

**ŽIVOT ČECHŮ VE ZDRAVÍ...**

**...A V ZAŘÍZENÍCH  
DLOUHODOBÉ PÉČE**

**Petr Fiala**

**AČMN, LRS CHVALY, FHS UK**

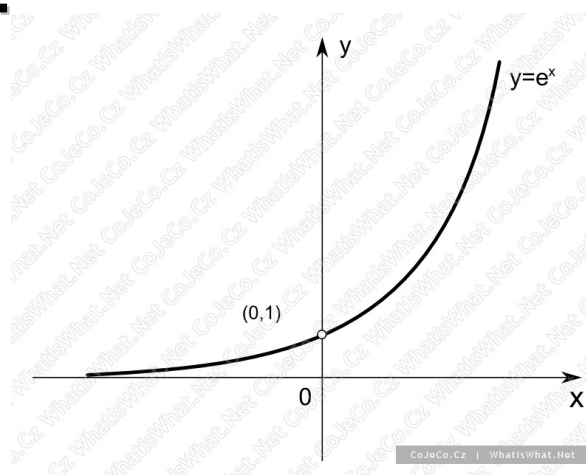
**Konference Rady seniorů ČR  
27. listopadu 2017**

# Demografický úvod

- ⌘ Dobře se ví, že **populace celosvětově stárne**, nejvíce vyspělé země, výjimkou jsou dnes méně rozvinuté státy, kde je převažující populace mladých.
- ⌘ Historicky – vliv průmyslové revoluce: **čím vyspělejší země, tím méně se rodí dětí, a tím víc převažují staří** (případně chronicky nemocní).
- ⌘ Tak se zvyšuje a protahuje tzv. „strom života“ a přibývá lidí ve vyšších věkových kategoriích, více je žen. V 85 a více letech převaha až 4:1 vůči mužům. Demografie má ale i svá překvapení:

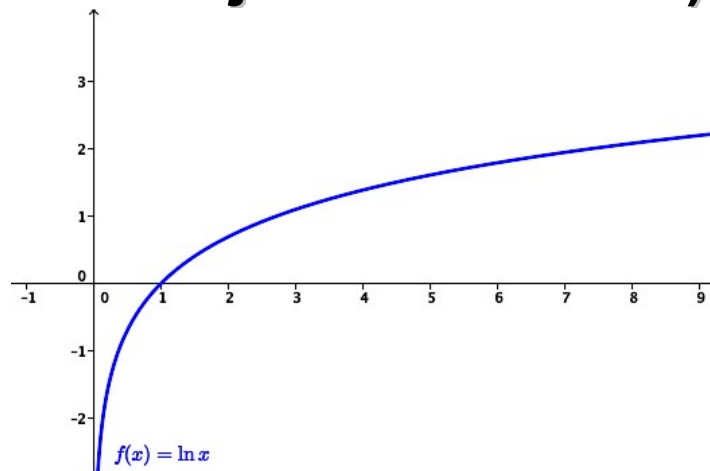
# Demografická křivka 1

- ⌘ Demografický vývoj totiž neběží vždy podle našich předpokladů. V době **populační exploze** (60.-70.léta), se bilo na poplach, že kolem r. 2000 bude na světě 15 mld. obyvatel – a bude na ně málo zdrojů.
- ⌘ Předpokládala se **exponenciální křivka růstu**, která charakterizovala poválečná léta:



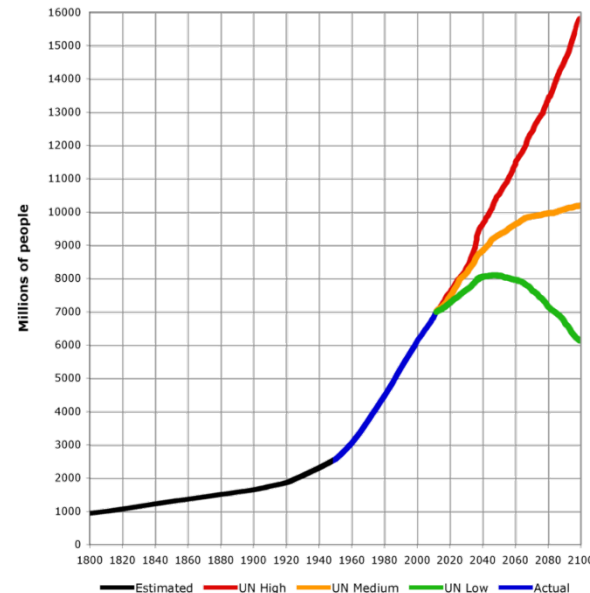
# Demografická křivka 2

- ⌘ Realita v r. 2000 však byla jiná – celosvětová populace čítala „jen“ kolem 6,1 mld. lidí!
- ⌘ Příčinou byl pomalejší růst v důsledku růstu ekonomického blaha společnosti po **logaritmické křivce** (někteří uvádějí i lineární růst):



# Demografický vývoj dle OSN

V současnosti je na světě kolem 7,4 mld. lidí a už se nepředpokládá tak strmý vývoj (odhad na r.2100 = 10–13 mld.)



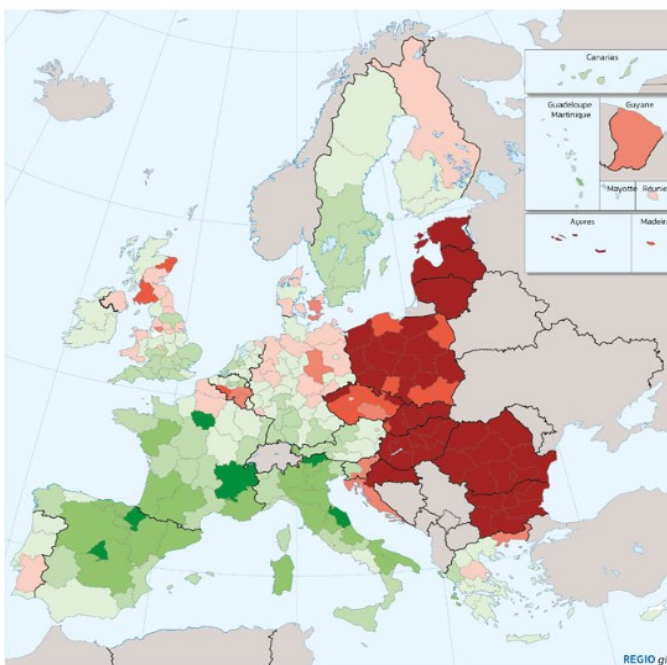
Zdroj: OSN

Podobně opatrné odhady platí i pro ČR, jehož vlastní populace stagnuje a počet obyvatel roste víceméně jen díky imigraci.

P. Fiala, Konference Rady seniorů  
ČR, 27.11.2017



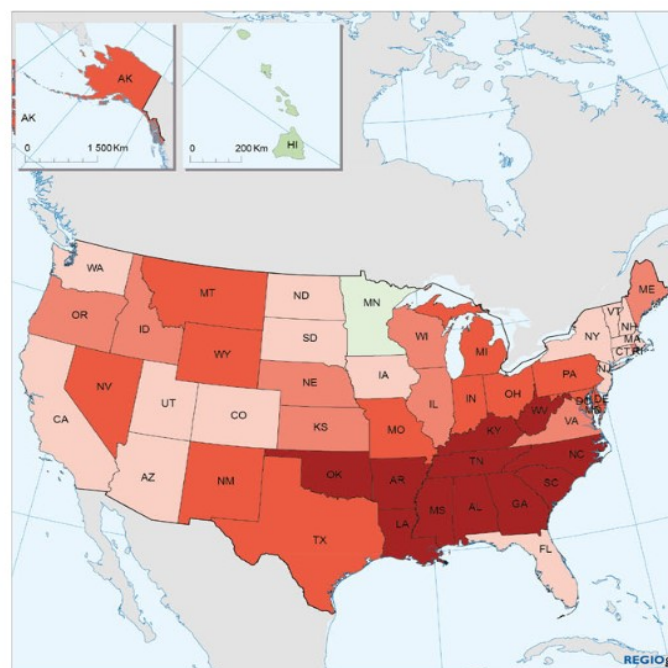
# Porovnání Evropa - USA



Map 2.25 Life expectancy in the EU, 2011



0 500 Km  
© FundGeographers Association for the administrative boundaries



Map 2.26 Life expectancy in the US, 2010



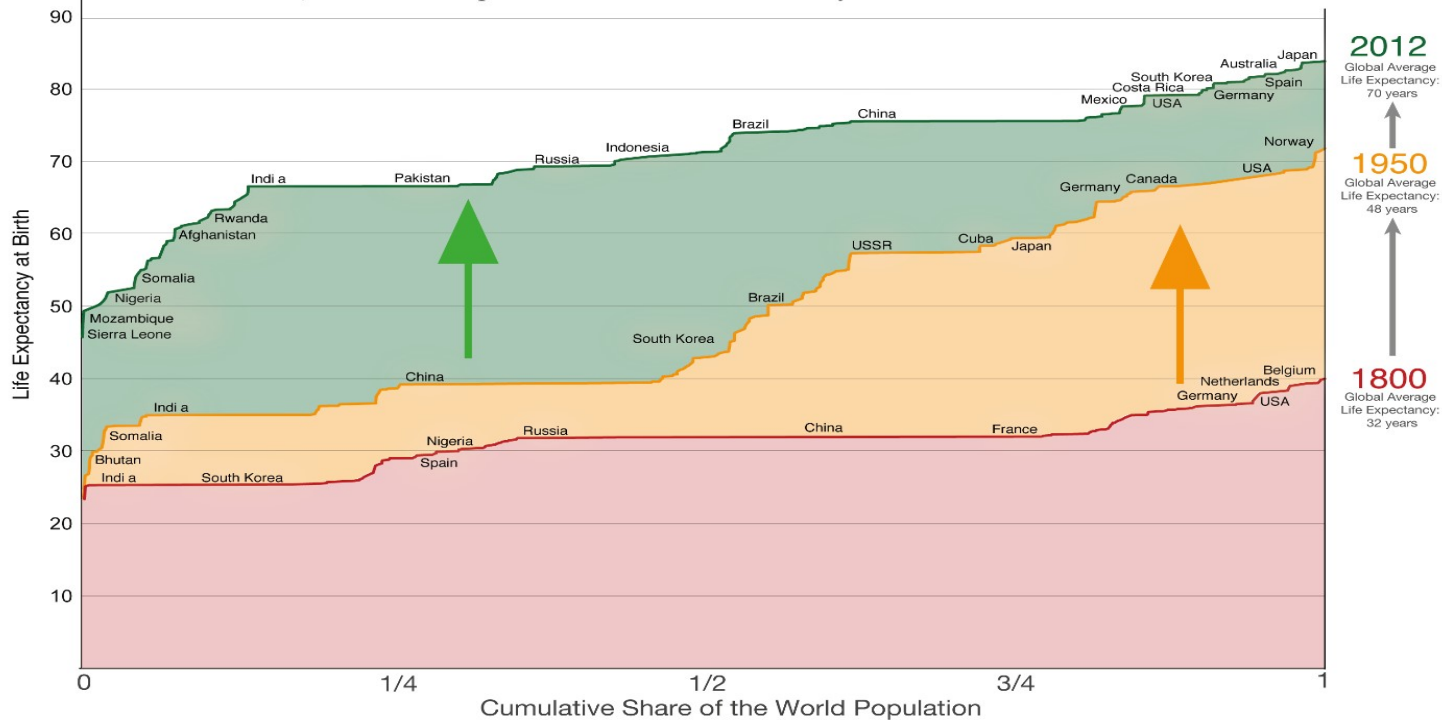
0 1,000 Km

# Vývoj očekávané délky života

OurWorld  
in Data

## Life Expectancy of the World Population in 1800, 1950 and 2012

Countries are ordered along the x-axis ascending by the life expectancy of the population. Data for almost all countries is shown in this chart, but not all data points are labelled with the country name.



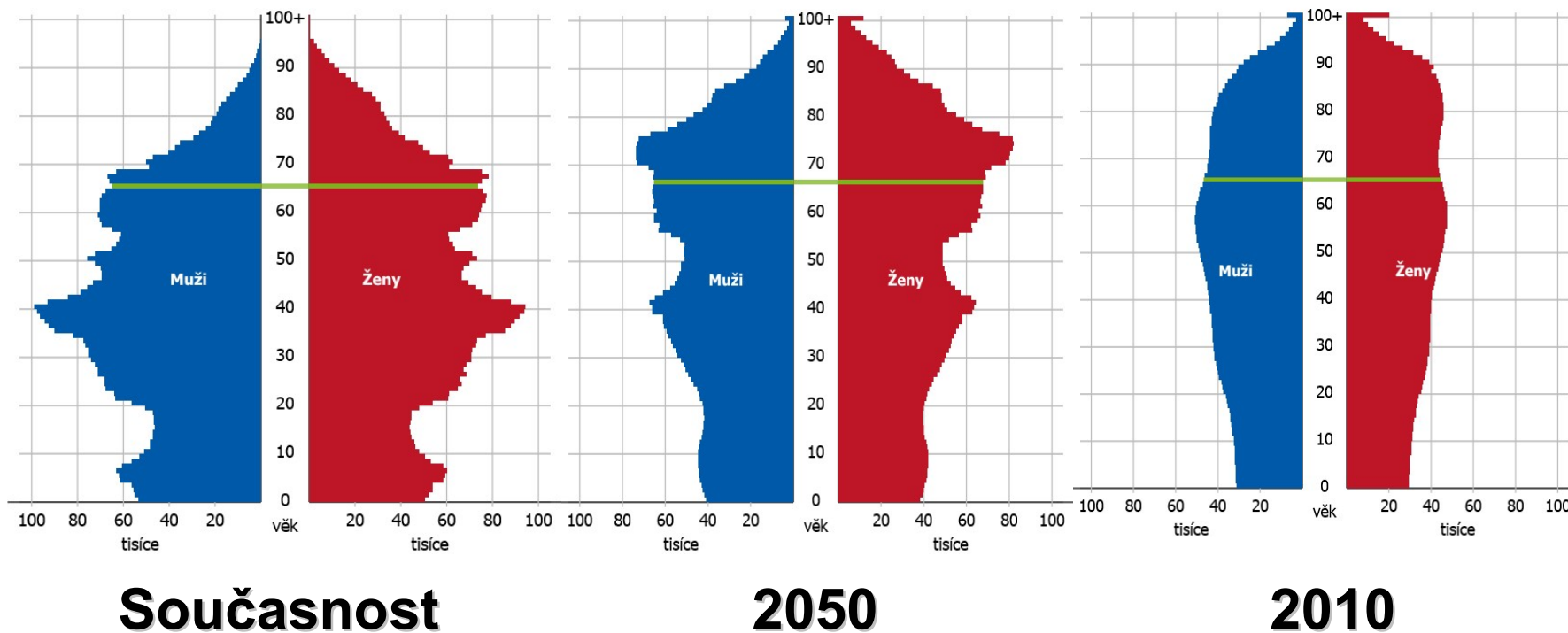
Data source: The data on life expectancy by country and population by country are taken from Gapminder.org. The interactive data visualisation is available at OurWorldinData.org. There you find the raw data and more visualisations on this topic.

Licensed under CC-BY-SA by the author Max Roser.

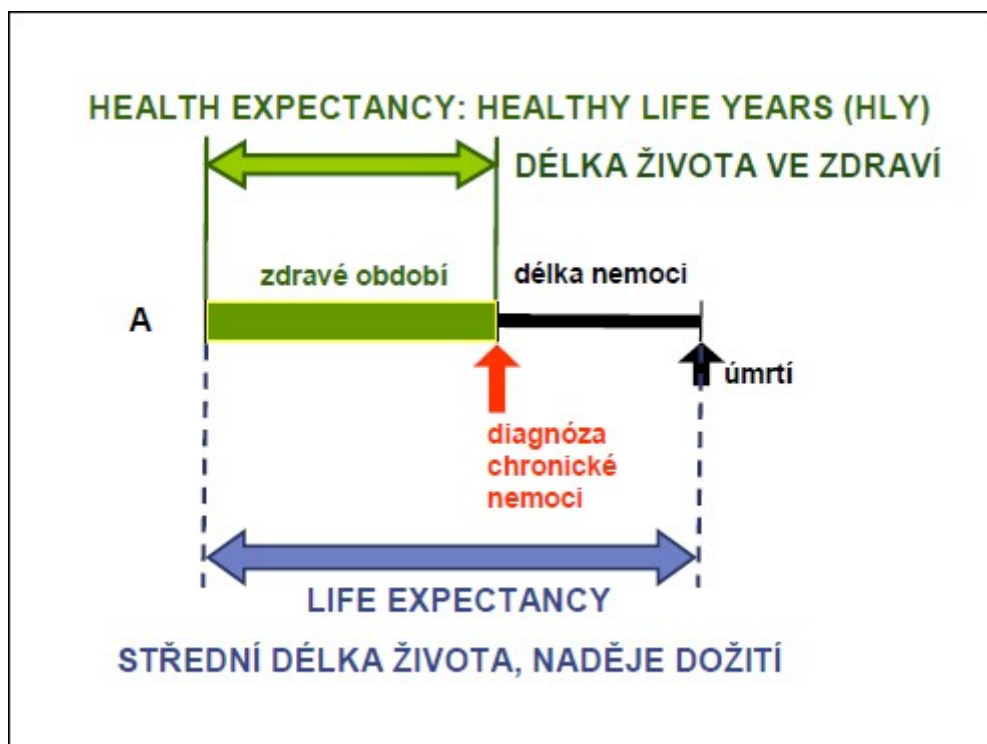
P. Fiala, Konference Rady seniorů  
ČR, 27.11.2017



# Strom života v ČR - prognóza



# Délka života ve zdraví



Citace: Holčík, 2009

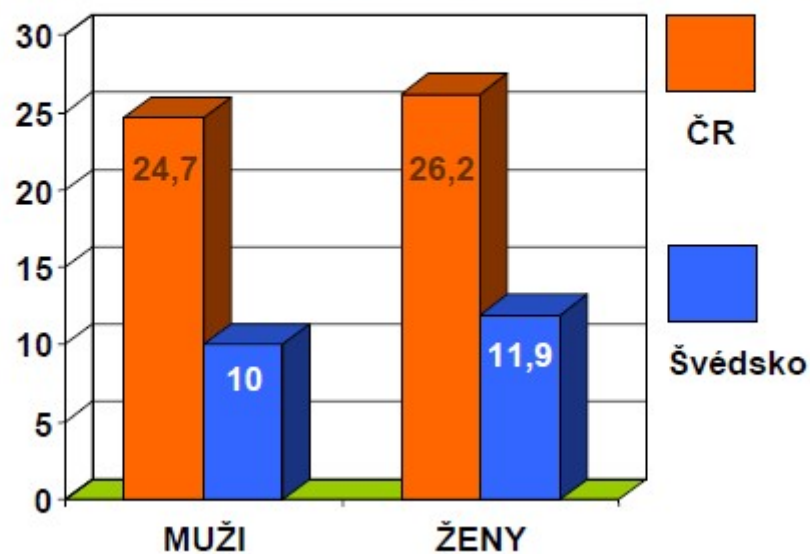
# Život ve zdraví: ČR x Švédsko



Citace: Holčík, 2009

# Obezita: ČR x Švédsko

PROCENTO OBÉZNÍCH MUŽŮ A ŽEN NAD 25 LET  
v České republice a ve Švédsku v letech 1996-1998



Citace: Holčík, 2009

# Spotřeba ovoce a zel.: ČR x Švédsko

Průměrné množství ovoce a zeleniny  
na osobu a rok (kg) ve Švédsku a České  
republice

pramen: databáze Světové zdravotnické organizace



Citace: Holčík, 2009

# Finále: ČR x Švédsko

Pokud má Česká republika ve srovnání se Švédskem

- dvojnásobnou spotřebu cigaret
  - dvojnásobnou spotřebu alkoholu
  - více než dvojnásobný výskyt obezity
  - poloviční spotřebu zeleniny,
- nemůže očekávat při jakkoli vysokých nákladech na provoz ambulancí a nemocnic, že dosáhne takovou úroveň zdraví lidí, jaká je ve Švédsku.



Holčík, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno, MSD a MU 2010,293s.

P. Fiala, Konference Rady seniorů  
ČR,27.11.2017

# Pojem „dlouhodobá péče“

## **Pokus o vymezení pojmu:**

**„Zdravotně-sociální dlouhodobá péče je spektrum služeb, které potřebují lidé se sníženou soběstačností, kteří jsou závislí na cizí pomoci. Potřebují pomoc a péči při každodenních aktivitách (ADL) i v péči o svou domácnost pro zajištění důstojného života. Zdravotní problémy vedoucí k této závislosti mohou být nejen fyzické, ale také psychické.“ (FRAM, 2013)**

## **Jak tuto definici uchopit legislativně a ekonomicky?**

# Ekonomické důsledky

- ⌘ V každém případě tento vývoj znamená, že na větší počet starších lidí v neproduktivním věku bude pracovat stále méně lidí ve věku produktivním.
- ⌘ **Dnešní poměr cca 2:1, do budoucna 1:1, ale i 1:2 ...**
- ⌘ **Příklad: v našem zdravotnictví cca 20% obyvatel (chroničtí a starší pacienti) čerpají až 80% péče. Obdobné to bude i v sociální péči.**
- ⌘ **Je to dlouhodobě udržitelné?**
- ⌘ **Existují 2 protichůdné názory - ANO i NE. Já se jako **optimista** přikláním k tomu prvnímu: **ANO**.**



# Nové paradigma - produktivita práce



- ⌘ Vývoj ukazuje, že existuje potenciál k tomu, aby **čím dál tím méně lidí uživilo čím dál tím víc důchodců.**
- ⌘ **Klíčem je produktivita práce**, jak ve světě (nové technologie), tak zejména u nás, kde je stále výrazně nižší než ve vyspělém světě.  
Např. i rigidní sovětský ekonom **N. A. Cagolov** ve své Politické ekonomii (VŠE Praha, 1973) připouštěl, že p. p. v sovětském bloku je jen asi 20% vůči USA.
- ⌘ **Současný stav: cca 2 pracující na 1 důchodce.**
- ⌘ **Budoucnost: 1 uživí 2 i více lidí díky vyšší p. p.**

# Podíl dlouhodobé péče na HDP

- ⌘ EU doporučuje, aby se na dlouhodobou péči vynakládalo ročně min. 1-2% HDP **(jako na zbrojení...)**
- ⌘ Vyspělé země toto doporučení zpravidla plní.
- ⌘ Podíváme se, jak se s tímto doporučením vyrovnává ČR.

Tab. č. 1: Vývoj HDP v ČR v mld. Kč:

Rok	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
HDP	4060	4098	4314	4555	4719	4855	5082

**ČR by měla vydávat cca 50 – 100 mld. Kč ročně na tzv. „dlouhodobou péči“ a s růstem HDP by měly tyto částky stále růst!**

**Vydáváme však na ni cca 1/3...**

# Aktuální legislativa

- ⌘ **Zák. č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu nahrazen zákonem č. **372/2011 Sb.** O zdravotních službách**
- ⌘ **Zák. č. 100/1988 Sb. O sociálním zabezpečení nahrazen zákonem č. **108/2006 Sb.** O sociálních službách**
- ⌘ **MPSV a MZ i jejich komise pracují na tématu už 25 let. Situace je ovšem i nadále nejasná. Zákony č. 108/2006 Sb. a č. 372/2012 Sb. **se nepotkávají, nýbrž zcela míjejí ...****

# Financování následné lůžkové péče

- ⌘ V r. 1998 v době vzniku vyhl. č. 134/98 Sb. *neexistovala žádná definice, pouze kódy úhrad OD*. Provádí se buď značně složitý výpočet dle „seznamu výkonů“, tj. základních úhrad, nepřímých nákladů (režie), kategorií pacienta atd. anebo
- ⌘ Od r. 2005 se vyhl. č. 50/2005 Sb. podařilo kalkulovat *celkovou úhradu OD* v jednotlivých kategoriích:
- ⌘ Např. OD pac. LDN (024) ve 3. kat v r. 2017 Kč: **1493-**, u oš. lůžka-soc. hospitalizace (005): **1271,-** Kč atd. Jak řečeno, cena (reál. náklady) je o 300–500 Kč vyšší.
- ⌘ **V r. 2018 úhrady vzrostou o 7%**, ale mzdy mají růst o 10% všem zaměstnancům (mzdové náklady = 70% na celkových nákladech) a inflace se čeká opět 2,5-3%...

# Porovnání nákladů dle typů nemocnic

Porovnání hlavních nákladových skupin na jednotlivých typech lůžek v r. 2006 (v Kč na 1 ošetrovací den)

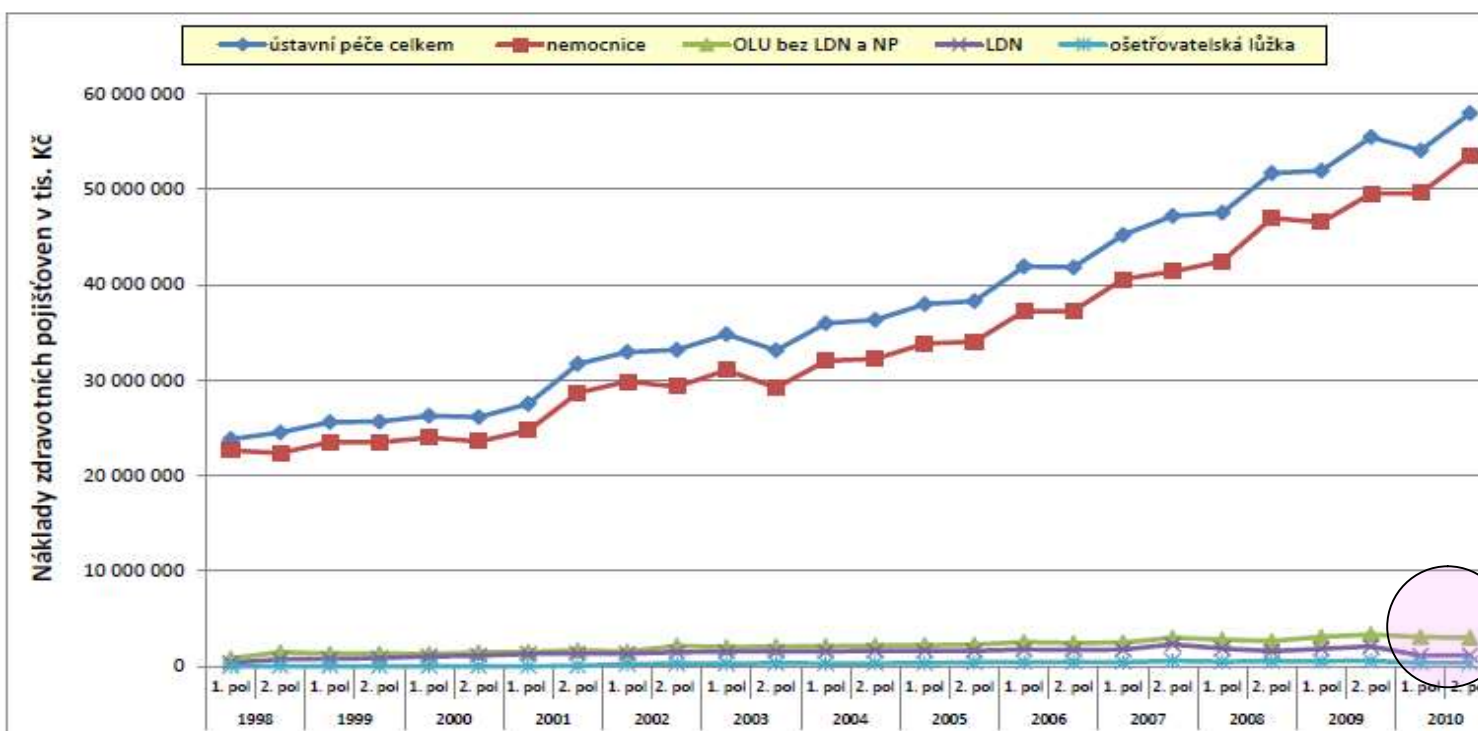
Typ nákladů	Následná péče	Krajské, okres. nem.	Fakultní nem.
<b>Hotelové</b>	<b>570</b>	<b>1230</b>	<b>2120</b>
<b>Medicínské</b>	<b>770</b>	<b>2805</b>	<b>4885</b>
<b>Celkem</b>	<b>1 340</b>	<b>4035</b>	<b>7005</b>

Zdroj AČMN, MZ

Metodika analýzy dle Německa a Rakouska. Disproporce v hotelových nákladech v ČR nemá žádný racionální důvod.

# Vývoj nákladů na zdrav. lůžkovou péči

Graf č. 2.17 Vývoj nákladů ZP na lůžkovou péči (nemocnice akutní péče, OLU, LDN, nemocnice následné péče)



Pozn.:

**Stagnace úhrad v podfinancované následné péči je neudržitelná!**

P. Fiala, Konference Rady seniorů  
ČR, 27.11.2017

# Rozhraní zdravotně-sociální

- ⌘ Po 27 letech zkušeností nebyly hlavním problémem formulace či věcné záměry, nýbrž **financování**.
- ⌘ **MPSV** nehodlá hradit zdravotní péči ani v sociálních zařízeních ani ve zdravotnictví!
- ⌘ **ZP** tvrdě odmítají hradit sociální péči i ve zdrav. i v sociálních službách! Tvrdí, že na akutních i následných lůžkách je mnoho „sociálních“ pacientů.  
ZP vždy braly jako „křivdu“, když podle vyhl. č. 134/98 Sb. přešly „LDN“ ze soc. odborů OÚ pod zdravotnictví kvůli převažující zdravotní péči.
- ⌘ **Nejvíce na to doplácet pacienti/klienti, ať už jsou „sociální“ nebo „zdravotní“ a ti, kdo se o ně starají.**

# Sociální sféra

- ⌘ **Lůžková péče se týká hlavně domovů pro seniory, postižené atp.**
- ⌘ **Podle současných představ MPSV mají být relativně soběstační lidé co nejdéle doma, a teprve nesoběstační mají chodit do „zařízení-ústavů“...**
- ⌘ **Také z toho důvodu dnes tvoří „klienti“ takových zařízení často ležící, nesoběstační „pacienti“ a rozdíl mezi „domovy pro seniory“ a „LDN“ se zcela stírá.**
- ⌘ **Náklady tzv. „sociálního“ a „zdravotnického“ zařízení jsou obdobné, úhrady však nikoliv. Chybí i schéma úhrad, jejich konstrukce je velmi komplikovaná.**
- ⌘ **Jeden z důsledků:  
Domovy nemají peníze na kvalifikované sestry!**



# Financování lůžek v soc. sektoru

**Celkem 45-50 tis. lůžek v domovech pro seniory atp.**

**Rozdíl mezi „státními“ (kraje aj.) a nezisk. (obce, církve)**

**Vyrovňovací mechanismy nejsou stanoveny.**

**Náklady podobné jako v LDN, výše úhrad jim neodpovídá,  
je komplikovaná a nejméně 4-zdrojová:**

- 1. Důchod: 250-300 Kč/den (max. 380,- Kč, musí zůstat 15%)**
- 2. Příspěvek na péči: 250-300 Kč/den (max. 13 200,-)**
- 3. Pojišťovny: obvykle 50 Kč/den (vázáno na zdr. sestry, kód 913)**
- 4. Dotace, granty (nenároková složka): 100-300 Kč/den ?**

**Celkové zdroje cca 900-1200 Kč/ den (27-36 tis./měsíc)**

# Terénní péče

## Některé aspekty terénní péče:

Terénní péče poskytuje lidem se sníženou soběstačností služby sociální, zdravotní a rhb.

Základní problém:

Kdy ještě stačí terénní péče a kdy je třeba už ústavní péče? Např. 3 návštěvy denně?

## Formální a neformální péče.

Neformální péče v ČR:

**Zaměstnané ženy středního věku s malými dětmi a stárnoucími rodiči; musejí zvládat 2-3 směny... !**

Vyřešit **plausibilitu a flexibilitu** (pro zaměstnance i pro zaměstnavatele).

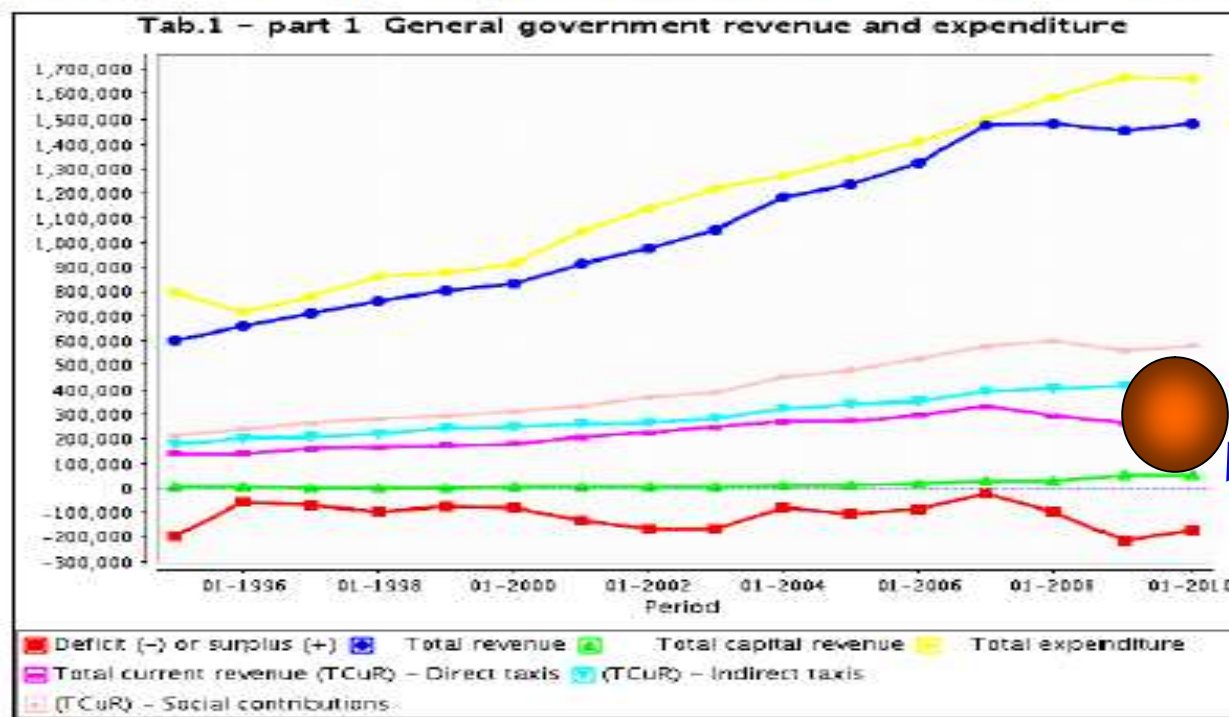
# Mýty o nízké „spoluúčasti“

- **V ČR se nyní platí v hotovosti kolem 16-17% nákladů ve zdrav. (cca 55 mld.). Pro chudé důchodce je už to nad jejich možnosti!**
- **V EU jsou finanční toky regulovány buď nižším % odvodů a vyšší „spoluúčastí“ nebo naopak. Např. Rakousko má 7% zákl. sazbu a platby v hotovosti 20-25%.**
- **ČR má vysoké % odvodů (13% = 2. nejvyšší v EU) i „spoluúčast“ 17%.**

**Není obvyklé obojí najednou.**

# Na okraj: Sociální kontext výběru daní

## Ekonomický kontext – výběr daní v ČR 1996-2010



Zdroj: ČNB

**Pokles výběru přímých daní zpravidla provází deficit SR, který nemůže být pokryt zvýšením nepřímých daní, neboť generace důchodců na to nemá. Tento neúnosný stav v ČR není ve vyspělých zemích EU obvyklý.**

# Celkové výdaje na „dlouhodobou péči“

1. Zdravotní násl. lůžková péče: 8-10 mld. Kč/rok
2. Zdravotní terénní péče: cca 1-2 mld. Kč/rok)
3. Sociální péče při 20 tis. lůžkách nesoběstačných pacientů (dlouhodobé ošetřování): 7-8 mld. Kč
4. Sociální terénní péče: cca 1 mld. Kč/rok.
5. Platby pacientů/klientů (spoluúčast): 1-2 mld/rok

**Celkem: 20–23 mld. Kč/rok (max. odhady)**

## Poznámka:

**Podíl na HDP = cca 0,38-0,46 % z celk. 4 855 mld. Kč, tj. z 1% HDP 2017 a 0,19-24% ze 2% HDP v ČR 2017.**

# Strategie řešení

- ⌘ **Vysoký podíl lidské práce. V budoucnu až 80% nákladů. Bez řádných úhrad hrozí nedostatek personálu!**
- ⌘ **Základní principy **úspory nákladů** ve veřejných službách: **SOLIDARITA a NEZISKOVOST.****
- ⌘ **Nepřekonatelným problémem v současné ČR je **DUÁLNÍ FINANCOVÁNÍ****
- ⌘ **Zdravotnictví: **Fondy ZP** dle zák. č. 48/1997 Sb.**
- ⌘ **Sociální sféra: **SR**, závislost na vládách a jejich politice.**
- ⌘ **Dualita financování je vedle nedostatku zdrojů největší překážkou uspokojivého řešení na rozhraní zdravotní a sociální péče.**

# Řešení v cizině

## Německy mluvící země:

V německých zemích je od 90. let zavedeno jako 5. pilíř sociálního pojištění: **OŠETŘOVATELSKÉ POJIŠTĚNÍ.**

**Premisa: Pojištění pro případ, že budu potřebovat ošetřovatelskou péči (varianta k úrazu, nemoci atp.)**

**Princip: část prostředků ze „zdravotního“, část prostředků ze „sociálního“ pojištění.**

**Základní nastavení: 3,2% - 4,7%**

**Předběžné kalkulace pro ČR (viz výše): pro začátek např. cca 50 mld. Kč/ rok (1% z HDP), z toho cca 2/3 na lůžkovou a 1/3 na terénní péči.**

# Dluhy vlády 2013 - 2017

1. Vláda **neměla žádnou vizi** pro staré a nemohoucí občany – považují to za její největší deficit!
2. **Mezi prioritami obou rezortních ministrů chybělo rozhraní péče zdravotní a sociální** – obě ministerstva jen záplatovala největší díry v obou oblastech.
3. Nebyl přijat **zákon o neziskových zařízeních**; zdravotnických (ale ani sociálních) zařízeních.
4. **Různá dostupnost a kvalita péče v krajích. Nerovnost v péči.**
5. **Následná péče zůstala po celé období „Popelkou“** v chybně nastaveném financování.
6. Zůstává legislativně a zdrojově **nevyřešená oblast na rozhraní mezi zdravotní a sociální oblastí.**



# Závěry

1. Je třeba nastavit **trvale udržitelné parametry** „dlouhodobé péče“ ve shodě s demograf. vývojem.
2. Nová vláda by měla mít tuto oblast jako **jednu ze svých priorit**, jak ve strategii, tak i ve financování.
3. Zvážit zavedení **ošetřovatelského pojištění**.
4. Řešení situace je možné jen **na úrovni vlády!**  
Je nepravděpodobná shoda na úrovni rezortních ministerstev, pokud se nedokázala dohodnout za minulých 27 let. Vláda by měla pro řešení jmenovat např. svého **zmocněnce** pro tuto oblast atp.
5. Není jasné, jaký zde bude postup **nové vlády...**



**Děkuji Vám za pozornost**  
***[petrfiala@hotmail.com](mailto:petrfiala@hotmail.com)***