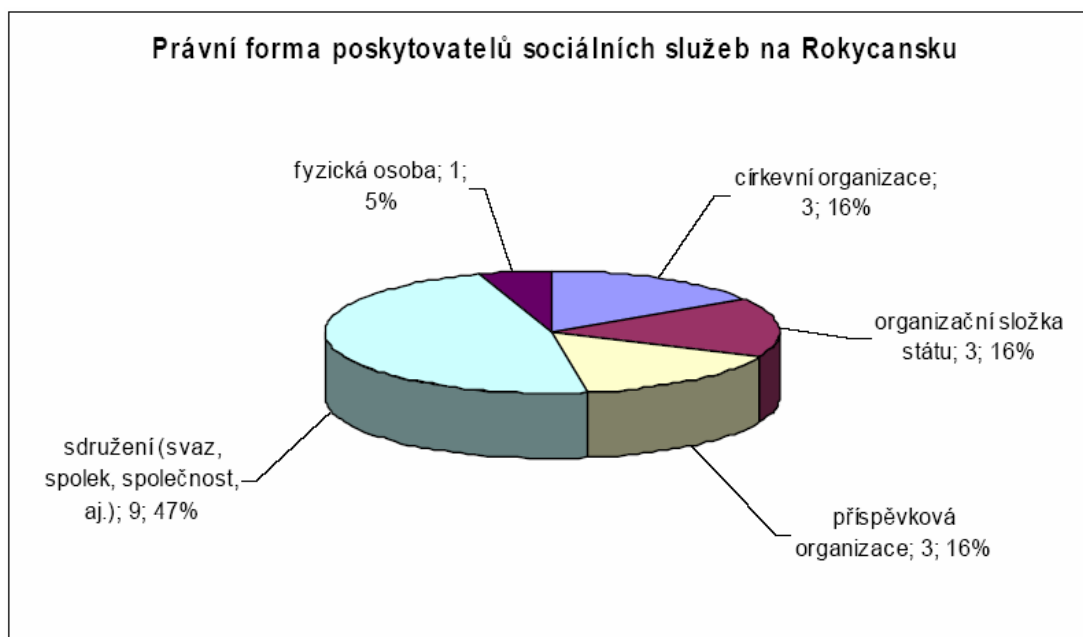
Výše uvedená tabulka 3 ukazuje, že ve správním obvodu Rokycany je z celkových 68 obcí 43 (63 %) obcí s počtem obyvatel do 299 osob. V okrese Rokycany žije 13 % obyvatel v obcích do 299 osob. Nejvíce obyvatel Rokycanska (44 %) žije v obcích o velikosti mezi 1000 a 4999 obyvateli. V Rokycanech, které jako jediná obec v okrese spadají do kategorie obce nad 5 000, tvoří pouze 1,5 % z celkového počtu obcí na Rokycansku, zároveň v nich žije 30 % z celkového počtu obyvatel správního obvodu.

#### 4.1.2. Sociální analýza

Sociální péče na Rokycansku je spravována Sociálním a zdravotním odborem MěÚ Rokycany. Odbor má ve své kompetenci oddělení dávek sociální péče, úsek sociálně právní ochrany dětí (včetně kurátora pro mládež a dospělé), úsek péče o seniory a zdravotně postižené občany. Přísluší mu též otázky týkající se problematiky romské komunity.

V rámci šetření jsem zmapovala celkem 19 poskytovatelů sociálních služeb, viz graf 8. Nejčastější právní formou poskytovatelů na území Rokycanska je „sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)“. V SO ORP Rokycany poskytují sociální služby 3 (16 %) „církvní organizace“, další 3 poskytovatelé (16 %) jsou tzv. „příspěvkové organizace“, 16 % (3) organizací jsou zřizované obcí a 1 z poskytovatelů je „osobou samostatně výdělečně činnou“.

Graf 8: Právní forma poskytovatelů sociálních služeb na Rokycansku

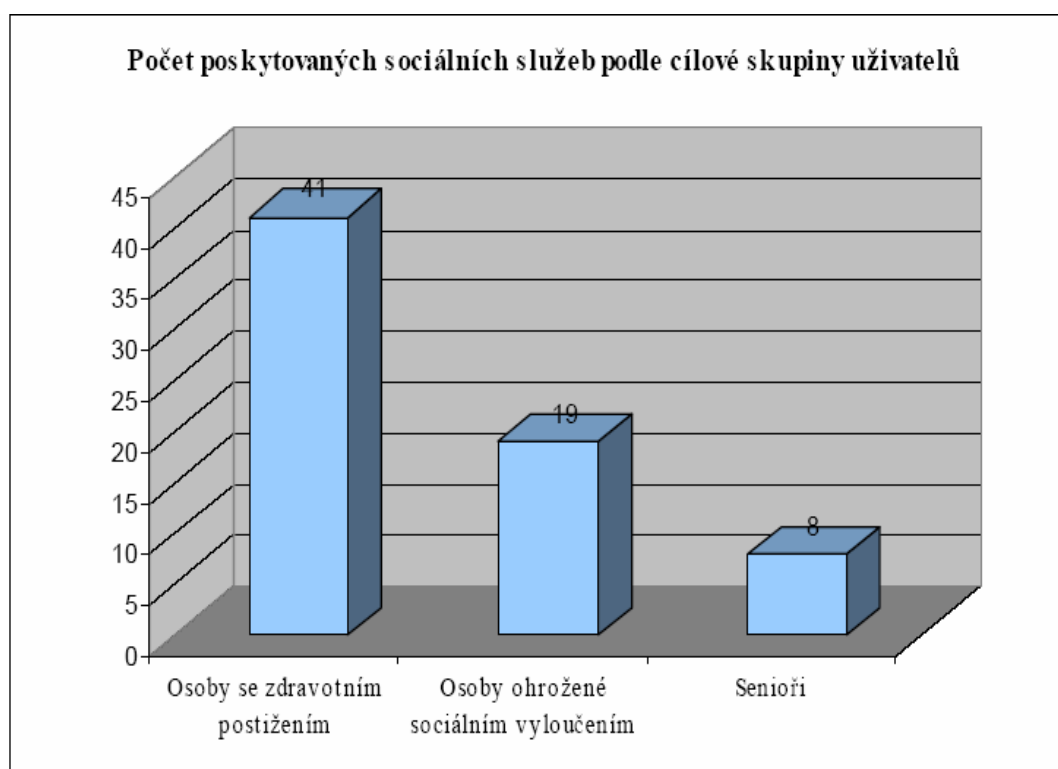


Zdroj: Centrum pro komunitní plánování (6)

Vzhledem k tématu diplomové práce jsem se zaměřila na 2 cílové skupiny uživatelů služeb (na skupinu zdravotně postižených občanů a na skupinu seniorů) a na počet subjektů, které se jednotlivým kategoriím uživatelů věnují. Rozdělení poskytovatelů pro přehlednost do 3 kategorií podle cílových skupin je značně schematické a zjednodušující. Řada organizací se zaměřuje na více kategorií uživatelů, a proto výsledný součet převyšuje celkový počet poskytovatelů (19).

Podle dostupných informací je nejvíce služeb poskytováno pro cílovou skupinu zdravotně postižených občanů– v celé škále zdravotních postižení (41), dále následují služby pro osoby ohrožené sociálním vyloučením (19) a služby určené seniorům (8). Názorné zastoupení poskytovaných služeb pro skupiny uživatelů ukazuje následující graf 9.

**Graf 9: Počet poskytovaných sociálních služeb podle cílové skupiny uživatelů**



Zdroj: Centrum pro komunitní plánování (6)



Do cílové skupiny osob se zdravotním postižením a jejich rodiny jsou zařazeny osoby se smyslovým postižením, s kombinovaným postižením, s mentálním postižením, s tělesným postižením, s duševním onemocněním a lidé dlouhodobě a krátkodobě nemocní a také rodiny těchto osob.

Celkem 16 poskytovatelů nabízí sociální služby pro řešení situace osob se zdravotním postižením. Co se týče počtu poskytovatelů vzhledem k typu sociální služby, nejvíce zastoupená je služba sociální poradenství, kterou pro osoby se ZP a jejich rodiny nabízí na Rokycansku 12 poskytovatelů. Následuje možnost výběru ze 7 poskytovatelů nabízejících služby sociální péče a 6 poskytovatelů nabízí služby spadající do oblasti sociální prevence. Bližší přehled o poskytovatelích a jednotlivých službách přináší následující tabulka 4.

**Tabulka 4: Poskytovatelé sociálních služeb pro zdravotně postižené, poskytované služby**

	Poskytovatelé sociálních služeb pro zdravotně postižené	Typy poskytovaných služeb
1.	Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje - pracoviště Rokycany	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní sociální poradenství</li> <li>- odborné sociální poradenství</li> <li>- osobní asistence</li> <li>- průvodcovské a předčitatelské služby</li> <li>- odlehčovací služby</li> <li>- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením</li> </ul>
2.	Pečovatelská služba města Rokycany	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní sociální poradenství</li> <li>- pečovatelská služba</li> </ul>
3.	DPS Hrádek	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní sociální poradenství</li> </ul>
4.	Ústav sociální péče Mirošov	<ul style="list-style-type: none"> <li>- domov pro osoby se zdravotním postižením</li> <li>- domov pro seniory</li> <li>- domov se zvláštním režimem</li> </ul>
5.	Poradna pro rodinu a mezilidské vztahy - ÚSP Mirošov	<ul style="list-style-type: none"> <li>- základní sociální poradenství</li> <li>- odborné sociální poradenství</li> </ul>
6.	Ústav sociální péče Liblín	<ul style="list-style-type: none"> <li>- domov pro osoby se zdravotním postižením</li> <li>- domov pro seniory</li> <li>- domov se zvláštním režimem</li> </ul>

7.	Město Radnice	- pečovatelská služba
8.	Oblastní charita Rokycany	- základní sociální poradenství - osobní asistence - průvodcovské a předčitatelské služby - sociálně aktivizační služby pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením - podpora samostatného bydlení - odlehčovací služby - sociální rehabilitace - sociálně terapeutické dílny
9.	Sdružení Ledovec	- základní sociální poradenství - odborné poradenství - sociální rehabilitace - podporované zaměstnávání
10.	Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR – ZO Rokycany	- odborné sociální poradenství
11.	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR	- základní sociální poradenství - odborné sociální poradenství - průvodcovské a předčitatelské služby - telefonická krizová pomoc
12.	Svaz diabetiků ČR – územní organizace Rokycany	- odborné poradenství - sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
13.	Klub Korálky, ARPZPD v ČR	- základní sociální poradenství
14.	ÚSP Zvíkovec	- základní sociální poradenství - týdenní stacionář - sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením - sociální rehabilitace
15.	Terapeutická komunita pro mladé lidi s duševním onemocněním v Mýtě	- terapeutická komunita
16.	Poskytování služeb pro rodinu a domácnost – Alena Vostrovská Dis.	- osobní asistence - pečovatelská služba

Zdroj: Centrum pro komunitní plánování (6)

Pro seniory zajišťuje služby v sociální oblasti celkem 8 organizací, z nichž 6 zaměřuje svoji činnost na sociální poradenství. Z dalších důležitých služeb chybí zajištění pečovatelské služby a osobní asistence, domov pro seniory, odlehčovací služby a sociálně aktivizační služby pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k tomu, že v praxi není vždy zcela možné rozlišovat uživatele služeb mezi

seniory a zdravotně postiženými občany, uvádím u této cílové skupiny také služby, které se týkají lidí se zdravotním postižením.

Nejčastěji je poskytováno sociální poradenství, základní či odborné (6). Zastoupena je i pečovatelská služba (3) a osobní asistence (2). Odlehčovací služby poskytují 2 organizace. Sociálně aktivizační služby pro seniory a pro zdravotně postižené poskytují 3 organizace. Domov pro seniory nabízejí v rámci větších zařízení 2 poskytovatelé.

## **4.2. Výsledky výzkumu zmapování sociální hospitalizace**

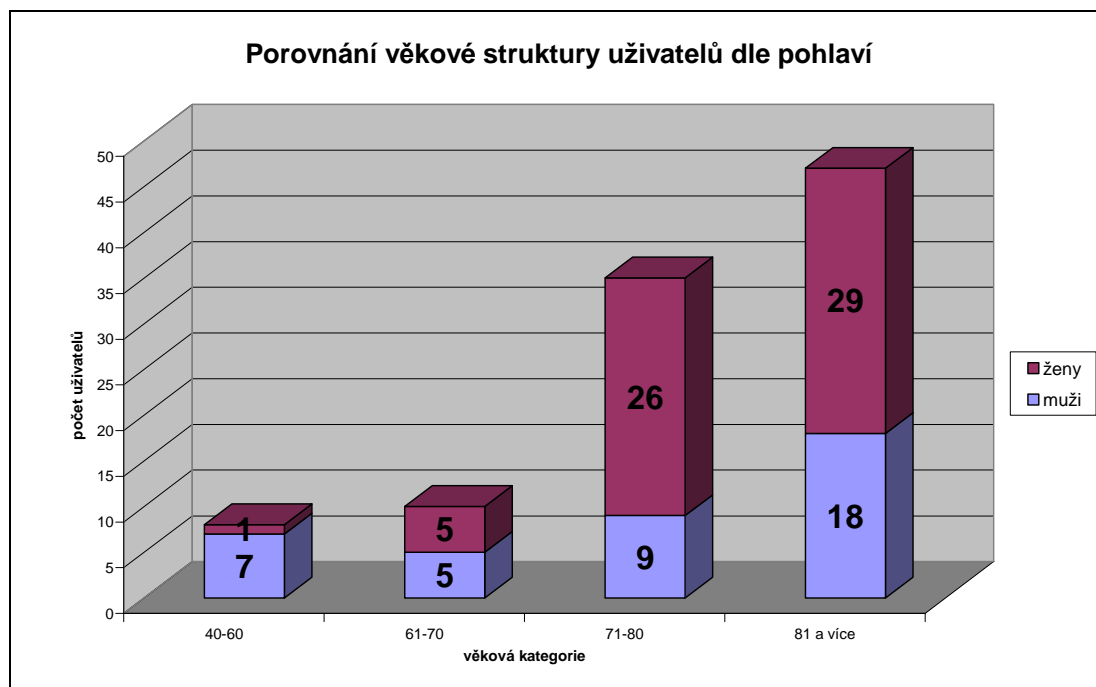
Skupina uživatelů sociální péče v Rokycanské nemocnici, a.s., je velmi heterogenní a není zdaleka diferencovaná jen podle věku a zdravotního postižení. Následující sociální charakteristiky jsou výsledky zpracovaných dotazníků a rozhovorů s uživateli sociální péče v Rokycanské nemocnici, a.s. a s jejich příbuznými.

### **4.2.1. Věk**

Uživatelé sociální péče v Rokycanské nemocnici, a.s. jsou vnitřně velmi heterogenní mimo jiné díky značnému věkovému rozpětí, které období seniority zahrnuje.

Největší procento dosahují uživatelé nad 70 let věku. Jak je patrné z grafu 10, v rozmezí 71– 80 let je 35% uživatelů a v rozmezí 81 let a více najdeme 47% uživatelů.

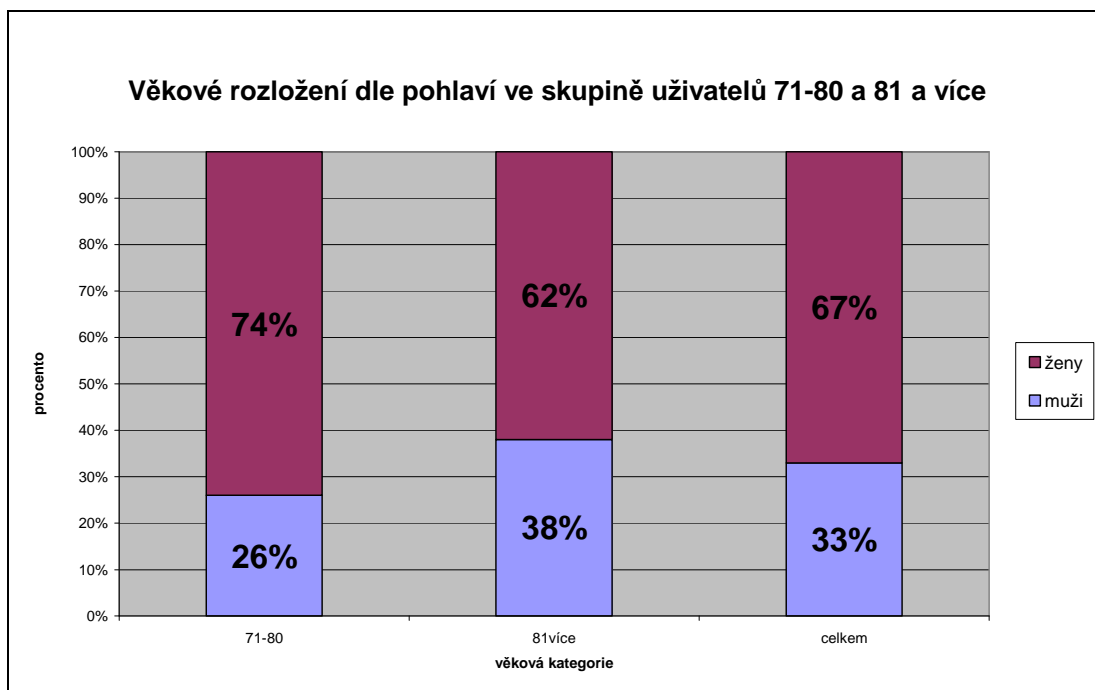
Graf 10: Porovnání věkové struktury uživatelů dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Ve skupině seniorů, uživatelů sociální péče ve věkové kategorii 71- 80, 81 a více, jsou zastoupeny z 67% ženy. Zbývající část 33% tvoří mužská populace. Procentní zastoupení v těchto věkových kategoriích nám znázorňuje graf 11. Silnější zastoupení žen v tomto věkovém období odpovídá statistickým zjištěním ČSÚ. Po překročení věkové hranice 60 let, kdy intenzita úmrtnosti mužů je již relativně vysoká, začíná převaha žen nad muži výrazněji stoupat a narůstajícím věkem se rychle stupňuje.

Graf 11: Věkové rozložení dle pohlaví ve skupině uživatelů 71 - 80, 81 a více



Zdroj: vlastní výzkum

Přesto, že se délka života prodlužuje, převážně zdravotní stav způsobuje dlouhodobý pobyt na lůžku a potřebu ošetrovatelské péče. U uživatelů sociální péče v Rokycanské nemocnici, a.s. byly výrazné individuální (ne tedy v závislosti na datu narození) rozdíly ve stárnutí. Ve vnímání daného uživatele jako starého, byl v první řadě rozhodující fyzický zdravotní stav, za ním následoval věk, ztráta duševní svěžesti a ztráta autonomie.

#### 4.2.2. Rodinný stav

Rodinný stav je značně variabilní v závislosti na věku a pohlaví. Výrazně se zde projevilo vyšší zastoupení žen mezi seniory. Podíl žen, uživatelů činil 61 %, zbývajících 39 % tvořili muži. Procentní zastoupení uživatelů v závislosti na pohlaví nám ukazuje graf 12.

Graf 12: Uživatelé sociální služby dle pohlaví

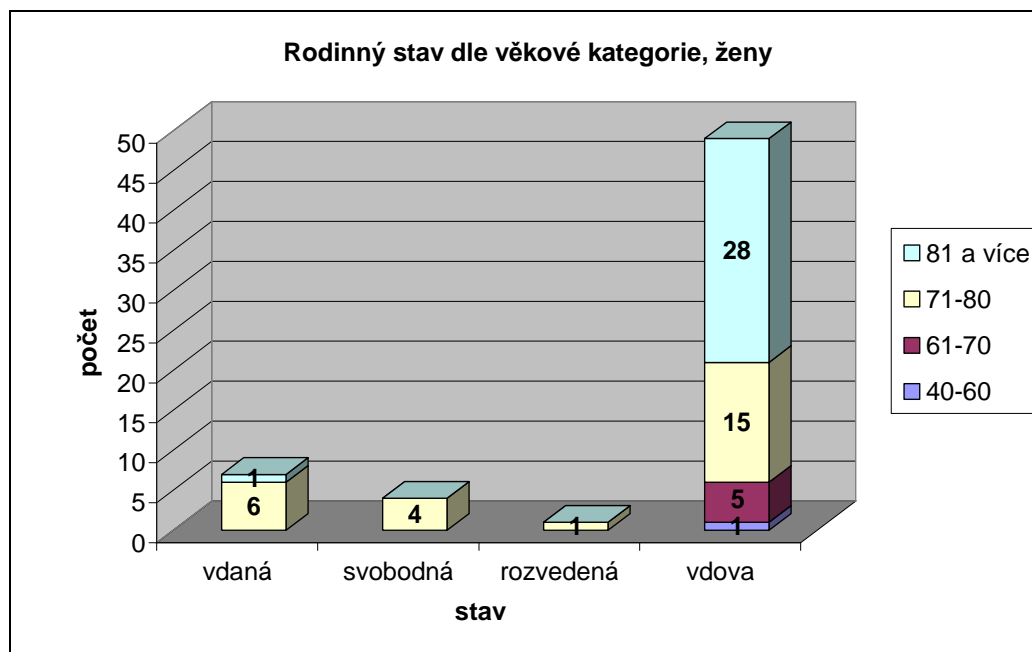


Zdroj: vlastní výzkum

Rozdíly v rodinném stavu podle pohlaví jsou značné a s vyšším věkem se prohlubují. Převažující procento žen koresponduje i s procentem ovdovělých, 49%. Podíl ovdovělých žen s věkem stoupá již od věkové hranice 71 až 80 let. Převážná část žen žila v důsledku ovdovění od raných fází důchodového věku sama v jednočlenné

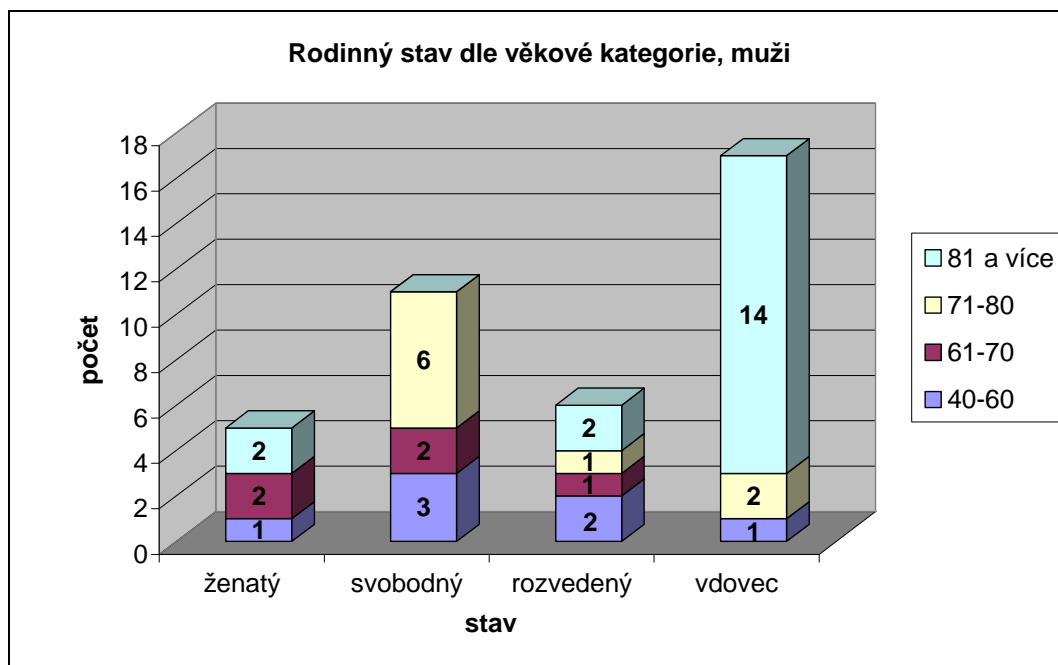
domácnosti. Největší zastoupení ve skupině vdov, tvořila skupina uživatelů ve věkové kategorii 81 a více. To nám dokládá graf 13.

Graf 13: Rodinný stav dle věkové kategorie, ženy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14: Rodinný stav dle věkové kategorie, muži



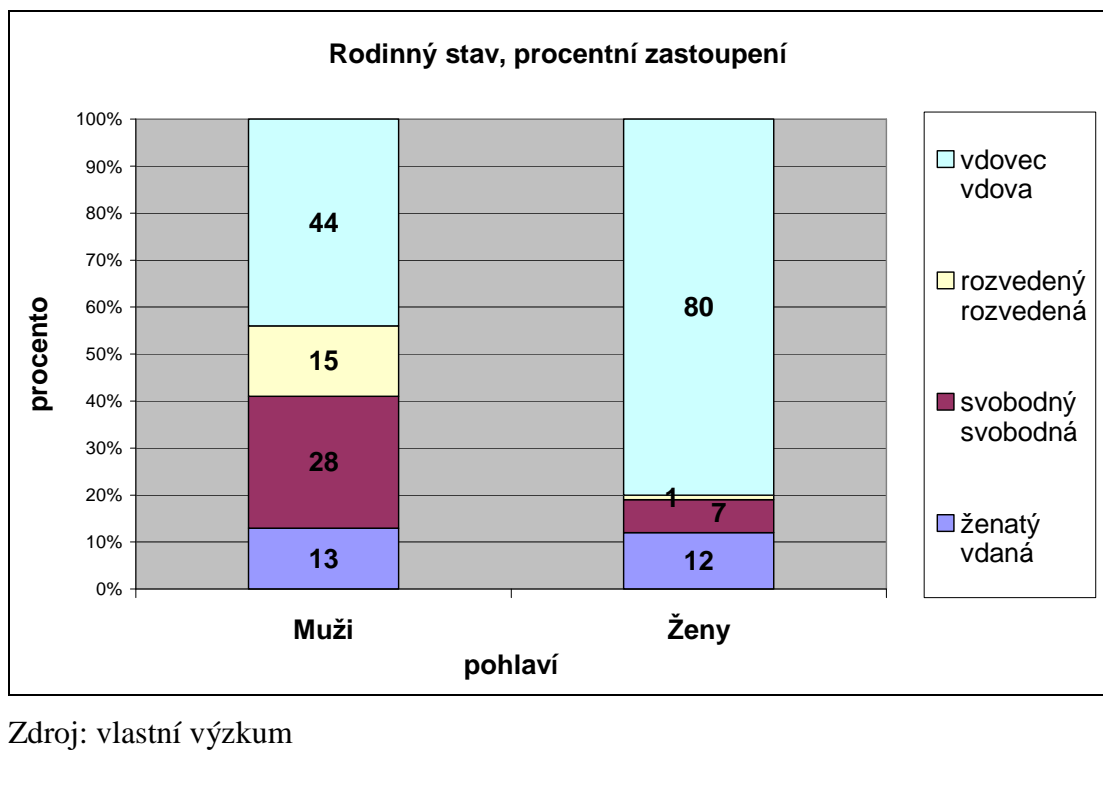
Zdroj: vlastní výzkum

U mužů teprve ve věkové skupině 81 a více začínají převažovat vdovci nad ženatými. Ženatí muži, uživatelé sociální péče v Rokycanské nemocnici, a.s., tvoří dle grafu 14 nejmenší skupinu v této kategorii. Naproti tomu zde mají velké zastoupení svobodní muži, kteří činí 11% z celkového počtu uživatelů.

Graf 15 popisuje a porovnává rodinný stav mužů a žen z pohledu procentního zastoupení těchto dvou kategorií. Podíly svobodných uživatelů sociální péče u obou pohlaví jsou rozdílné. Svobodných žen, uživatelů je v poměru k celkovému počtu žen relativně malý počet 7%. Rozdílná situace je však u mužské populace, kde jejich část tvoří 28% z celkového počtu mužů, uživatelů sociální péče. Obdobnou situaci najdeme i u rozvedených. Rozvedené ženy zaujímají zhruba 1% oproti mužské populaci, kde podíl rozvedených mužů je 15% z celkového počtu mužů.



Graf 15: Rodinný stav, procentní zastoupení



#### 4.2.3. Bydlení a rodinné soužití

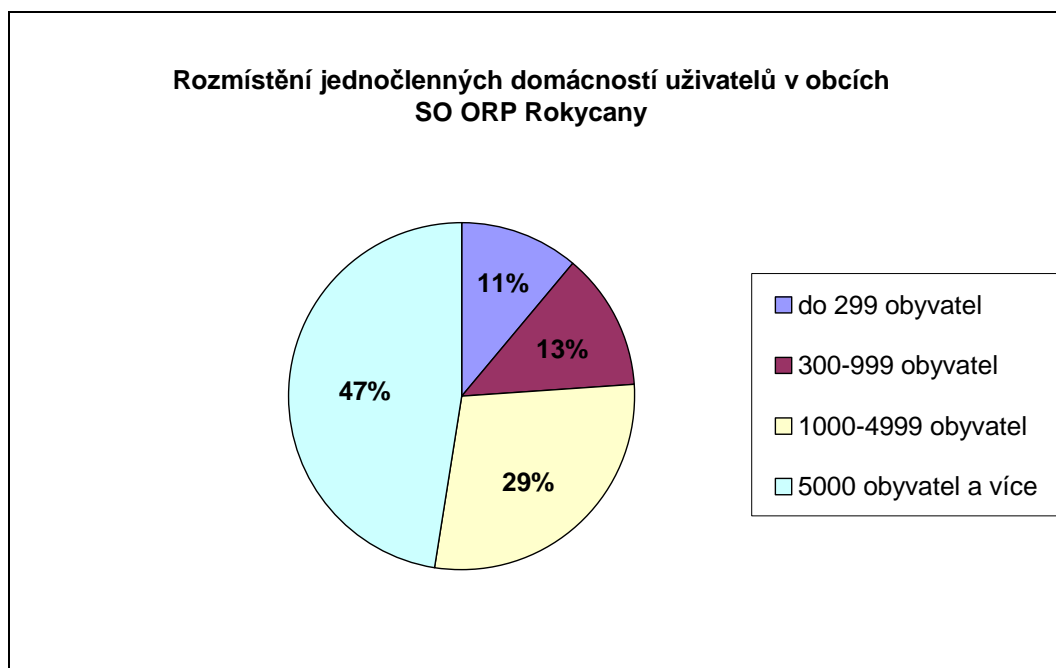
Míra soběstačnosti starých lidí přímo souvisí s kvalitou bytu a vybavením jejich domácností. Zabezpečení kvalitního bydlení pro seniory tak mimo jiné eliminuje nákladnou ústavní péče tam, kde prozatím není třeba. Ve větších městech uživatelé uváděli problém se špatnou přístupností bydlení - chybějícími výtahy. Na vesnicích bylo nejčastějším problémem vytápění, velké vzdálenosti a nedostatek dosažitelných obchodů a služeb. Problémy s topením se týkaly osob, kteří pro svůj zdravotní stav a soběstačnost nezvládli sami uskladnit uhlí. Nezvladatelná se stala pro ně i samotná obsluha a údržba kotle.

Sami klienti výrazně preferují oddělené bydlení 78%, které jim umožňuje uchovat si vlastní soukromí a určitou míru nezávislosti (chtějí se vyhnout citelné závislosti na pomoci svých dětí), zároveň však upřednostňují takové bydlení, které bude

umožňovat udržování úzkých kontaktů mezi generacemi, tedy vzájemné návštěvy a případně poskytování občasné pomoci prostřednictvím docházení jejich dětí. 63% zkoumaných osob žilo v jednočlenné domácnosti, to znamená, že v daleko větší míře vyžadují poskytování péče v ústavních zařízeních, ať už zdravotních nebo sociálních, popřípadě poskytování pečovatelské či ošetrovatelské služby.

Velká část takto samostatně žijících osob žila v domácnosti, která vzhledem k jejich stavu se stala nevyhovující. Nejčastějším důvodem byl jejich zdravotní stav, nemožnost dovolání pomoci. Rozmístění jednočlenných domácností uživatelů podle velikosti obce, nám ukazuje graf 16. 53% jednočlenných domácností je v obcích do 4 999 obyvatel. Z tohoto počtu se vyskytuje 24% jednočlenných domácností v obcích do 999 obyvatel. Zbývající část 47% jsou jednočlenné domácnosti v jediné obci s 5 000 a více obyvateli, v městě Rokycany.

Graf 16: **Rozmístění jednočlenných domácností v obcích SO ORP Rokycany**

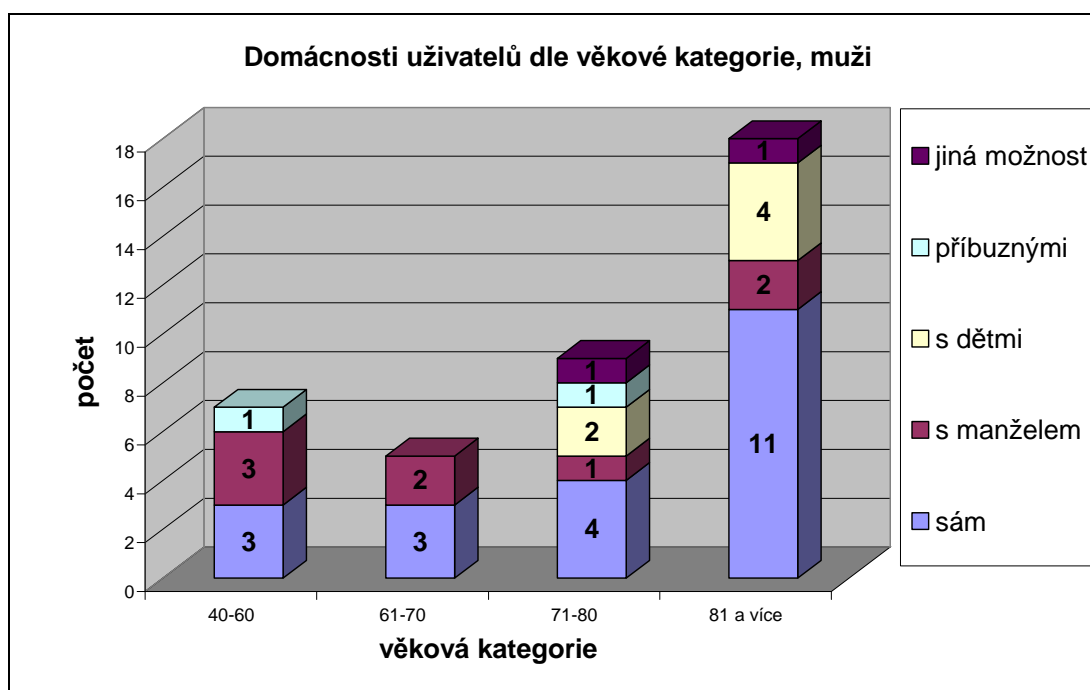


Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 21 mužů žilo v jednočlenných domácností. Polovina těchto jednočlenných domácností, jak je patrné z grafu 17, tvořila skupina uživatelů, mužů ve věkové kategorii 81 a více. S manželkou žilo 8 uživatelů a ve společné domácnosti s dětmi byli 4 muži.

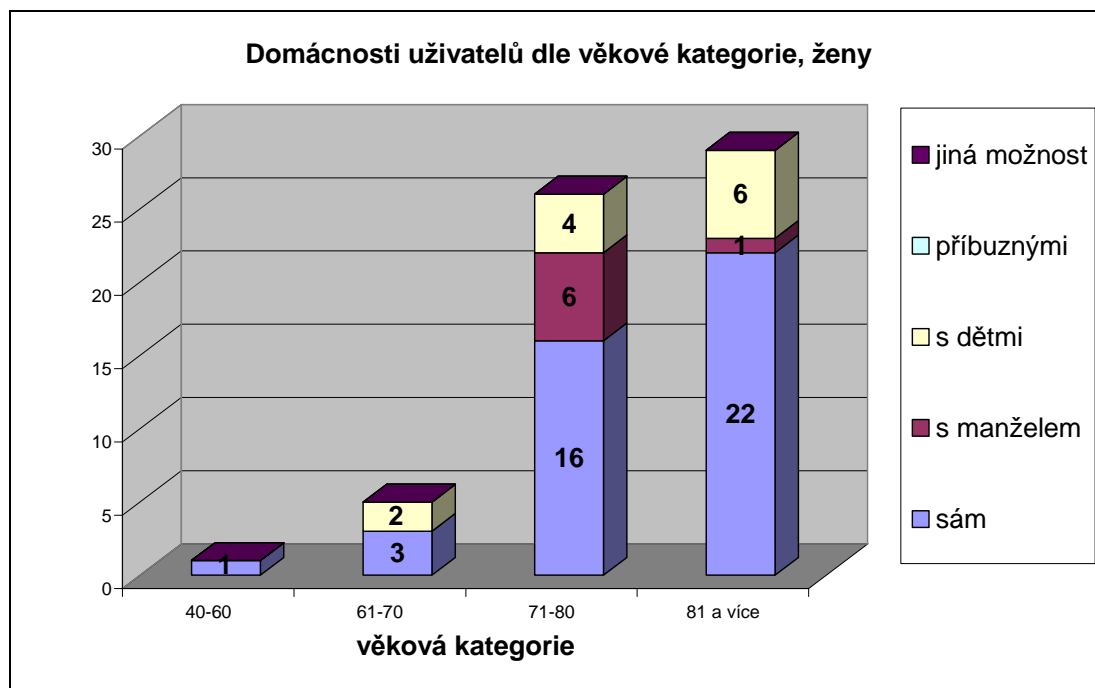
Jednočlenné domácnosti žen tvořily nejpočetnější skupinu. Na grafu 18 vidíme, že ze 42 jednočlenných domácností žen je 22 ve věkové kategorii 81 a více a 16 žen ve věkové kategorii 71 až 80. Ve společné domácnosti s manželem pobývalo 7 žen, 12 žen žilo společně s dětmi.

Graf 17: Domácnosti uživatelů dle věkové kategorie, muži



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18: Domácnosti uživatelů dle věkové kategorie, ženy



Zdroj: vlastní výzkum

Senioři, převážně ženy se v rámci šetření jen z 10 % aktivně podíleli při péči a výchově vnoučat a vypomáhali v domácnosti svých dětí. Stejně procento uživatelů jako jediné ohodnotilo svůj pocit užitečnosti kladně.

Frekvence interakcí seniorů a jejich nejbližších příbuzných, tedy dětí a vnoučat je samozřejmě dána především individuálními rodinnými vztahy. Navíc zde intervenují i některé vnější faktory jako místo a vzdálenost bydliště či povaha a náročnost zaměstnání dospělých dětí. Při uvádění důvodu „časové a pracovní vytížení rodiny“ bylo poměrně vysoké procento v nezájmu rodiny. V těchto případech se jednalo o absenci vztahu rodič– dítě, nevypořádané majetkové poměry, nebo nesouhlas jednoho z partnerů dětí. V některých případech senioři vztah s dětmi nadměrně idealizovali v rámci zachování dobrého obrazu o rodině.

#### **4.2.4. Zdravotní stav**

Se zvyšujícím věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob a vzrůstá také morbidita. Pro kvalitu každodenního života starého člověka však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemocnosti ve vyšším věku je snížená soběstačnost, která může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. To vše pak snižuje kvalitu života starého člověka.

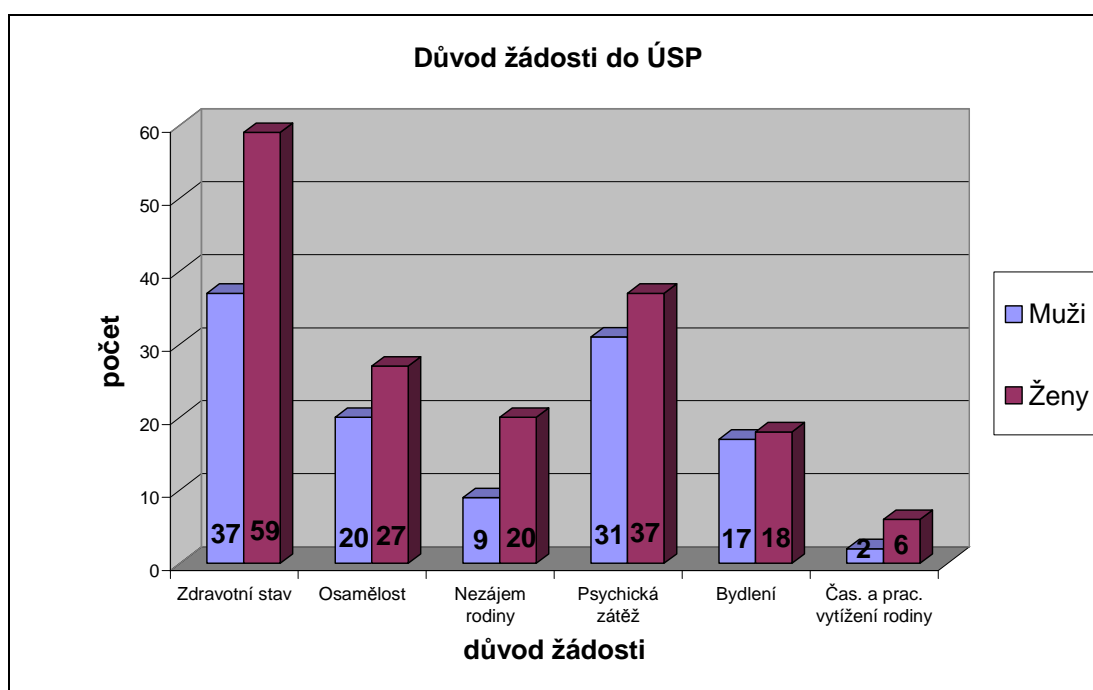
Výsledky šetření zdravotního stavu potvrzují obecně známý fakt, že zdravotní stav se s věkem postupně nevyhnutelně zhoršuje. Objektivní charakteristiky zdravotního stavu více či méně ovlivňují subjektivní pocity každého člověka. Mezi nejčastější subjektivní stesky patřila nespavost, celková slabost, bolest. Viditelná byla jejich emoční nepohoda. 75% uživatelů si nechtělo připustit svůj skutečný zdravotní stav. Bránili se následného pobytu v zařízení sociální péče. Tyto osoby hodnotili svůj zdravotní stav jako uspokojivý. Toto hodnocení však zdaleka neodpovídalo skutečnému zdravotnímu stavu těchto osob, zejména neobjektivní bylo hodnocení schopnosti sám se o sebe postarat. Osoby trvale upoutané na lůžko se domnívaly, že v domácím prostředí by zvládli všechny úkony osobní hygieny, včetně použití toalety, ačkoliv byly inkontinentní. Při rozhovoru jsem zjistila, že za bagatelizací jejich skutečného zdravotního stavu, je obava o jejich opuštěné domácnosti a ve většině případů touha vrátit se do svých domácností. Je zde psychologická vazba na konkrétní byt jako domov, na okolí, na sousedství, kdy domov je stále silněji vnímán jako životní centrum a stěhování pak jako vytržení z životního stylu.

Zdravotní stav, kromě ostatních důvodů, byl z 96% příčinou jejich pobytu v Rokycanské nemocnici, a.s.. Z tohoto pohledu není zanedbatelné procento osob ve věku 40 - 60 roků, kdy se jedná o aktivní generační skupinu, která ještě nezískala nárok na starobní důchod. Jde převážně o invalidní osoby, kdy invalidita vznikla v důsledku dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. Z dotazníků, řízeného rozhovoru a z dokumentace jsem zjistila, že se jedná převážně o nemoci centrálního nervového

systemu a onemocnění srdce a cév. U osob ve věkovém rozpětí 40-60 let bylo v 6% zjištěno nádorové onemocnění.

Uváděné důvody žádostí do domova důchodců nám znázorňuje graf 19. Psychická zátěž byla uváděna v 68 případech, osamělost udávalo 47 uchazečů. Nevyhovující bydlení označilo 35 uživatelů a nezáměr rodiny uvádělo 29 uživatelů sociální péče.

**Graf 19: Důvod žádosti do ústavu sociálních služeb**

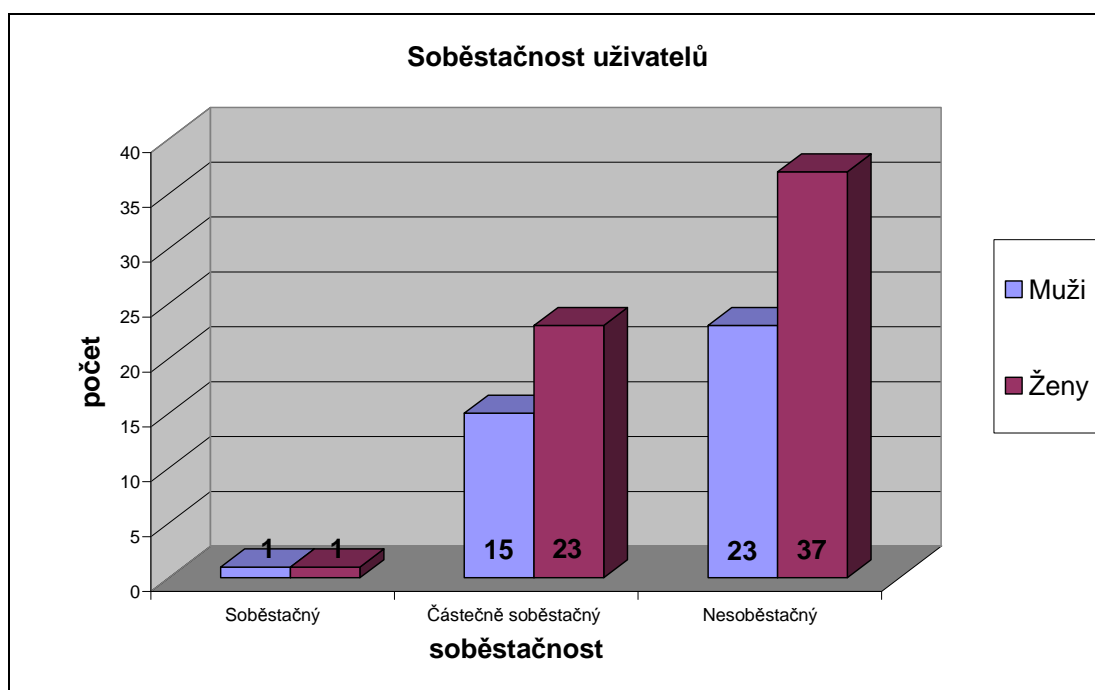


Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.2.5. Soběstačnost

Ukazatel nesoběstačnosti a zdravotního stavu je v důvodech žádosti o umístění do ústavu sociálních služeb nezpochybnitelný a úzce spolu souvisí. Pro svou práci jsem soubor zkoumaných osob rozdělila do třech kategorií. Soběstačný, částečně soběstačný a nesoběstačný. Pouze ve dvou případech byli osoby soběstačné. Nesoběstačnost tvořila největší podíl v obou kategoriích, jak nám ukazuje graf 20. Nesoběstačných žen bylo 37, což bylo 61% z celkového počtu žen. Obdobná situace nastala i v kategorii mužů, kde počet nesoběstačných mužů činil 23. Tuto skupinu tvořilo 59% z celkového počtu mužů.

Graf 20: Soběstačnost

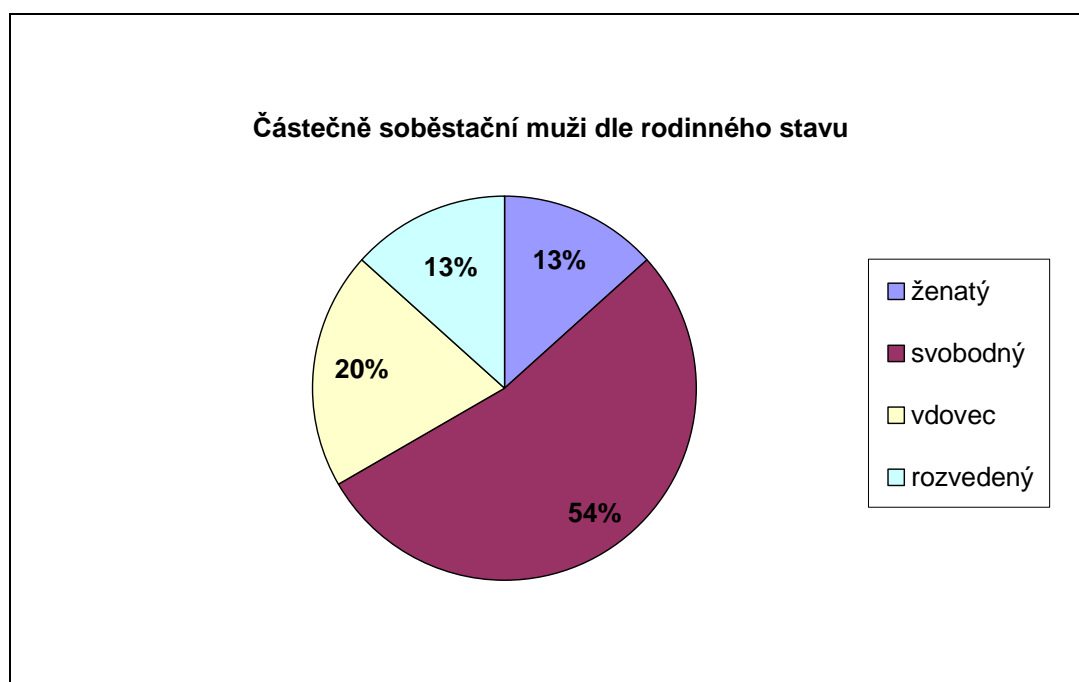


Zdroj: vlastní výzkum

V částečné soběstačnosti se jeví možná alternativa pro eliminaci ústavní péče. Ve svém šetření jsem se detailněji zabývala touto kategorií. Podíly v zastoupení obou pohlaví jsou shodné. Mužů s částečnou soběstačností bylo 15, což bylo 39% z celkového počtu mužské populace uživatelů, žen náleželo do této kategorie 23, tj. 38% z celkového počtu ženské populace. Důležitou roli u mužské i ženské populace v důvodu žádosti do ústavní péče sehrál zdravotní stav těchto osob.

Nejmarkantnější rozdíly při porovnání obou pohlaví v grafu 21 a grafu 22 byly v rodinném stavu. 8 částečně soběstačných mužů bylo svobodných, což činilo 54% ze všech částečně soběstačných mužů. Shodný počet 2 mužů byl v kategorii rozvedený a v kategorii ženatý, v grafu 21 tvoří z celku částečně soběstačných mužů tyto kategorie 13%. Zbývajících 20% náleží skupině vdovců, mezi částečně soběstačnými byli 3 vdovci.

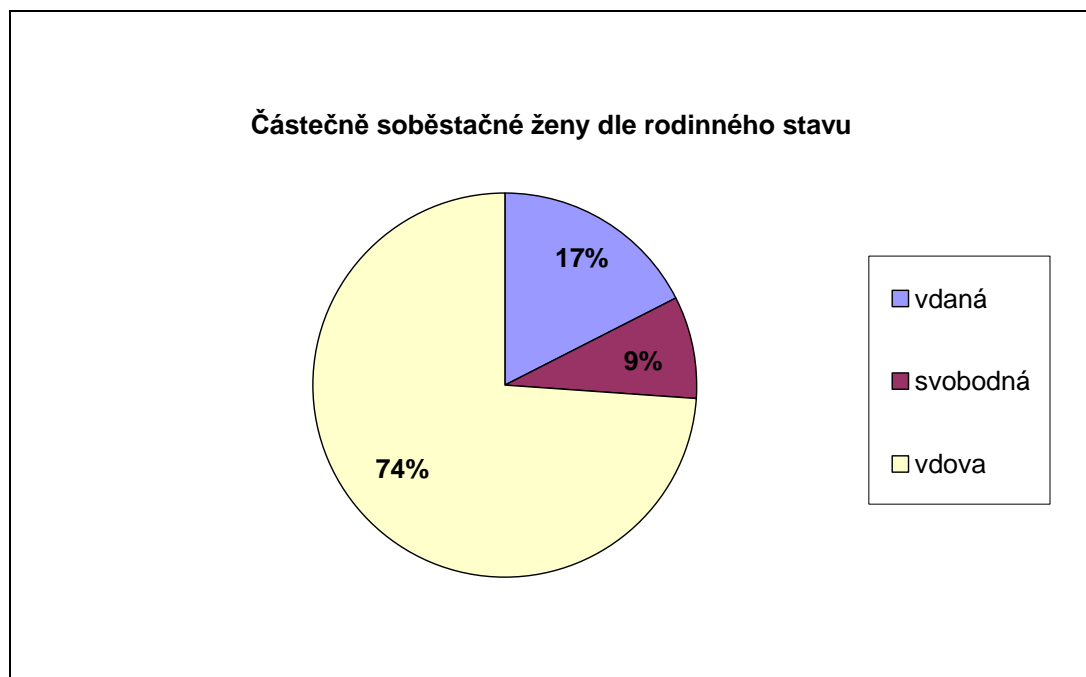
Graf 21: Částečně soběstační muži dle rodinného stavu



Zdroj: vlastní výzkum



Graf 22: Částečně soběstačné ženy dle rodinného stavu

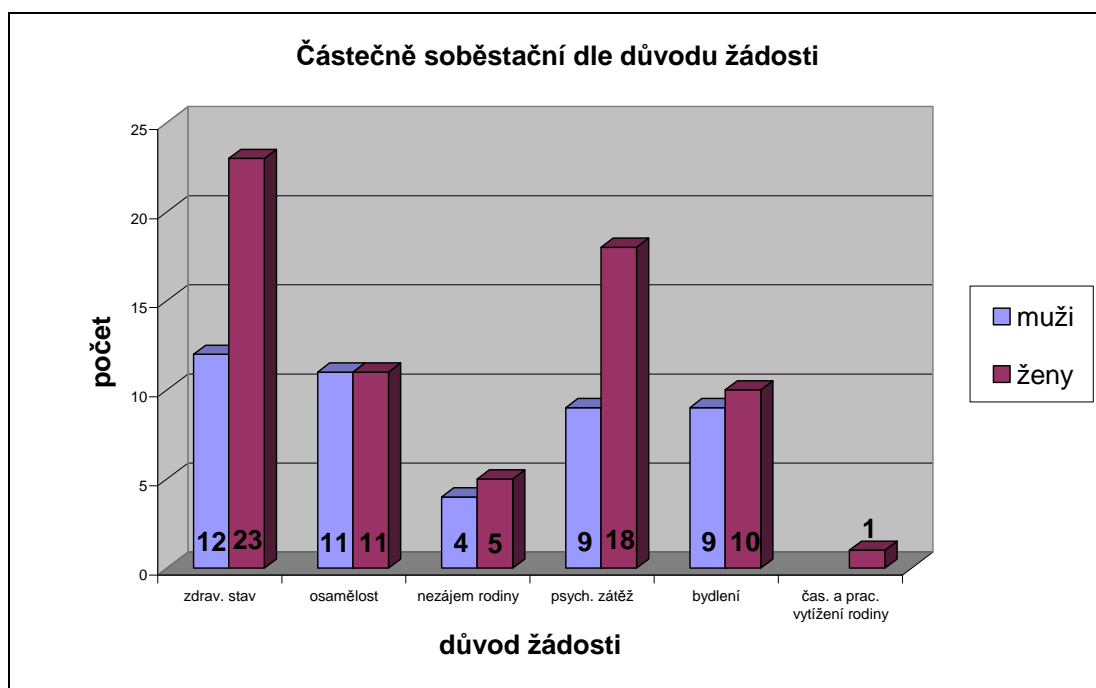


Zdroj: vlastní výzkum

U žen i zde převládaly vdovy. Celkem 17 vdov tvořilo v grafu 22 74% z celkového počtu částečně soběstačných žen. Vdané 4 ženy činily 17% a 2 svobodné ženy 9% z tohoto popisovaného celku.

Následující graf 23 nám porovnává kategorii částečně soběstačných mužů a kategorii částečně soběstačných žen v uváděných důvodech žádosti do ústavu sociální péče. Nejzásadnějším důvodem byl zdravotní stav, kdy z celkem 15 částečně soběstačných mužů byl tento důvod uveden ve 12 případech. Ženy o celkovém počtu 23 částečně soběstačných žen tento důvod uvedlo ve všech případech. Osamělost zaznamenaly obě kategorie mužů a žen shodně počtem 11 . 9 mužů uvedlo v důvodu žádosti nevyhovující bydlení, ženy v 10 případech. U shodného počtu mužů, tj. 9 –ti byla uvedena psychická zátěž. Psychickou zátěž značilo v důvodu žádosti 18 žen. U 4 mužů byl zaznamenán nezájem rodiny, u žen byl nezájem rodiny popisován v 5 případech.

Graf 23: Částečně soběstační dle důvodu žádosti



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.2.6. Psychické zatížení

Zde velkou roli sehrála skutečnost, jak se se zdravotním stavem vyrovnali samotní uživatelé, a jak jejich příbuzní, jejich rodinné vztahy. Velký vliv na emoční stránku uživatelů mělo vyrovnání se s faktem, že jejich návrat do jejich domácností není možný. Zvládnutí základních životních úkonů, schopnost obstarání domácnosti a s ní souvisejících potřeb jsou pro ně bez pomoci druhých nemožné.

Uživatelé rovněž uváděli důvody nezatěžovat rodinu, zejména děti. Většina blízkých příbuzných uživatelů patřila do aktivní generační skupiny. V péči o své blízké spatřovali riziko ztráty jejich zaměstnání. Z rozhovorů s příbuznými zejména dětmi vyplynula neochota a neschopnost se o svého rodiče postarat, a to i v případech, kdy žili s postiženým ve společné domácnosti. Jako hlavní důvod uváděli kromě ztráty

zaměstnání náročnost péče a existující vlastní rodinu. Poměrně častý byl i nesouhlas partnera s převzetím péče otce nebo matky.

### **4.3. Výsledky sledování sociální hospitalizace**

Přestože na okrese Rokycany jsou zřízeny 2 ústavy sociální péče o celkové kapacitě více než 500 míst, čekací lhůta na umístění je neúměrně dlouhá a řada žadatelů se nedožije umístění do těchto zařízení.

V průběhu mého sledování jsem zjistila, že pobyt na ošetrovatelských lůžkách je podmíněn podepsáním žádosti do ústavu sociální péče. Žadatelé po celou čekací dobu setrvávají na ošetrovatelském lůžku interního oddělení, aniž by jakkoliv přispívali na provozní náklady nemocnice, stravu či ubytování.

Při výzkumu provedeném v závěru roku 2006 jsem sledovala 100 klientů Rokycanské nemocnice, a.s.. Tyto osoby byly umístěny na ošetrovatelská lůžka interního oddělení. Z tohoto sledovaného souboru byli pouze 3 klienti vedeni jako sociální hospitalizace. U ostatních klientů tohoto souboru byla sociální hospitalizace MÚ odmítnuta, z důvodu nedostatku finančních prostředků. Další zjištěná skutečnost potvrzovala nedostačující kapacitu ÚSP. Klient vedený na ošetrovatelských lůžkách požádal o umístění do ÚSP Mirošov dne 15.8.2005 a do konce roku 2006 nebyl umístěn. Další osoba měla podanou žádost 10 měsíců a následně zemřela.

Ze sledovaného souboru bylo 8 osob posláno do domácího ošetrování. V 5 případech se po krátkém pobytu doma vrátili na ošetrovatelské lůžko interního oddělení s tím, že rodina péči nezvládá.

S ohledem na skutečný stav obloženosti vyčleněných ošetrovatelských lůžek a s přihlédnutím k délce pobytu, byla od 1. ledna 2007 vyčleněna lůžka pro poskytování pobytové sociální služby ve smyslu ustanovení § 52 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Jistá výhoda je v tom, že zřízení těchto lůžek nemusí projít celým registračním procesem, jako když vzniká nové zařízení sociálních služeb, ale podle § 84 odst. 5 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách se registrace nevyžaduje u poskytování sociálních služeb ústavní péče podle § 52 citovaného zákona.

Při poskytování sociálních služeb je však nemocnice povinna dodržovat povinnosti stanovené poskytovatelům sociální péče.

Současně se zřízením pobytových sociálních lůžek podala nemocnice žádost o zápis do registru poskytovatelů sociálních služeb Krajskému úřadu Plzeňského kraje. Tím, že zdravotnické zařízení ústavní péče bude zapsáno do registru poskytovatelů sociálních služeb, může uzavírat s uživatelem, kterému bude poskytovat sociální službu, Smlouvu o poskytnutí sociální služby a bude mít nárok na dotaci.

Pro tyto účely bylo zřízeno v Rokycanské nemocnici, a.s. 8 lůžek. Tato lůžka jsou určena pro osoby, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale nemohou být propuštěny do domácího ošetřování. Všichni tito žadatelé o službu mají podanou žádost do ústavu v rámci okresu Rokycany. Jiná služba např. pečovatelská, osobní asistence a podobně nepřichází s ohledem na stupeň závislosti a zdravotní stav v úvahu. Byla kontaktována obec III. stupně s žádostí, aby pomohla zprostředkovat odpovídající služby.

#### 4.3.1. Ekonomický rozbor

V roce 2006 bylo hrazeno ošetrovatelské lůžko pojišťovnou částkou cca 600,-- Kč na den, v průběhu roku 2006 byla tato částka snížena na 400,-- Kč denně. Podle rozboru hospodaření Rokycanské nemocnice, a.s. však průměrné měsíční náklady na lůžko a den představují částku Kč 950,--. Porovnání denních nákladů a úhrady na lůžko nám ukazuje tabulka 5 a 6.

**Tabulka 5: Denní náklady na lůžko v Rokycanské nemocnici, a.s. v roce 2007**

Typ lůžka	Kč/den
Standardní lůžko	1100
Ošetrovatelské lůžko	950
Sociální lůžko	950

Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka 6: Denní průměrné úhrady na lůžko v Rokycanské nemocnici, a.s. v roce 2007**

Typ lůžka	Kč/den
Standardní lůžko	1000
Ošetrovatelské lůžko	400
Sociální lůžko	800

Zdroj: vlastní výzkum

Pro zřizovatele z uvedených tabulek vyplývá nedostačující úhrada zejména ošetrovatelských lůžek. Klienti na ošetrovatelských lůžkách jsou z ekonomického pohledu pro zřizovatele dosti ztrátovou záležitostí. Navíc tito klienti pobírají příspěvek na péči, ale neuplatňují ho vůči zřizovateli ošetrovatelských lůžek. Tento příspěvek jim zůstává.

Při prováděném druhém šetření jsem se zaměřila na ekonomickou stránku. V průběhu sledování v prvních měsících uvedení nového zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, byla kapacita 8 lůžek určených k sociální hospitalizaci zcela zaplněna. V tomto šetření bylo sledováno celkem 20 osob. Osoby, které nebyly vedeny na sociálních lůžkách, byly hospitalizovány na interním oddělení v rámci ošetrovatelských lůžek.

Náklady, které vznikají další hospitalizací pojištěnce, který nemůže být propuštěn, vzhledem k nezajištěné péči, nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Při tvorbě zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách byla provedena kalkulace předpokládaných příjmů pro zařízení poskytující sociální služby v souladu s § 52 citovaného zákona na jeden den dle následující tabulky 7.

Úhrada uživatelů sociálních služeb za ubytování	max. 160,-- Kč
Úhrada uživatelů sociálních služeb za stravu	max. 140,-- Kč
Očekávaná průměrná výše příspěvku	125-- Kč
Očekávaná průměrná úhrada	150,-- Kč
Účelová dotace MPSV průměrně	375-- Kč
<b>Průměrná celková úhrada na lůžko a den</b>	<b>950,-- Kč</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Tato částka je nepochybně vyšší oproti úhradě za sociální hospitalizaci, která činila na lůžko a den 300,-- Kč, při čemž občan hradil částku Kč 55,-- denně a pověřený obecní úřad s rozšířenou působností částku 245,-- denně.

Přesto stanovená kalkulace úhrad ve většině případech nebude odpovídat skutečným úhradám, protože uživatelé sociální služby musí podle § 73 odst. 3 zákona 108/2006 Sb. po úhradě za ubytování a stravu zůstat alespoň 15% jeho příjmu. Ze stávajících 8 uživatelů při stanovení maximálních částek za ubytování a stravu s přihlédnutím k výši příjmu, které tvoří ve všech případech pouze důchod, nesplňuje ani jeden případ možnost úhrady v plné výši. Spoluúčast na úhradě nákladů s manželem či manželkou nebo dětmi osoby, které je sociální služba poskytována by znamenala měsíční částku v průměru 1.500- až 2.000,-- Kč. Tato částka se jeví jako poměrně vysoká, uvážíme-li, že i druhému z partnerů nebo dětem vznikají náklady na bydlení a

provoz domácnosti, kterou současný uživatel sociální služby ve zdravotnickém zařízení dosud užíval. U uživatelů, které nemají děti, pobírají pouze vdovský důchod, jsou zařazení v I. nebo II. stupni závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, bude částka hrazená uživatelem nepostačující na krytí nákladů.

Toto tvrzení dokládám následujícími konkrétními příklady. V prvním případě se jedná se o 91 letou vdovu, bezdětnou, žijící osaměle v rodinném domku na okraji města. Příbuzní žijí mimo republiku. Pečovatelská služba zajišťovala pouze donášku obědů pouze v pracovní dny, eventuálně úklid. Byla nalezena známými doma, ležící na zemi, pomočená, pokálená, dehydratovaná. Je inkontinentní, imobilní. Žádost od ÚSP má podanou 1 rok a 8 měsíců, v pořadníku čekatelů je na 22 místě. Následující tabulka nám ukazuje jaká je možnost úhrady za sociální lůžko.

Tabulka 8: **Příjem a úhrada, žena**

vdovský důchod	6 979,- Kč
15% zůstatek klienta	1 047,- Kč
příspěvek na péči III. st.	4 000,- Kč
úhrada od klienta	5 932,- Kč
úhrada zdravotní pojišťovny	150,- Kč
<b>celkem úhrada</b>	<b>10 082,- Kč</b>
<b>denní úhrada</b>	<b>336,- Kč</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Dalším příkladem je 86 letý vdovec. 1 dcera žije v Praze, otec nezná její adresu ani telefonní číslo. Po celou dobu hospitalizace nedošlo ani k jedinému kontaktu s dcerou. On sám žije v rodinném domě u vzdálených příbuzných v jedné podkrovní místnosti, bez výtahu a ústředního vytápění. Příbuzní odmítají nadále o něho pečovat. Je částečně soběstačný, avšak nemůže se vrátit do svého domova. Byl odhlášen z trvalého



pobytu u příbuzných a je nadále přihlášen na adrese obecního úřadu. Úhradu za sociální lůžko nám popisuje tabulka.

**Tabulka 9: Příjem a úhrada, muž**

starobní důchod	10 935,- Kč
15% zůstatek klienta	1 640,- Kč
příspěvek na péči II. st.	2 000,- Kč
úhrada od klienta	9 295,- Kč
úhrada zdravotní pojišťovny	150,- Kč
<b>celkem úhrada</b>	<b>11 445,- Kč</b>
<b>denní úhrada</b>	<b>381,- Kč</b>

Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.4. Celkové výsledky

Podle získaných informací chybí pro seniory především terénní pečovatelská služba, která by fungovala i v rámci malých obcí a umožnila by tak zůstat uživatelům v jejich prostředí. Pečovatelská služba není zajišťována ve večerních hodinách, ani o sobotách a nedělích. Služby by měly být flexibilnější a více uzpůsobeny požadavkům jednotlivých lidí. Malá je také kapacita stávajících domů s pečovatelskou službou. Čekací doba na umístění je přibližně jeden rok. Dále v regionu chybí denní stacionář pro staré a zdravotně postižené občany. Rokycansko je nedostatečně pokryto sociálními službami, zejména neziskovými nestátními organizacemi. Najdeme zde absolutní absenci sociálních služeb na vesnicích.

V 10 případech byli osloveni starostové obcí, kde do doby hospitalizace klienti žili. Z deseti oslovených starostů pouze v jednom případě byla ochota podílet se na zajištění péče a to formou pečovatelské služby.

Při jednání s rodinnými příslušníky byla patrná neochota dětí se o své rodiče starat. Důvodem byla psychická zátěž, zaměstnání, bydlení.

Pro zdravotnická zařízení nepřinesl zákon pozitivní ekonomické výsledky. Nezvýší-li se významně počet poskytovatelů sociálních služeb na území našeho okresu, budou nadále osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby zůstat na ošetrovatelských lůžkách, nebo v domácím prostředí bez zajištění odpovídající ošetrovatelské péče.

## 5. DISKUZE

### 5.1. Diskuze k sociálně demografické analýze na Rokycansku

Správní obvod obce s rozšířenou působností Rokycany je regionem s velkou hustotou obyvatel. Zároveň v tomto regionu je nejvyšší průměrný věk z celého Plzeňského kraje, který činí 40,7. Index stárí 112,0 v roce 2005 napovídá o věkové skladbě regionu SO ORP Rokycany. Vzhledem k sídelní struktuře na Rokycansku, kde 70% obyvatel SO ORP Rokycany žije v obcích do 4 999 obyvatel, je zřejmé, že nemalou roli zde musí sehrát kraj. Nedosažitelnost sociálních služeb v malých obcích a okrajových částech Rokycanského regionu ohrožuje občany z těchto lokalit sociálním vyloučením. Jak uvádí Průša ve své studii (25), přešly k 1. 1. 2003 zřizovatelské kompetence k domovům důchodců, ústavům sociální péče a k dalším sociálním zařízením v naprosté většině případů na příslušné krajské úřady, a tím tedy nebyl naplněn jak základní princip reformy sociálních služeb, tak ani základní princip reformy veřejné správy - tj. přiblížení služeb občanovi. Pozitivním jevem na této skutečnosti zůstal fakt, že tyto zřizovatelské kompetence přešly krajům do jejich samosprávné působnosti. Vzhledem k tomu, že kraje nejsou nadřízeným orgánem obcí, ale jejich partnery, vytváří tato skutečnost určité motivační prostředí k tomu, aby v dalších letech byly postupně zřizovatelské kompetence převáděny blíž k občanům, do sídel jednotlivých obcí.

Současná nízká vybavenost Rokycanského regionu sociálními a zdravotními službami nemotivuje obec k tomu, aby se podílela na financování jednotlivých zařízení, přestože se nachází na jejich území a poskytuje služby jejím občanům. Je zřejmé, že řada obcí neplní v tomto smyslu dostatečně všechny úkoly, které jsou jim předpisy v sociální oblasti uloženy, a že spoléhají na to, že tuto jejich roli bude suplovat kraj, popř. jiný orgán (zejména nestátní neziskové organizace, které na svoji činnost dostanou finanční prostředky ve formě dotace ze státního rozpočtu). Sociální politika není pro naprostou většinu obcí prioritou, v jejich rozpočtu se stále jedná o reziduální kategorii (25).

Klientelu sociální péče Rokycanské nemocnice, a.s. v období mého výzkumu tvořili občané, kteří v 53% pocházeli z jednočlenných domácností umístěných v obcích do 4 999 obyvatel. Tito občané jsou ve větší míře ohroženi sociálním vyloučením z důvodu nedostatečné vybavenosti Rokycanského regionu sociálními službami. Terénní služby v okrajových částech regionu nejsou dostupné. Navíc tato forma poskytování sociální i zdravotní služby nezajišťuje péči ve večerních hodinách a o sobotách a nedělích. Kapacita ústavů sociálních služeb je zcela zaplněna. Čekací doba na umístění do ústavů sociální péče téměř jeden rok (ÚSP Mirošov a ÚSP Liblín). SO ORP Rokycany nedisponuje žádným domovem důchodců.

K posouzení hypotézy 1 byla použita sociálně demografická analýza zpracovaná dle uvedené metodiky, otázky 1A, B dotazníku, popřípadě uvedené alternativy dotazníku dle metodiky a údaje z dokumentace uživatelů sociální péče Rokycanské nemocnice, a.s. Výše uvedené potvrzuje 1. hypotézu: Sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je důsledkem nedostatečné vybavenosti místy domova důchodců a v rezidenčních zařízeních ústavní péče.

Jedním z cílů diplomové práce je navržení optimální formy uspořádání sociálních a zdravotnických služeb o staré a zdravotně postižené občany v regionu, kde město Rokycany v přenesené působnosti realizuje výkon státní správy v sociální oblasti.

Dosažení tohoto cíle vyplývá z popisovaných nedostatků vybavení sociálních a zdravotnických služeb o staré a zdravotně postižené občany regionu SO ORP Rokycany v rámci provedené sociálně demografické analýzy a z následného navržení chybějících článků těchto služeb. Neméně podstatné zjištění týkající se tohoto cíle popisovala otázka 1B dotazníku, která zjišťovala preferované bydlení uživatelů sociální péče Rokycanské nemocnice, a.s. Sami klienti výrazně preferují oddělené bydlení 78%, které jim umožňuje uchovat si vlastní soukromí a určitou míru nezávislosti. Kategorie částečně soběstačných uživatelů jako důvod k podání žádosti do ústavní péče nejčastěji udávala zdravotní stav, osamělost, nevyhovující bydlení a psychickou zátěž. Všechny tyto skutečnosti by s největší pravděpodobností ve velké části případů mohla vykompenzovat především terénní pečovatelská služba, která by fungovala i v rámci malých obcí a umožnila by tak zůstat uživatelům v jejich prostředí. Služby by měly být

flexibilnější a více uzpůsobeny požadavkům jednotlivých lidí. Mezi tyto požadavky klientů neodmyslitelně patří i zajišťování pečovatelské služby ve večerních hodinách, o sobotách a nedělích.

Shrňme –li popisované nedostatky, je nutné se zaměřit na zvýšení dostupnosti sociálních a zdravotních služeb v celém regionu. Řešením je zřizování denních stacionářů pro staré a zdravotně postižené občany, zajištění dostatku kvalitních poskytovatelů osobní asistence, navyšování kapacity stávajících Domů s pečovatelskou službou, rozšíření nabídky DPS i v menších obcích okresu, zavedení a rozšíření pečovatelské služby, zejména v malých vesnicích, zřizování stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Usilovat o vzájemnou návaznost a propojenost těchto služeb. Současně s těmito navrhovaným službami je nutno věnovat pozornost zavádění standardů kvality v poskytování sociálních služeb.

Dle mého názoru cíl navržené optimální formy uspořádání sociálních a zdravotnických služeb o staré a zdravotně postižené občany v regionu, kde město Rokycany v přenesené působnosti realizuje výkon státní správy v sociální oblasti byl splněn.

## **5.2. Diskuse k zmapování sociální hospitalizace**

Cíl práce zmapování rozsahu sociální hospitalizace v podmínkách Rokycanské nemocnice, a.s. byl zjišťován v praktické části diplomové práce. Na základě dotazníku a řízených rozhovorů bylo provedeno celkem 100 šetření. Uživatelé sociální péče v Rokycanské nemocnici, a.s. jsou vnitřně velmi heterogenní mimo jiné díky značnému věkovému rozpětí, které období seniority zahrnuje. Největší zastoupení mezi uživateli byli osoby starší 71 let. Převažující počet žen koresponduje i s počtem vdov. V mužské populaci uživatelů byla vedle skupiny vdovců v porovnání s ženskou populací významná i skupina svobodných mužů.

Zabezpečení kvalitního bydlení pro seniory tak mimo jiné eliminuje nákladnou ústavní péče tam, kde prozatím není třeba. Ve větších městech uživatelé uváděli problém se špatnou přístupností bydlení - chybějícími výtahy, na vesnicích pak velké

vzdálenosti a nedostatek dosažitelných obchodů a služeb. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že do řady domácností není zavedeno centrální vytápění ani plyn. Pro uživatele těchto domácností se vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a soběstačnosti stává vytápění na uhlí zásadním problémem. Velká část samostatně žijících osob žila v domácnosti, která vzhledem k jejich stavu se stala nevyhovující. Jednočlenné domácnosti současných uživatelů sociální péče Rokycanské nemocnice, a.s. tvořily největší část z uvedených typů soužití. Alarmující zjištění je, že tyto jednočlenné domácnosti jsou z 53% v obcích do 4 999 obyvatel. Tyto domácnosti jsou ve větší míře ohroženy sociálním vyloučením než domácnosti uživatelů obce Rokycany, která jako jediná svým počtem obyvatel spadá do kategorie obcí s 5 000 obyvateli a více.

V rámci šetření bylo zaznamenáno poměrně vysoké procento v nezájmu rodiny. V těchto případech se jednalo o absenci vztahu rodič – dítě, nevypořádané majetkové poměry, nebo nesouhlas jednoho z partnerů dětí. V některých případech senioři vztah s dětmi nadměrně idealizovali v rámci zachování dobrého obrazu o rodině.

Svůj skutečný zdravotní stav si nechtělo připustit 75% uživatelů. Bránili se následného pobytu v zařízení sociální péče. Tyto osoby hodnotili svůj zdravotní stav jako uspokojivý. Zdravotní stav, kromě ostatních důvodů, byl z 96% příčinou jejich pobytu v Rokycanské nemocnici, a.s..

Ukazatel nesoběstačnosti a zdravotního stavu je v důvodech žádosti o umístění do ústavu sociálních služeb nezpochybnitelný a úzce spolu souvisí. Nesoběstačnost tvořila největší podíl v obou kategoriích, v kategorii mužů 59% z celkového počtu mužů a v kategorii žen 61% z celkového počtu žen.

Na psychickém zatížení sehrála velkou roli skutečnost, jak se se zdravotním stavem vyrovnali samotní uživatelé, a jak jejich příbuzní, jejich rodinné vztahy.

Zpracováním praktické části diplomové práce byl splněn cíl 1: Zmapování rozsahu sociální hospitalizace v podmínkách Rokycanské nemocnice, a.s.

### 5.3. Diskuse k ekonomickému rozboru

Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče je od 1. 1. 2007 upraveno podle § 52 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a jednak prováděcí vyhláškou MPSV 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Uživatel dle nového přijatého zákona hradí úhradu za péči, ubytování a stravu, a to v rozsahu sjednaném ve smlouvě. Úhrada za péči v případě služby, podle § 52 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, je stanovena ve výši příspěvku na péči a úhrada za stravu a pobyt je stanovena prováděcí vyhláškou. Uživateli služby musí zůstat po uhrazení úhrady minimálně 15% z jeho příjmu. V rámci provedeného výzkumu provedeného počátkem roku po uvedení nového zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v termínu od 1.1. 2007 do 28.2. 2007, byla pozornost věnována ekonomické stránce sociální hospitalizace. Kapacita 8 sociálních lůžek byla v období výzkumu zcela zaplněna. Osoby, které nebyly vedeny na sociálních lůžkách, byly hospitalizovány na interním oddělení v rámci ošetrovatelských lůžek. Tito klienti pobírají příspěvek na péči, ale neuplatňují ho vůči zřizovateli ošetrovatelských lůžek. Pro zdravotnické zařízení je tato skutečnost nemotivující vzhledem k velkým finančním tokům.

Při bližším prostudování příjmů uživatelů sociálních lůžek, i zde dochází k zjištění, že nedochází k pokrytí nákladů na lůžko ve zdravotnickém zařízení. Úhrada nákladů za sociální lůžko je ve většině případů srovnatelná s úhradou, která byla placena dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí 310/1993 o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Naprosto nevyhovující výši úhrady 300 Kč měl mj. ošetřit nový zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nový zákon tuto problematiku financování sociálních lůžek neřeší. Uživatelé sociální služby ve zdravotnickém zařízení díky své nesolventnosti nemohou uhradit předpokládanou průměrnou úhradu na lůžko a den ve výši 950 Kč (tabulka 7 ). Konkrétní příklady dvou uživatelů v prováděném druhém šetření zaměřeném na ekonomickou stránku nám potvrzují tuto skutečnost (tabulka 8 a 9 ).

Získáním základních dat a informací v průběhu sledování sociální péče ve zdravotnickém zařízení jednoznačně potvrzuje hypotézu 2: Úhrada za sociální hospitalizaci nepokrývá náklady na lůžko ve zdravotnickém zařízení, což přispívá k nepříznivé ekonomické situaci ve zdravotnickém zařízení.



## 6. ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat rozsah sociální hospitalizace v podmínkách Rokycanské nemocnice, a.s. . V rámci praktické části diplomové práce jsem tento cíl dle mého názoru splnila.

Dalším cílem bylo navržení optimální formy uspořádání sociálních a zdravotnických služeb o staré a zdravotně postižené občany v regionu, kde město Rokycany v přenesené působnosti realizuje výkon státní správy v sociální oblasti. V okrese Rokycany jsou zřízeny 2 ústavy sociální péče o celkové kapacitě více než 500 míst, čekací lhůta na umístění je neúměrně dlouhá. V okrajových částech regionu je totální absence sociálních služeb. Sociální hospitalizace se tak stává důsledkem nedostatečné vybavenosti místy domova důchodců, který v regionu není a jeho funkci supluje 2 ústavy sociální péče. Navrhované formy uspořádání sociálních a zdravotnických služeb o staré a zdravotně postižené občany v regionu vyplývají z těchto zjištění. Tento cíl byl dle mého názoru splněn. Současně byla potvrzena 1. hypotéza : Sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je důsledkem nedostatečné vybavenosti místy domova důchodců a v rezidenčních zařízeních ústavní péče.

Financování sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení měl řešit nový zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Výzkum, provedený na začátku roku 2007 po uvedení tohoto zákona o sociálních službách v platnost, byl zaměřený na ekonomickou stránku sociální hospitalizace. Porovnáním skutečné ceny lůžka a možností uživatelů sociální péče ve zdravotnickém zařízení byla potvrzena 2. hypotéza: Úhrada za sociální hospitalizaci nepokrývá náklady na lůžko ve zdravotnickém zařízení, což přispívá k nepříznivé ekonomické situaci ve zdravotnickém zařízení.

Při sledování ekonomické stránky sociální hospitalizace je problém poskytování příspěvku ze strany pacienta – klienta, kdy při dlouhodobé hospitalizaci, zejména ošetrovatelské péče po náhlé mozkové příhodě nebo amputaci dolních končetin pobírá příspěvek na péči osoba, která byla v žádosti uvedena. Zdravotní stav ve většině případech odpovídá stupni IV, což představuje částka 11 000,- Kč. Tato částka je přiznávána k datu podání žádosti.. Po celou dobu hospitalizace je rodina příjemcem této

částky, aniž by péči poskytovala. Pominou-li zdravotní důvody pobytu ve zdravotnickém zařízení, měl by být pacient propuštěn do domácí péče. Ve většině případů rodina odmítne propuštění tohoto pacienta z důvodu nezvládnutí a neschopnosti se o tuto osobu postarat. Zdravotnické zařízení podle §§ 52 nového zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách může těmto pacientům nabídnout uzavření smlouvy o poskytování pobytové sociální služby. Pacienti, potencionální klienti sociální služby podepsání této smlouvy odmítají s odůvodněním, že úhrada za stravu a pobyt je pro ně neúměrně vysoká, a to zejména v případech, kdy současně hradí náklady na bydlení-nájem. V těchto případech až do vyřešení dalšího zajištění klienta, částka vyplácená na péči je poukazována přímo klientovi, nebo osobě, kterou na žádosti o přiznání příspěvku na péči klient uvede. Ve výše uvedených případech se jedná o 4– 5 měsíců, což představuje příjem 44– 55 000 Kč.

Z dosavadních poznatků po uvedení zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách do praxe, je negativní zkušeností snaha rodiny získat finanční prostředky, určené na péči, ale ponechat klienta v ústavním ošetřování co nejdéle dobu. Zákon nedostatečně řeší podmínky komu příspěvek náleží, naopak zdravotnickému zařízení podmiňuje poskytování příspěvku uzavřením smlouvy. Důsledkem je opakovaná a dlouhodobá hospitalizace občanů, pobírajících příspěvek na péči. Myslím, že je nezbytné přijatý zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách znovelizovat. Současný zákon financování sociální péče ve zdravotnickém zařízení neřeší. Řada klientů, resp. jejich rodinných příslušníků spatřují v příspěvku na péči možný zdroj příjmů. Zdravotnické zařízení je postaveno do pozice poskytovatele sociální péče, ale nikoliv příjemce příspěvku. Příjemcem se zdravotnické zařízení stává podepsáním smlouvy o poskytování pobytové sociální služby. V tomto případě je sociální hospitalizace hrazena částkou, která zdaleka nepokrývá vynaložené náklady na toto lůžko.

Finanční otázku dlouhodobé hospitalizace ve zdravotnickém zařízení by pomohlo řešit navýšení bodového ohodnocení pro dlouhodobě ležící. Další řešení spatřuji v úpravě podmínek, které by jasně stanovovaly podmínky vyplácení příspěvku na péči.

Celkové zhodnocení funkčnosti přijatého zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách nelze vzhledem ke krátké době platnosti tohoto zákona přesně definovat. Tento zákon má kladný i záporný přínos pro poskytování sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Přes všechna zjištěná fakta se domnívám, že péči o staré a zdravotně postižené občany je věnována zainteresovanými orgány a organizacemi náležitá pozornost a zejména v návaznosti na ekonomické podmínky bude nadále optimalizována.

Výsledky získané v této práci, budou moci být využity v praxi při přípravě plánu sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách i v koncepční normotvorné a legislativní činnosti MPSV, MZ.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Aktuální informace ÚZIS č. 34/2006. Vrozené vady u narozených v roce 2004.* Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z URL: [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=vrozen&region=100&kind=21&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=vrozen&region=100&kind=21&mnu_id=6200) [cit. 15.ledna 2007]
2. *Aktuální informace ÚZIS č. 55/2006. Úrazy v roce 2005 z hlediska věku postižených.* Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z URL: [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&mnu_id=6200) [cit. 15.ledna 2007]
3. BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. - HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace.* Praha : VÚPSV, 2000. Dostupné z URL: <http://www.vupsv.cz> [cit. 12.října 2006]
4. BRUTHASOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. *Aktuální problémy sociální hospitalizace v novém územně správním členění.* Praha : Pražské gerontologické dny, 14.-16.5.2003.
5. BRUTHASOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání.* Praha : VÚPSV, 2004. Dostupné z URL: <http://www.vupsv.cz> [cit. 12.října 2006]
6. CENTRUM PRO KOMUNITNÍ PRÁCI ZÁPADNÍ ČECHY. *Analýza poskytovatelů sociální péče na Rokycansku.* Dostupné z URL: [http://www.rokycany.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=14069&id\\_org=14069&id=340698&p1=&p2=&p3=](http://www.rokycany.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=14069&id_org=14069&id=340698&p1=&p2=&p3=)
7. CENTRUM PRO KOMUNITNÍ PRÁCI ZÁPADNÍ ČECHY. *Popis aktuální sociální situace v SO ORP Rokycany.* Dostupné z URL: [http://www.rokycany.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=14069&id\\_org=14069&id=347328&p1=&p2=&p3=](http://www.rokycany.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=14069&id_org=14069&id=347328&p1=&p2=&p3=)
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Dostupné z URL: <http://www.czso.cz/xp/edicniplan.nsf/p/13-3201-06> [cit. 2.února 2007]
9. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Dostupné z URL: [http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/7E002FD081/ File/tab05.xls](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/7E002FD081/File/tab05.xls) [cit. 16.října 2006]

10. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Dostupné z URL: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/podil\\_obyvatel\\_ve\\_vekove\\_skupine\\_0\\_14\\_a\\_65\\_a\\_vice\\_let\\_v\\_letech\\_1946\\_2004](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/podil_obyvatel_ve_vekove_skupine_0_14_a_65_a_vice_let_v_letech_1946_2004) [cit. 16.října 2006]
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Dostupné z URL: [http://vdb.czso.cz/vdbtab/tabdetail.jsp?cislotab=DRORP+01&kapitola\\_id=19&kontext=t&razeni=ta&pro\\_979308=3211](http://vdb.czso.cz/vdbtab/tabdetail.jsp?cislotab=DRORP+01&kapitola_id=19&kontext=t&razeni=ta&pro_979308=3211) [cit. 2.února 2007]
12. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra: Adresář agentur domácí péče.* Národní centrum domácí péče České republiky, Praha 1998
13. FUCHS, V. - ZOBAN, P. - TOMÁŠOVÁ, H. - ČERNÝ, M. *Vybrané kapitoly z perinatologie.* Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0114-1.
14. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. ISBN 80- 247- 0548- 6.
15. *Koncepce následné lůžkové péče,* Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/1998
16. KOZLOVÁ, L. *Výzkum s sociální oblasti.* Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z URL: [http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm) [cit.15. ledna 2007]
17. KRÁLOVÁ, J, RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany.* Olomouc: Anag, 2003. ISSSN 1213- 8096.
18. KREBS, V. a kol. *Sociální politika.* Praha : ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5
19. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy,* 1. vyd. Praha: Nakladatelství Orac, 2003: 352 . ISBN 80-86199-50-9.
20. MERHAUTOVÁ, I. *Otazníky nad novým zákonem o sociálních službách.* Revidenční péče. 2006. 2: 2 . ISSN 1801- 8718
21. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Příprava na stárnutí v České republice.* Dostupné z URL: <http://www.mpsv.cz/cs/2856> [cit.15. ledna 2007]
22. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Stručný průvodce zákonem sociálních službách.* Dostupné z URL: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf> [cit.15. ledna 2007]

23. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Seznam výkonů*. Dostupné z URL:  
<http://www.mzcr.cz/> [cit.15. ledna 2007]
24. MOŽNÝ, I., RABUŠIC, L. „Česká rodina, sňatkový trh reprodukční klima“. *Zpráva o vývoji České společnosti 1989-1998*. Večerník, J. (ed.) Praha: Academia, 1998
25. PRŮŠA, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006. Dostupné z URL:  
[http://www.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_212.pdf](http://www.vupsv.cz/Fulltext/vz_212.pdf) [cit.15. března 2007]
26. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha : ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3.
27. *Průvodce zákonem o sociálních*. Doteky. Bulletin LORMU: 2006, 46. Dostupné z URL: <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zakonom-o-socialnich-sluzbach.php> [cit.15. ledna 2007]
28. PŘEHNAL, J. *Péče o geriatrické a chronicky nemocné pacient*. Zdravotnické noviny. Praha : 1999, 48, (8), s. 1-2. ISSN 0044-1996
29. RYCHTAŘÍKOVÁ, J. „Úspěšné stárnutí - Leitmotiv 21. století“. *Demografie*. 2002, 44 (1): 43-46.
30. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. Dostupné z URL:  
[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search\\_name=ročenka&region=100&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ročenka&region=100&mnu_id=5300)
31. Ústavní zákon č. 2/1993, Listina základních práv a svobod, v platném znění
32. VESELÁ, J. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha : VÚPSV, 2002. Dostupné z URL: <http://www.vupsv.cz> [cit. 2.února 2007]
33. VOHRALÍKOVÁ, L. - RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno : VÚPSV, 2004. Dostupné z URL: <http://www.vupsv.cz> [cit. 2.února 2007]
34. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Dostupné z URL:  
<http://vupsv.cz> [cit. 16.října 2006]
35. Zákon č. 20/1966, Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

36. Zákon č. 108/2006 Sb.,o sociálních službách
37. Zákon č.109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách
38. Zeman, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. Grada. Publishinhg. 2000. ISBN 80-7169- 705- 2

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Sociální hospitalizace

Sociální lůžka

Sociální péče

Sociální služby

Zdravotnické zařízení

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách



## **9. PŘÍLOHY**

- Příloha 1: Dotazník
- Příloha 2: Smlouva o poskytnutí pobytové sociální služby

## **Příloha 1: Dotazník**

Vážení klienti Rokycanské nemocnice, a.s., vážený pane, paní.

Účelem dotazníku je získání podkladů pro moji magisterskou práci s názvem: „Problematika sociálních lůžek ve zdravotnickém zařízení“. Cílem diplomové práce je zmapování rozsahu sociální hospitalizace v podmínkách Rokycanské nemocnice, a.s..

Dalším cílem je navržení optimální formy uspořádání sociálních a zdravotnických služeb o staré a zdravotně postižené občany v regionu, kde město Rokycany v přenesené působnosti realizuje výkon státní správy v sociální oblasti.

Zaškrtněte prosím křížkem vždy jen jeden z čtverečků z nabízených variant, u otázky 3 a 4 se řiďte údaji v závorce. Dotazník není anonymní, po jeho vyplnění jej v přiložené obálce vhod'te do označené uzamykatelné schránky umístěné v jídelním koutě interního oddělení. Do této schránky má přístup pouze sociální sestra. Veškerá získaná data slouží pouze pro účely zpracování diplomové práce. Po skončení výzkumu budou dotazníky skartovány.

Budete-li mít zájem o výsledky výzkumu, obraťte se prosím, po jeho dokončení na moji adresu. Děkuji.

Pavla Matějková Bc.

Raisova 813/II

Rokycany

337 01

## DOTAZNÍK

**Jméno, příjmení** .....

**Rok narození** .....

- 1. Bydlení**
- A**
- sám
  - s rodinou
  - druh, družka
  - jinak (uved'te)

velikost bytu

- optimální
- malá
- nadměrná

vytápění

- centrální
- plyn
- elektřina
- uhlí

bezbariérové bydlení

- ano
- ne

možnost dovolání pomoci

- ano
- ne

### **B preferované bydlení**

- ve svém bytě, domě
- u dětí
- u blízkých příbuzných
- dům s pečovatelskou službou

- penzion pro seniory
- DD
- nevím, jinak (uveďte)

**2. Interakce s blízkými, rodinou, sousedé**

- 1/ týdně
- 1/ měsíčně
- několikrát do roka
- nikdy

dostačuje

- ano
- ne

**3. Pomoc seniorů, zdravotně postižených rodinám (možno označit více variant)**

- v rovině psychické a emocionální
- péče a výchova vnoučat
- chod domácnosti
- poskytování peněžité výpomoci

pocit užitečnosti (ohodnoťte známkou 1 až 5, jako ve škole) .....

**4. Subjektivní charakteristika zdravotního stavu (popište svůj zdravotní stav)**

.....  
.....

**Příloha 2: Smlouva o poskytnutí pobytové sociální služby**

**SMLOUVA  
O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**  
číslo \_\_\_\_\_

Níže uvedeného dne, měsíce a roku uzavřeli

**KLIENT**

pan/í

\_\_\_\_\_

datum narození \_\_\_\_\_ rodné číslo \_\_\_\_\_

bytem \_\_\_\_\_

zastoupená zástupcem / opatrovníkem

panem/í

\_\_\_\_\_

datum narození \_\_\_\_\_

bytem \_\_\_\_\_

na základě plné moci ze dne \_\_\_\_\_ / rozhodnutí \_\_\_\_\_ o  
opatrovnictví ze dne \_\_\_\_\_ -

(dále ve smlouvě jen **klient**)

a

**POSKYTOVATEL**

**Rokycanská nemocnice a.s.** se sídlem Voldušská 750, 337 22 Rokycany

identifikační číslo 263 60 900

zapsána v OR u Krajského soudu v Plzni, oddíl B, vložka 1071

zastoupená Ing. Vladimírem Gabrielem, členem představenstva a ředitelem společnosti

(dále ve smlouvě jen **poskytovatel**)

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále ve smlouvě jen **Zákon**), tuto **smlouvu o poskytnutí pobytové sociální služby** podle § 52 cit. zákona (v textu této smlouvy dále jen "Smlouva") v tomto znění:

## I. Úvodní ustanovení

1. Poskytovatel je zdravotnickým zařízením ústavní péče a je technicky a personálně schopen poskytovat pobytové sociální služby dle Zákona.
2. Klient je osobou, která s ohledem na svůj věk a zdravotní stav již nevyžaduje ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopna se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemůže být proto propuštěna ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jí bude zabezpečena pomoc nebo zajištěno poskytování terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.
3. Klient dále prohlašuje, že v době uzavření Smlouvy z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti ve stupni I (lehká závislost) / II (středně těžká závislost) / III (těžká závislost) / IV (úplná závislost) <sup>\*)</sup> a má z tohoto důvodu nárok na poskytování **příspěvku na péči** (dále také jen příspěvek). Klient o poskytnutí příspěvku dosud nepožádal / již požádal příslušný obecní úřad / a příspěvek mu byl přiznán rozhodnutím, které poskytovateli v kopii při podpisu smlouvy předkládá<sup>\*)</sup>.

## II. Sjednaný rozsah poskytování sociální služby

1. Poskytovatel se zavazuje poskytovat Klientovi ve svém lůžkovém zařízení Rokycanská nemocnice na adrese Voldušská 750, 337 22 Rokycany **pobytovou sociální službu** (ve Smlouvě také **služba**) do doby, než bude Klientovi zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.
2. Poskytovatel bude Klientovi poskytovat v rámci pobytové sociální služby tyto základní činnosti:
  - a) poskytnutí ubytování;
  - b) poskytnutí stravy;
  - c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
  - d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
  - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
  - f) sociálně terapeutické činnosti;
  - g) aktivizační činnosti;
  - h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostía to v konkrétním rozsahu vyplývajícím ze stupně klientovi závislosti v době poskytování služby (čl. I./3) a dále sjednaném.
4. Pokud se v době poskytování služby v důsledku zhoršení zdravotního stavu klienta změní jeho stupeň závislosti, bude péče poskytována v rozsahu odpovídajícím tomuto stupni.
5. Jednotlivé základní činnosti v rámci pobytové sociální služby budou poskytovány v tomto rozsahu:

### **Ad a ) Poskytnutí ubytování**

Ubytování bude klientovi poskytováno ve 4 lůžkovém pokoji budovy lůžkové části Rokycanské nemocnice. Ubytování zahrnuje také topení, teplou a studenou vodu, elektrický proud, úklid, praní, drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení a žehlení.

V pokoji bude mít klient k dispozici nemocniční lůžko s příslušenstvím včetně matrace, hrazdy a zábran, noční stolek s výklopnou deskou, ložní soupravu a polohovací pomůcky podle potřeby. Pokoj bude dále vybaven televizním přístrojem.

Klientovi bude dále poskytovány noční košile, pyžamo a tričko.

Poskytovatel se zavazuje udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv klienta spojených s užíváním těchto prostor při respektování práv ostatních klientů ubytovaných ve stejném pokoji.

Klient je povinen užívat prostory vyhrazené mu k ubytování a k užívání a v nich umístěné vybavení řádně a tak, aby nedocházelo k jejich předčasnému opotřebení, poškození či zničení. Při tom je povinen se řídit pokyny ošetřujícího personálu. V prostorách nesmí Klient bez předchozího souhlasu Poskytovatele provádět žádné změny.

Klient je povinen dodržovat klidový režim v prostorách ubytování a pravidla ubytování, s nimiž bude po nástupu na pobytovou sociální službu seznámen. Je povinen chovat se vždy tak, aby respektoval práva ostatních společně ubytovaných klientů na klid a soukromí.

#### **Ad b) Poskytnutí stravy**

Klient má právo požádat poskytovatele o zajištění celodenní stravy odpovídající jeho věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

Stravování klienta bude probíhat na základě na základě předem zveřejněného jídelního lístku a podle vnitřních pravidel poskytovatele. V případě potřeby a s ohledem na zdravotní stav zajistí poskytovatel stravování klienta podle jeho individuálního dietního režimu.

Strava bude klientovi poskytována v tomto rozsahu \*):

- a) snídaně
- b) oběd
- c) večeře

Celodenní strava bude poskytována v hodnotě celkové hodnotě 140,- Kč denně.

#### **Ad c a d) Pomoc při pomoci a podpora při podávání jídla a pití, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu**

Poskytovatel se zavazuje poskytovat klientovi dle stupně jeho závislosti úkony a činnosti:

- přípravu stravy, podávání, porcování stravy, podporu při přijímání stravy a dodržování pitného režimu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zejména mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení a výkon fyziologické potřeby (použití WC) včetně hygieny;
- pomoc při oblékání, svlékání, obouvání, zouvání včetně speciálních pomůcek;
- pomoc při vstávání z lůžka, uléhání a změna poloh a při přesunu na lůžko nebo vozík;
- pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.

#### **Ad e a g) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti**

Poskytovatel se zavazuje poskytovat klientovi dle stupně jeho závislosti a na jeho žádost požadavků tyto činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím poskytováním podpory a pomoci při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů;
- pomoc při obnově nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob;
- sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytnutí povede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;

- aktivizační činnosti spočívající v nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

#### **Ad h) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**

Poskytovatel se zavazuje poskytovat klientovi dle stupně jeho závislosti a na jeho žádost požadavků pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů případně vlastním uplatňováním práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí v rozsahu nezbytném k řádné správě záležitostí klienta (pokud je nebude moci zajistit jinak, například svým opatrovníkem).

Klient vystaví poskytovateli ke splnění shora uvedeného závazku v potřebném rozsahu plnou moc či moci, aby na jejím základě mohl poskytovatel prostřednictvím svých zaměstnanců či třetích osob obstarat klientovi jeho záležitosti.

6. Činnosti sjednané v čl. II odst. 2 lit. c) - h) bude poskytovatel klientovi poskytovat podle vnitřních pravidel Poskytovatele, s nimiž byl klient před podpisem této smlouvy seznámen.

### **III.**

#### **Místo a čas poskytování sociální služby**

1. Služby v rozsahu sjednaném v čl. II. odst. 2 Smlouvy bude poskytovatel poskytovat klientovi ve vyhrazených prostorách budovy lůžkové části Rokycanské nemocnice na adrese Voldušská 750, 337 22 Rokycany.
2. Služby sjednané v čl. II. odst. 2 písm. a) – d) budou poskytovány 24 hodin denně, a to každý den po dobu platnosti Smlouvy. Služby sjednané v čl. II. odst. 2 písm. e) – h) budou poskytovány 8 hodin denně, a to každý týden vždy od pondělí do pátku po dobu platnosti Smlouvy.
3. Začátek pobytové sociální služby bude od \_\_\_\_\_.
4. Smlouva je uzavřena na dobu neurčitou.
5. Předpokládané ukončení pobytové sociální služby je závislé na zdravotním stavu klienta a nelze jej v době uzavření Smlouvy určit.

### **IV.**

#### **Výše úhrady a způsob jejího placení**

1. Klient se zavazuje zaplatit poskytovateli úhradu za činnosti poskytované v rámci pobytové sociální služby:
  - a) za poskytnutí **ubytování** včetně souvisejících služeb a nákladů s nimi spojených v částce **160,- Kč** denně;
  - b) za **celodenní stravu** v částce **140,- Kč** denně;
  - c) za poskytnutí **ostatních služeb** (pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí) podle stupně závislosti klienta a z toho vyplývajícího rozsahu poskytování služeb ve výši poskytnutého příspěvku v částce \_\_\_\_\_,- Kč měsíčně (denní úhrada = částka příspěvku / počet dnů v měsíci)
2. Klient se zavazuje hradit úhrady dle odst. 1 vždy nejpozději do \_\_\_\_ dne příslušného kalendářního měsíce takto:
  - a) úhradu za ubytování a stravu ze svého příjmu (důchodu či jiného příjmu) s tím, že po její



- úhradě musí klientovi zůstat alespoň 15 % tohoto jeho příjmu (příjmem se pro účely úhrady rozumí příjmy podle zákona o životním a existenčním minimu s výjimkou příspěvku na péči);
- b) úhradu za poskytnutí ostatních služeb prostřednictvím příspěvku na péči poskytovaného klientovi dle Zákona.
3. Klient se zavazuje platit úhrady za pobytovou sociální službu takto:
- a) v hotovosti v pokladně poskytovatele \*);
- b) převodem na účet poskytovatele č. 350060900297/0100 vedený u peněžního ústavu Komerční banka, pobočka Rokycany, variabilní symbol platby – rodné číslo klienta \*).
4. Klient tímto zmocňuje poskytovatele, aby úhradu za ubytování a stravu srazil z jeho příjmu (či jiné finanční hotovosti), pokud bude u poskytovatele deponován. Klient se dále zavazuje, že zajistí, aby příspěvek na péči byl poukazován přímo na účet poskytovatele uvedený v záhlaví smlouvy a zavazuje se tento způsob výplaty bez dohody s poskytovatelem po dobu poskytování pobytové sociální služby neměnit.
5. Pokud by klientovi po zaplacení úhrady za ubytování a stravu podle odst. 1 a 2 tohoto článku za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši alespoň 15 % jeho měsíčního příjmu, částky úhrady se sníží tak, aby se úhrada rovna a 85 % tohoto příjmu klienta. Vzniklý rozdíl ne/bude uhrazen / ze spoluúčasti jiné osoby na základě dodatku smlouvy \*).
6. Pokud by v některém kalendářním měsíci klient neměl žádný příjem, úhradu za ubytování a stravu podle odst. 1 a 2 tohoto článku za tento kalendářní měsíc klient neplatí. Úhrada ne/bude uhrazena / ze spoluúčasti jiné osoby na základě dodatku smlouvy \*).
7. Poskytovatel je povinen předložit klientovi písemné vyúčtování úhrad za každý kalendářní měsíc poskytování služby, a to nejpozději do 10 dne následujícího kalendářního měsíce.
8. Klient se zavazuje sdělit poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním minimu. Výši příjmu je klient povinen doložit při nástupu na pobytovou sociální službu a dále při každé změně příjmu. Oznámení o změně ve výši příjmu musí poskytovatel obdržet nejpozději do 5 pracovních dnů po posledním dni kalendářního měsíce, za který se platí úhrada.
9. Přeplatky na úhradách za služby poskytované poskytovatelem podle Smlouvy je poskytovatel povinen vyúčtovat a písemné vyúčtování klientovi předat (doručit) nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za nějž přeplatek vznikl. Poskytovatel je povinen přeplatek vyplatit klientovi.
10. Zamlčí-li klient skutečnou výši svého příjmu při jeho doložení podle odst. 8 tohoto článku, je povinen doplatit úhradu do částky stanovené podle skutečné výše jejího příjmu a zároveň je povinen zaplatit poskytovateli smluvní pokutu ve výši \_\_\_\_\_ Kč. Zaplacením smluvní pokuty není klient zproštěn povinnosti zaplatit za ubytování a stravu částku stanovenou podle skutečné výše jejího příjmu.

## V.

### **Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování pobytové sociální služby**

Klient prohlašuje, že při podpisu této smlouvy byl seznámen s vnitřními Pravidly poskytování pobytové sociální služby (dále jen Pravidla), podle nichž se tato služba poskytuje. Klient prohlašuje, že tato pravidla přečetl a že jim plně porozuměl. Klient se zavazuje tato pravidla dodržovat.

## VI.

## **Výpovědní důvody a výpovědní lhůty**

1. Smlouvu lze ukončit písemnou dohodou nebo výpovědí.
2. Klient může Smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď klientem činí 30 dnů a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla tato výpověď poskytovateli doručena.
3. Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze jestliže klient hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze smlouvy. Za hrubé porušení smlouvy se považuje zejména:
  - aa) zamlčení výše příjmu nebo jeho změn, pokud nebyla úhrada za ubytování a stravu provedena v plném rozsahu nebo vůbec (čl. IV. odst. 5 nebo 6);
  - ab) nezaplacení úhrady nebo její části řádně a včas (nepůjde-li o situaci dle čl. IV. odst. 5 nebo 6);
  - ac) nezaplacení spoluúčasti na úhradě (čl. IV. odst. 5 nebo 6);
  - ad) odstoupení spoluúčastníka od jeho závazku spoluúčastnic se na úhradě nákladů služby nebo jiný zánik tohoto závazku;
  - ae) opakované závažné porušování pravidel poskytování pobytové služby (po předchozím upozornění na možnost výpovědi smlouvy).

Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem činí 30 dnů a počíná běžet prvním dnem následujícího po doručení výpovědi klientovi.

## **VII.**

### **Doba platnosti smlouvy**

1. Smlouva nabývá platnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
2. Doba účinnosti Smlouvy je sjednána od prvního dne nástupu klienta na pobytovou sociální službu (čl. III odst. 3 smlouvy).
3. Klient nemůže práva ze Smlouvy postoupit na jiného.

## **VIII.**

### **Závěrečná ujednání**

1. Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu (v případě spoluúčasti jiných osob bude smlouvy vyhotovena také pro každou spoluúčastněnou osobu). Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
2. Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.
3. Pro uzavírání Smlouvy a právní vztahy vzniklé z této smlouvy se použijí ustanovení občanského zákoníku.
4. Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.
5. Smluvní strany prohlašují, že Smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V Rokycanech dne: \_\_\_\_\_

POSKYTOVATEL

KLIENT

Rokycanská nemocnice, a.s.

---

---

Legenda: \*) nehodící se škrtněte