

Dlouhodobá péče nejen v České republice



ISBN 978-80-88361-09-1



Dlouhodobá péče nejen v České republice

Ladislav Průša a kolektiv



Dlouhodobá péče nejen v České republice

Ladislav Průša a kolektiv



ASOCIACE POSKYTOVATELŮ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

Monografie byla zpracována v rámci realizace projektu „Důsledky stárnutí populace na potřebu dlouhodobé péče – možnosti promítnutí inovativních námětů ze zahraničí do české praxe“ (reg. č. TL02000531), jehož řešení bylo financováno ze zdrojů Technologické agentury ČR.

Ladislav Průša a kolektiv

Recenzenti: prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc., a Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

Dlouhodobá péče nejen v České republice

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

Odpovědná redaktorka: Ing. Petra Cibulková

Počet stran: 366

Vydání 1., 2021

Grafická úprava, sazba a tisk: RUDI, a. s., Tábor

Všechna práva vyhrazena, bez písemného souhlasu nakladatelství nesmí být text, ani žádná jeho část, reprodukován, ukládán či rozšiřován.

Titulní fotografie: Fotky & Foto

ISBN 978-80-88361-09-1

ISBN 978-80-88361-10-7 (online)



Obsah

Autorský tým	11
Úvod	13
1. Dlouhodobá sociálně-zdravotní péče	17
1.1 Modely systémů dlouhodobé sociálně-zdravotní péče	17
1.2 Aktuální trendy při poskytování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Evropě	28
1.3 Systémy dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ve vybraných evropských zemích	39
1.3.1 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Německu	40
1.3.2 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Rakousku	54
1.3.3 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče na Slovensku	66
1.3.4 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Polsku	83
1.3.5 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ve Švédsku	91
1.3.6 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Belgii	100
1.3.7 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ve Francii	107

1.3.8	Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Izraeli	121
1.3.9	Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Rusku	129
1.3.10	Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Norsku	141
1.3.11	Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Portugalsku	151
1.3.12	Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Estonsku	157

2. Systémy dlouhodobé sociálně zdravotní péče a zavádění inovativních přístupů pohledem dotázaných expertů z vybraných zemí 165

2.1	Základní charakteristika dotázaných institucí	171
2.2	Základní charakteristiky systému LTC v dotázaných zemích	174
2.3	Předpoklady pro zavádění inovací v rámci systému LTC v dotázaných zemích	185
2.4	Zavádění nových forem LTC v jednotlivých zemích	198
2.5	Shrnutí	203

3. Systém dlouhodobé sociálně zdravotní péče v ČR 209

3.1	Dosavadní diskuze nad tvorbou systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče	209
3.2	Kvantifikace výdajů na poskytování systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče	216
3.3	Analýza systému financování sociálních služeb – vybrané hlavní problémy	225

3.4	Důsledky očekávaného demografického vývoje na potřeby služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče	238
3.5	Přispěl zákon o sociálních službách k rozvoji služeb pro seniory?	246

4.	Předpoklady a bariéry sdílené péče v ČR z pohledu domácností pečujících o nesoběstačného seniora	257
4.1	O výzkumu	258
4.1.1.	Cíle výzkumu	258
4.1.2.	Metodika výzkumu	259
4.1.3.	Popis vzorku	261
4.1.4.	Souhrn	265
4.2	Podoby sdílené péče	266
4.2.1.	Hlavní pečující a ostatní neformální pečující	268
4.2.2.	Neformální a profesionální péče	271
4.2.3.	Zdravotní a sociální péče	273
4.2.4.	Souhrn	275
4.3	Překážky sdílené péče	276
4.3.1.	Finanční překážky	276
4.3.2.	Dispoziční a organizační bariéry	284
4.3.3.	Informační mezery	287
4.3.4.	Souhrn bariér	289
4.4	Předpoklady a stimuly sdílené péče	290
4.4.1.	Rodinné prostředí	290
4.4.2.	Odlehčovací služba	292
4.4.3.	Tísňová péče	294
4.5	Závěry	296

5. Jak stimulovat rozvoj služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v ČR?	301
5.1 K problematice systémových změn v oblasti řízení sociálních služeb	302
5.1.1 Rozdělování dotací ze státního rozpočtu státem	303
5.1.2 Zrušení institutu sítě sociálních služeb	304
5.1.3 Garance minimálních standardů poskytovaných sociálních služeb	305
5.1.4 Rozvoj odlehčovacích služeb	306
5.1.5 Rozvoj tíšňové péče	307
5.2 K problematice systémových změn v oblasti financování sociálních služeb	308
5.2.1 Oddělení financování poskytovatelů sociálních služeb a hmotného zabezpečení pečujících osob	309
5.2.2 Úpravy úhrad klientů za poskytování sociálních služeb	310
5.2.3 Přejed na výkonovou platbu za poskytovanou ošetřovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb	313
5.2.4 Stejné principy financování ošetřovatelské a sociální péče ve zdravotnických i sociálních zařízeních	315
5.2.5 Posouzení možnosti přechodu financování služeb sociální péče prostřednictvím pojistného	317
5.3 K problematice hmotného zabezpečení pečujících osob	318
5.3.1 Podpora pečujících osob v současné legislativě	318

5.3.2	Problémy a rizika, které je potřeba mít na zřeteli při hledání efektivního systému podpory pečujících osob	324
5.3.3	Možná forma hmotného zabezpečení pečujících osob	326

Závěr	329
--------------	------------

Seznam literatury	335
--------------------------	------------

Přílohy	346
----------------	------------

Příloha č. 1:

Hodnocení závislosti v jednotlivých modulech a jeho promítnutí do celkového hodnocení pro úroveň přiznání příspěvku na péči v Německu



Autorský tým

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

výzkumný pracovník VÚPSV, v. v. i.

Zpracoval kapitoly 1.1, 1.2, 3 a 5, podílel se na zpracování kapitoly 1.3.

Mgr. Pavel Bareš, Ph.D.

výzkumný pracovník VÚPSV, v. v. i.

Zpracoval kapitolu 2.

Ing. Martin Holub, Ph.D.

výzkumný pracovník VÚPSV, v. v. i.

Podílel se na zpracování kapitoly 1.3.

Ing. Mgr. Jiří Remr, Ph.D., MBA

výzkumný pracovník Institutu evaluací a sociálních analýz (INESAN)

Zpracoval kapitolu 4.

Milan Šlapák, MBA

výzkumný pracovník VÚPSV, v. v. i.

Podílel se na zpracování kapitoly 1.3.

Mgr. Martin Žárský

výzkumný pracovník VÚPSV, v. v. i.

Podílel se na zpracování kapitoly 1.3.



Úvod

Populace v České republice stárne, naše společnost však není na důsledky toho připravena. Dlouhodobě se sice hovoří o potřebě důchodové reformy, o důsledcích očekávaného demografického vývoje na systémy sociálních služeb a zdravotní péče se ale prakticky nehovoří a to přesto, že dopady stárnutí obyvatelstva na tyto systémy budou výrazně vyšší než na důchodový systém.

Systémy sociálních služeb i zdravotní péče dnes v naší zemi fungují samostatně bez potřebných vzájemných interakcí, systém dlouhodobé péče není doposud legislativně upraven. Kapacity sociálních služeb v pobytových ani ambulantních zařízeních a v terénních službách se prakticky nezvyšují, zdravotní péče se soustředí pouze na rozvoj akutní medicíny, služby následné péče v nemocnicích jsou orientovány pouze na udržování základních životních funkcí člověka, domácí ošetrovatelská péče není prakticky indikována. Je proto žádoucí hledat inspirativní řešení, která přispějí k odstranění existujících nedostatků tak, aby péče o seniory a handicapové osoby i v budoucnu byla poskytována na úrovni, která odpovídá 21. století.

Kniha, kterou jste právě otevřeli, je výstupem projektu „Důsledky stárnutí populace na potřebu dlouhodobé péče – možnosti promítnutí inovativních námětů ze zahraničí do české praxe“, který v letech 2019–2020 realizoval v rámci programu ÉTA za finanční podpory Technologické agentury ČR Výzkumný ústav práce a sociálních

věcí, v. v. i., ve spolupráci s INESAN a Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s., která v rámci projektu plnila roli aplikačního garanta. Cílem tohoto projektu bylo identifikovat klíčové problémy, které brání rozvoji dlouhodobé péče o seniory a handicapované osoby, a na základě výsledků terénního šetření mezi pečujícími osobami v ČR a dotazníkového šetření mezi poskytovateli služeb dlouhodobé péče ve vybraných evropských zemích navrhnout vhodná řešení, která by přispěla k odstranění existujících nedostatků a k naplnění jedné z priorit Národního plánu rozvoje sociálních služeb do roku 2025. Klíčová pozornost přitom byla věnována problémům, které doprovázejí poskytování služeb v přirozeném domácím prostředí seniorů a zdravotně handicapovaných občanů. Lze předpokládat, že promítnutím získaných poznatků do praxe se zlepší zejména sociální podmínky rodinných příslušníků zajišťujících péči o seniory a handicapované osoby v domácím prostředí.

Hlavním uživatelem výsledků projektu je jeho aplikační garant – Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Jejím prostřednictvím budou výsledky projektu diseminovány nejen ke konkrétním poskytovatelům služeb, ale ke všem stakeholderům (zajímavostným subjektům), kteří působí na poli sociálních služeb a zdravotní péče. Celý autorský kolektiv je přesvědčen, že získané poznatky přispějí k rozvoji systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v naší zemi.

Celá kniha je rozdělena do pěti kapitol.

V první kapitole je pozornost věnována charakteristice hlavních modelů systémů dlouhodobé sociálně zdravotní péče, které jsou v současné době uplatňovány především v evropských zemích, a popisu aktuálních trendů při jejich poskytování. Závěr kapitoly je

věnován popisu hlavních principů systémů organizace, financování a poskytování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ve vybraných zemích, každá monografie je zakončena doporučením, které by bylo možno promítnout do systému v naší zemi.

Druhá kapitola knihy je věnována charakteristice systémů dlouhodobé sociálně-zdravotní péče pohledem expertů ve vybraných zemích, pozornost byla v tomto smyslu věnována předpokladům pro zavádění inovací v rámci těchto systémů v dotázaných zemích a aplikaci nových forem této péče v jednotlivých zemích.

Třetí kapitola je zaměřena na sumarizaci dosavadních poznatků o vývoji systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v České republice. Hlavní pozornost je přitom soustředěna na to, zda zákon o sociálních službách přispěl k rozvoji služeb pro seniory a jaké důsledky lze očekávat kvůli stárnutí populace podle výsledků projekce obyvatelstva na potřeby služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v naší zemi.

Ve **čtvrté kapitole** jsou představeny výsledky terénního šetření, které bylo zaměřeno na charakteristiku předpokladů a bariér sdílené péče v naší zemi z pohledu domácností pečujících o nesoběstačného seniora. Pozornost byla věnována podobám této péče v naší zemi a překážkám, předpokladům a stimulům, které její poskytování doprovázejí.

Poslední kapitola knihy je věnována otázce, jak stimulovat rozvoj služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v České republice. Navrhovaná opatření jsou strukturována do dvou hlavních okruhů – na opatření, která se týkají systémových změn v oblasti řízení

sociálních služeb, a na opatření týkající se systémových změn v oblasti financování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Klíčová pozornost je věnována problematice hmotného zabezpečení pečujících osob, které je jedním z limitujících faktorů rozvoje sdílené sociálně-zdravotní péče nejen v naší zemi, ale prakticky ve všech evropských zemích.

Na zpracování této monografie se podílel tým výzkumných pracovníků Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, v. v. i., a INESAN. Tento tým po celou dobu realizace projektu úzce spolupracoval s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s., zejména s jejím prezidentem Ing. Jiřím Horeckým, Ph.D., MBA, kterému patří poděkování za zprostředkování kontaktu se zástupci poskytovatelů služeb dlouhodobé péče ve vybraných evropských zemích a za poskytnutí řady cenných informací a podkladů týkajících se především aktuálních diskuzí o očekávaných trendech vývoje služeb dlouhodobé péče v evropských zemích soustředěných v European Aging Network. Autorský tým je přesvědčen, že právě otevřená monografie poskytne všem čtenářům řadu námětů pro rozvoj služeb dlouhodobé péče, pro zamyšlení nad tím, jak koncipovat strategii rozvoje v jednotlivých regionech, nebo pro další vědeckovýzkumnou činnost.

1

Dlouhodobá sociálně-zdravotní péče

Podle definice WHO je cílem dlouhodobé sociálně-zdravotní péče „zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“. Dlouhodobá sociálně-zdravotní péče jako taková představuje „soubor služeb určený osobám se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní, kapacity, které jsou po delší časové období závislé na pomoci při základních činnostech každodenního života“.¹ Pojetí této péče se v jednotlivých zemích liší, závisí zejména na přístupu, který je v nich uplatňován při řešení jednotlivých sociálních situací, na sociálně-politické orientaci jednotlivých zemí a na řadě dalších charakteristik, podle nichž lze rozlišit několik modelů systémů této péče.

1.1 Modely systémů dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Dlouhodobá sociálně-zdravotní péče se v řadě evropských zemí stala novým odvětvím sociálního zabezpečení. V poválečném období

¹ WIJA, P., P. BAREŠ a J. ŽOFKA. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, 2019. ISBN 978-80-907662-2-8.

nebyla samostatnou součástí sociálních systémů, některé její prvky byly součástí zdravotní péče, vše ostatní mohlo být či bylo v té či oné podobě zahrnuto v jiných odvětvích sociální politiky, přičemž finální složkou byla vždy systémově sociální pomoc – minimálně z finančního hlediska, z pohledu jednotlivce.

V uplynulém období se v jednotlivých zemích vyvinulo několik modelů této formy péče, které je možno začlenit do obecných sociálních modelů definovaných v 90. letech minulého století Espingem-Andersenem.² V tomto smyslu lze identifikovat tři základní sociální modely:

- model liberální;
- model konzervativní (někdy označován též jako model křesťansko-demokratický);
- model sociálně-demokratický.

Někteří autoři k těmto modelům přiřazují ještě model čtvrtý – neoliberální.³

V **liberálních systémech** je obecně role sociální pomoci podstatně větší než v ostatních systémech. Součástí těchto systémů je i zdravotní péče a její univerzalita a kvalita mají vliv i na (možnou) úlohu sociální pomoci v celém sociálním systému. V relativně liberálních systémech je úloha sociální pomoci podstatně vyšší než v ostatních zemích, s konzervativním (křesťansko-demokratickým)

² ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990.

³ VOSTATEK, J. *Modely financování dlouhodobé péče*. FÓRUM sociální politiky č. 6/2020. ISSN 1802-5854.

či sociálně-demokratickým systémem. Sociální pomoc přitom obvykle představuje celé systémy dávek sociální pomoci s rozličnou mírou testování a s různým účelem.

Klasický liberální model minimalizuje zásahy státu do hospodářství a dnešní sociální politiku vůbec neuznává. V tomto modelu v zásadě platí, že každý se má o sebe postarat sám. Z hlediska dlouhodobé péče existovaly určité výjimky, k nimž lze zařadit ústavní péči v chudobincích, starobincích, sirotčincích, blázincích, popř. i v obecních pastouškách.

Tento model vychází z chicagské ekonomické školy, která je charakterizována bezmeznou vírou ve svobodné trhy, v jejich schopnost efektivně alokovat zdroje a rozdělovat příjmy. Standardní soukromé zdravotní pojištění či pojištění dlouhodobé péče má své charakteristické konstrukční prvky, které jsou odvozené ze zásady ekvivalence a z její realizace v tržním prostředí. Soukromá pojišťovna si před sjednáním pojistné smlouvy zjišťuje zdravotní stav klienta a snaží se zjištěné skutečnosti promítnout do výše pojistného. Při vysokém „riziku“ smlouvu ani neuzavře.

Typická soukromá pojištění bývají koncipována i se zřetelem na prodejnost příslušných produktů. U dlouhodobé péče je to zvlášť významné, protože riziko dlouhodobé péče je sice potenciálními klienty obecně uznáváno jako významné, nicméně jeho pojištění je finančně náročné. Pro velkou většinu osob jsou náklady dlouhodobé péče v případě vážné nesoběstačnosti vysoké, ne-li prohibitivní. Částečně to ovlivňuje i režie pojišťoven, která např. v USA u osoby sjednávající pojištění dlouhodobé péče ve věku 65 let činí 18 % ze zaplaceného pojistného. Tuto vysokou režii lze vysvětlit výší správních

nákladů, nedokonalou konkurencí, asymetrickými informacemi a celkovým rizikem růstu nákladů.⁴

Modernímu liberálnímu modelu v současnosti nejvíce vyhovuje sociální pomoc jako metoda sociálního zabezpečení. V rozporu s ním není charita a v praxi příslušných zemí hraje rozhodující roli poskytování dlouhodobé péče ze strany rodiny, přátel a známých. I když osobami potřebujícími dlouhodobou péči jsou lidé všech věkových skupin, rozhodující podíl mají senioři vyššího věku. Pokud jsou tyto osoby poživateli starobního či jiného důchodu, tak tento důchod může sloužit k částečné a v jednotlivých případech i k plné úhradě nákladů dlouhodobé péče. Koncepce dlouhodobé péče tak může vzít na zřetel i koncepci sociálního zabezpečení ve stáří. Stejně tak je vhodné, aby koncepce financování dlouhodobé péče navázala na koncepci financování zdravotní péče. V tomto smyslu je koncepce financování dlouhodobé péče tedy jakousi nadstavbou nad koncepcí zdravotní péče a starobních (a invalidních) důchodů. Nejen teorie dlouhodobé péče upozorňuje na širší souvislosti domácí péče o nesoběstačné osoby ze strany rodiny a dalších osob, mezi něž patří i význam dědictví a obecněji i využití majetku potřebných osob k přímé i nepřímé úhradě nákladů dlouhodobé péče.

Financování dlouhodobé péče v moderním liberálním modelu individualizovanou dávkou sociální pomoci je systémovým řešením. Problém je v tom, že náklady této péče bývají velmi vysoké. Moderní liberální systém se z tohoto hlediska umí postarat o nejchudší vrstvu nesoběstačných osob s předpokládaným zapojením jiných v zásadě

⁴ CREMER, H., P. PESTIEAU a G. PONTIÉRE. *The economics of long-term care: a survey*. ECORE Discussion Paper 2012/30. Louvain-la-Neuve: Center for Operations Research and Econometrics. Dostupné z: http://www.ecore.be/DPs/dp_1343209359.pdf.

univerzálních dávek, jako je např. starobní důchod. Problémy však nastávají ve vztahu k ostatním nízkopříjmovým skupinám obyvatelstva a také v relaci ke střední třídě, kde liberální přístupy vyžadují prioritní využití aktiv klientů k financování dlouhodobé péče. Proti rychlému a potenciálně nevýhodnému prodeji např. rodinných domků ve Velké Británii se konala v minulosti řada demonstrací, významné riziko však spočívá i v tom, že potenciální příjemci sociální pomoci mají (resp. mohou mít) snahu se rychle a včas zbavit svých aktiv tak, aby nedošlo ke snížení jejich dávek. Tyto tendence jsou známy např. z Austrálie, kde je veřejný důchod dávkou sociální pomoci. Systémově dobře míněná liberální politika – snažit se využít aktiv klientů k financování dlouhodobé ústavní péče – se tak může do značné míry minout účinkem.

Americké programy veřejně financované zdravotní péče Medicare a Medicaid⁵ již v zásadě nezapadají do moderního liberálního modelu. Friedman proto mj. navrhoval jejich zrušení. Argumentace byla modelově jednoduchá – stát nemusí vytvářet žádný systém zdravotního zabezpečení, protože každý se může zabezpečit sám podle svých představ a možností. A naopak: hlavními viníky vysokých nákladů na zdravotní péči v USA jsou poskytování zdravotního pojištění zaměstnavateli a programy Medicare a Medicaid.⁶

⁵ Medicare je federální pojištný program pro zaměstnance a jejich manželky (manžele) s plněním po dosažení věku 65 let, dlouhodobá péče trvající minimálně 6 měsíců není součástí tohoto programu. Medicaid jsou federální státní programy nakupování soukromého pojištění zdravotní a dlouhodobé péče pro sociálně slabé a nízkopříjmové občany s většími rozdíly mezi jednotlivými státy, pokud jde o konkrétní parametry produktu, což platí i pro testování příjmů a majetku zájemců o tuto péči. Do programu je zahrnuta domácí (ambulantní) péče a ústavní ošetrovatelská péče. Na financování ústavní péče se podílejí klienti financovaní bydlením a stravou, někteří k tomu využívají i obecného programu sociální pomoci.

⁶ FRIEDMAN, M. How to Cure Health Care. Hoover Digest. No. 3/2001. Dostupné z: <http://www.hoover.org/publications/digest/3459466.html#>.

Britský systém financování dlouhodobé péče vychází z konstrukce nejvýznamnější dávky sociální pomoci, při jejímž poskytování se testuje příjem i majetek. Poválečná Beveridgeova koncepce sociální politiky se přitom opírá o systém národního pojištění, jehož peněžité dávky jsou univerzální a jsou financovány příspěvkem na národní pojištění, který je nezávislý na výdělku. Od roku 1971 existuje ve Velké Británii příspěvek na úhradu pečovatelské služby pro osoby starší 65 let. Jde tedy o velmi jednoduchý „příspěvek na péči“, s nízkými sazbami, který zapadá do britského systému univerzálních dávek. Při stanovení plateb za poskytované služby v ústavní péči se testují příjmy i majetek žadatele, hodnotí se přiměřenost základních poskytovaných služeb a jejich cen na lokální úrovni. Vychází se přitom mj. z toho, že bydlení a stravování a další „hotelové služby“ si má každý uhradit sám. Podstatným zdrojem úhrady trvalé ústavní péče je či může být i kapitál klienta, jehož součástí je i prodejní cena domu klienta.⁷

Velkým problémem britského systému je skutečnost, že se lidé nemohou ochránit před velmi vysokými náklady péče. Nabídka finančních produktů na úhradu nákladů péče je přitom velmi omezená,⁸ žádné úpravy tohoto systému však doposud nebyly přijaty.

Typickým rysem **konzervativního (křesťansko-demokratického) modelu** je velká diverzita zabezpečení jednotlivých sociálních skupin, kdy každá sociální skupina má modelově „svůj“ systém

⁷ HUMPHRIES, R. *Paying for social care: Beyond Dilnot*. London: The King's Fund, 2013. Dostupné z: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf.

⁸ DILNOT, A., N. WARNER a D. J. WILLIAMS. *Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support*. Dostupné z: http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf.

sociálního zabezpečení. Tyto systémy odrážejí jak specifika dané sociální skupiny, která jsou krytá zabezpečením, tak i její vlivové postavení ve společnosti.

Typickou, v tomto modelu nejvíce používanou metodou sociálního zabezpečení zaměstnanců je sociální pojištění. Dvěma základními zásadami sociálního pojištění jsou zásada ekvivalence a zásada sociální solidarity. Zásada ekvivalence se aplikuje na úrovni jednotlivých systémů, a to samostatně v jednotlivých odvětvích a institucích, jejich celkové příjmy a výdaje se musí rovnat. Uplatňuje se u peněžitých dávek sociálního pojištění tak, že samotná dávka je přímo úměrná výši zaplaceného pojistného, a to jednotně pro všechny účastníky daného systému. Zásada sociální solidarity se uplatňuje především v rámci daného souboru rizik a jejich účastníků, kdy účastníky se povinně stávají všichni příslušní zaměstnanci.

Modelově je dlouhodobá péče v tomto modelu věcnou dávkou sociálního pojištění. Její význam narůstá v souvislosti se zvyšováním rozsahu a kvality zdravotní péče, které se projevuje v růstu vynaložených nákladů. Dochází k posilování sociální solidarity na úkor ekvivalence. Z pohledu čistě teoretického, modelového je zásadním problémem financování univerzální zdravotní péče pojistným, které je proporcionální vzhledem k výdělům zaměstnanců.

Konzervativní sociální model prošel v uplynulých letech řadou proměn. Jejich vyvrcholením je zavedení pojištění dlouhodobé péče jako pátého pilíře německého systému sociálního pojištění. Významným argumentem pro zavedení tohoto systému byla snaha převést organizaci a financování dlouhodobé péče z obcí na jiné

institute. Z tohoto hlediska pojištění dlouhodobé péče „nahradilo“ sociální pomoc.⁹

Konzervativní model se obecně vzato opírá o princip subsidiarity. Dlouhodobá péče je primárně chápána jako odpovědnost rodiny. Stát zasahuje jen v těch případech, kdy rodina už tyto požadavky, resp. potřeby nemůže uspokojit. To se odráží i v tom, že pojištění dlouhodobé péče explicitně nesměřuje k plné úhradě všech nákladů, ale předpokládá i existenci určitých soukromých plateb, přičemž k odstranění sociálních tvrdostí je k dispozici systém sociální pomoci.

Ke konzervativnímu modelu dlouhodobé péče lze přiřadit některé další státy, např. Rakousko, Belgie, Francii, Lucembursko, Japonsko a Koreu,¹⁰ přesto však tento model ve financování dlouhodobé péče v zemích OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) nepřevažuje. V zemích s tímto modelem je viditelná návaznost dlouhodobé péče na zdravotní péči, a to jak z hlediska jejího institucionálního uspořádání, tak i z hlediska jejího financování. Z čistě teoretického hlediska není důvod využívat konzervativní model u univerzálního systému zdravotní péče ani u univerzálního systému dlouhodobé péče.¹¹

Sociálně-demokratický sociální model klade důraz na poskytování univerzálních dávek a služeb. Univerzálně poskytovaná zdravotní

⁹ RIEDEL, M., S. FÖßLEITNER a M. KRAUS. *Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen. Research Report*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019. Dostupné z: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=727>.

¹⁰ COLOMBO, F. a kol. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing, 2011. Dostupné z: www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.

¹¹ VOSTATEK, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

péče pro všechny občany je nedílnou součástí tohoto modelu, stejně jako její rozpočtové financování z obecných daní.¹² Sociálně-demokratický sociální model je ve své základní, výchozí koncepci spojen s výhradním poskytováním veřejných služeb, zdravotní péče a také dlouhodobé péče. Tento model se v zásadní podobě aplikuje ve všech skandinávských zemích. V praxi jednotlivých zemí byla koncepce s různou intenzitou modifikována, prosadilo se využívání tržních nástrojů, do systému začali být zapojováni soukromí podnikatelé (zejména praktičtí lékaři), soukromé společnosti a neziskové organizace. To poněkud modifikuje sociálně-demokratický model v pojetí Espinga-Andersena.

Jedním ze zásadních důsledků rychlého rozvoje možností zdravotní péče a prodlužování lidského věku je zásadní tlak na zvyšování nákladů na zdravotní péči, který se ve světě promítl i v celkovém pojetí univerzalizmu zdravotní péče. Zatímco dříve se vycházelo z toho, že zdravotní péče má být poskytována každému v plném rozsahu a kvalitě, dnes již dominuje „nový univerzalizmus“, podle něhož je možno všem poskytovat jen základní péči, v každé zemi musí být – již z praktických důvodů – definován „balík základní péče“.

Zvláště v americké literatuře bývají rozlišovány dva submodely veřejně financované zdravotní péče podle toho, zda poskytovateli zdravotní péče jsou převážně veřejné instituce, nebo soukromé podniky. Veřejně financované poskytování zdravotní péče v jinak soukromém zdravotnictví bývá charakterizováno jako „single-payer

¹² PALMER, E. *Public Policy for Pensions, Health and Sickness Insurance. Potential Lessons from Sweden for Latin America*. Santiago de Chile: United Nations, 2006.

system“, čili systém s jedním plátcem; příkladem je Kanada. Naproti tomu veřejně financované veřejné zdravotnictví bývá v USA a Kanadě často označováno jako socializované zdravotnictví (socialized medicine) a jako typická země, kde je tento systém využíván, se uvádí Velká Británie.¹³

Nejtypičtější sociálně-demokratický systém poskytování dlouhodobé péče v zásadě kopíruje systém poskytování zdravotní péče. Při posuzování potřeby potenciálních konzumentů dlouhodobé péče se nebere zřetel na majetek či jiná aktiva občanů. Např. ve Švédsku je oficiálním cílem dlouhodobé péče o seniory zabezpečení vysoké kvality a nezávislosti života pokud možno co nejdéle, aby se senioři mohli účastnit a angažovat v občanském a osobním životě. Musí s nimi být zacházeno s respektem a musejí mít přístup k dobré péči.¹⁴

Souhrnně vzato nemá sociálně-demokratický model financování dlouhodobé péče žádné zásadní problémy, které by ho handicapovaly ve srovnání s jinými modely. Při jeho rozvíjení je třeba vždy brát zřetel na navazující sociální systémy tak, aby nedocházelo k plýtvání veřejnými i soukromými zdroji.¹⁵

Neoliberální sociální model deklaruje maximum liberalismu a současně i výrazné státní zásahy, které mají umožnit, popř. vytvořit konkurenční prostředí vč. potřebného sociálního zabezpečení.

¹³ VOSTATEK, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

¹⁴ FUKUSHIMA, N., J. ADAMI a M. PALME. *The Long-Term Care System For the Elderly in Sweden*. ENEPRI Research Report No. 89/2010. Dostupné z: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf.

¹⁵ VOSTATEK, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

V současnosti je možno do tohoto systému zařadit např. americké veřejné zdravotní programy Medicare a Medicaid. Charakteristickým rysem tohoto modelu jsou vysoké náklady na zdravotní péči nejen v přepočtu na obyvatele, ale i v relaci k HDP. USA věnovaly v roce 2020 na zdravotní péči (vč. dlouhodobé péče) 17,7 % HDP,¹⁶ celková úroveň poskytované zdravotní péče přitom významně zaostává za jinými vyspělými zeměmi.

Povinné soukromé zdravotní pojištění lze považovat za základní prvek neoliberálního modelu. Tento model je typický univerzální vyšší pojistného, které je nezávislé na výši výdělku účastníka. Zdravotní pojišťovna nemůže odmítnout žádného klienta a nesmí zohlednit individuální zdravotní riziko. Pojišťovny tedy nesou kumulativní riziko, které je spojené s velkými individuálními rozdíly v potřebě zdravotní péče jednotlivých účastníků pojištění.

Neoliberální systém zdravotního pojištění je v mnoha směrech praktikován ve Švýcarsku, byť je v tamní praxi často označován jako sociální nemocenské pojištění. Zavedením povinného zdravotního pojištění byly sledovány tři cíle – kvalitní zdravotní péče pro všechny, sociální solidarita v podmínkách univerzálního pojistného a tlak na nezvyšování nákladů. Jistou odchylku od neoliberálního modelu lze spatřovat v poměrně vysokém přímém financování nemocnic z kantonálních rozpočtů a v poměrně vysoké spoluúčasti pojištěnců, přesto se nedaří vytvořit účinný systémový tlak proti růstu nákladů.

¹⁶ MIKULIC, M. U.S. Health Expenditure as percent of GDP 1960–2020. Statista, 2020.

Dostupné z: <https://www.statista.com/statistics/184968/us-health-expenditure-as-percent-of-gdp-since-1960/>.

Financování dlouhodobé péče nese neoliberalní prvky především z důvodu napojení na povinné soukromé zdravotní pojištění s jeho velkými spoluúčastmi klientů a díky paušálnímu pojistnému.¹⁷

1.2 Aktuální trendy při poskytování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Evropě

Přestože lze v evropských zemích identifikovat několik rozdílných modelů organizace, financování a řízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, je možno rovněž nalézt i několik společných rysů, které můžeme najít ve většině států. K těmto skutečnostem patří především:

- rostoucí potřeba dlouhodobé sociálně-zdravotní péče výrazně ovlivňuje systémy jejího financování a situaci na trhu práce;
- efektivním systémem poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je péče poskytovaná rodinnými příslušníky nebo příbuznými, přesto však všechny evropské země potřebují systém služeb, jejichž poskytování je zabezpečeno profesionálními poskytovateli;
- rostoucí potřeby v oblasti zajištění služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče představují velkou výzvu pro zajištění dostatečného množství kvalifikovaných pracovníků;
- rostoucí nároky na zajištění služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče budou vyžadovat zásadní změny ve financování těchto služeb, jako žádoucí se jeví přechod k univerzálnímu systému financování této péče;
- důraz bude stále více kladen na efektivnější využití finančních prostředků.¹⁸

¹⁷ OECD Health Reviews: Switzerland. Paris: OECD Publishing, 2011. ISBN 978-92-64-12090-7.
Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdreviewsofhealthsystems-switzerland.htm>.

Rostoucí potřeba dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je odrazem aktuálních demografických trendů. Populace stárne ve všech evropských zemích. Výrazně se zvyšuje zejména počet osob v nejstarších věkových skupinách, které jsou v největším rozsahu závislé na poskytování sociálních služeb a zdravotní péče. Tento trend je navíc doprovázen rozpadem vícegeneračního soužití rodin, rostoucím zapojením žen na trhu práce a zvyšující se věkovou hranicí pro vznik nároku na starobní důchod. Ve svém důsledku se tak snižuje dostupnost péče poskytované rodinnými příslušníky nebo příbuznými, ale i péče poskytované profesionálními poskytovateli služeb. Vzhledem k růstu reálných příjmů obyvatel se ale zvyšují jejich nároky na kvalitu poskytovaných služeb, což se projevuje mj. i růstem reálných příjmů pracovníků v tomto sektoru, a tedy i růstem výdajů na poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.

Všechny tyto skutečnosti nastolují před tento systém řadu výzev. Jednou z nejdůležitějších výzev je zajištění podpory rodinných pečujících, převážně žen, které poskytují (zpravidla zdarma) většinu péče seniorům a osobám se zdravotním handicapem. Intenzita této péče se v jednotlivých evropských zemích liší zejména společenskými a kulturními odlišnostmi, většina této péče je v zemích severní Evropy zpravidla nižší intenzity (méně než 10 hodin týdně), naproti tomu v zemích jižní Evropy, vč. České republiky, je poskytována ve vyšší intenzitě (tedy více než 20 hodin týdně).¹⁹

¹⁸ *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. Paris: OECD, 2020. ISBN 978-92-64-38374-6.

¹⁹ Tato skutečnost byla potvrzena i v rámci jiných výzkumů realizovaných v ČR, viz např. BAREŠ, P. *Analýza výchozího stavu před realizací projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“*. Dostupné z: http://rodinnipecujici.cz/uploads/file/8a2540e7172b4b3296d0e51efaec1295/Anal%C3%BDza_v%C3%BDchoz%C3%ADho_stavu_2018.pdf.

Na základě uvedených trendů lze soudit, že zajištění hmotné podpory pečujících osob je efektivním řešením jak pro příjemce péče, kteří preferují poskytování péče ze strany rodiny a přátel, tak i pro pečující osoby, které nesou ekonomické, zdravotní a sociální důsledky vyplývající z poskytování péče zpravidla dobrovolně. Zajištění hmotné podpory pečujících osob je ekonomicky výhodné z hlediska zvýšení dostupnosti péče poskytované profesionálními poskytovateli služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Lze soudit, že existuje určitý prostor pro zvýšení intenzity péče poskytované rodinnými příslušníky a příbuznými, nicméně toto zvýšení by bylo pravděpodobně spojeno s poklesem účasti zejména žen na trhu práce a se zvýšením rizika chudoby vzhledem k úrovni hmotného zabezpečení pečujících osob.

Optimální nastavení její úrovně je velmi problematické, neboť vyžaduje, aby se zohlednila řada často protichůdných aspektů:

- poskytování finanční podpory pečujících osob je výrazem společenského uznání jejich činnosti;
- dávky poskytují pečujícím osobám finanční podporu nahrazující ušlou mzdu nebo jim alespoň částečně kompenzují náklady způsobené poskytováním péče, přitom tyto dávky mají v severských zemích charakter mzdy, která je odměnou za poskytování péče. Úroveň výše této mzdy je však relativně nízká;
- podmínky nároku na dávku musí být jasně formulovány, nicméně striktní nastavení podmínek nároku pomáhá zabránit zneužití dávky, ale může zvyšovat administrativní náklady související s jejím poskytováním;
- rozsah hmotného zabezpečení pečujících osob v rámci rodiny je determinován nastavením podmínek pro přiznání podpory a jejich flexibilitou. V některých případech může dojít k tomu, že

pečující osoba je hmotně zabezpečena i v případě, kdy by péče byla poskytnuta bez finanční podpory.

Naproti tomu vyplácení podpory související s potřebou poskytování dlouhodobé péče přímo příjemci této péče poskytuje podporu osobě, která se sice nachází v obtížné situaci, avšak tyto dávky nemusí být využívány k zajištění potřebné péče (tato situace byla zaznamenána i v ČR²⁰). Výhodou tohoto postupu může být skutečnost, že výše dávky poskytované příjemci péče může lépe odrážet míru potřebné péče. Naopak pečující osoby jsou z hlediska svého hmotného zabezpečení závislé na příjemci péče, což může negativně ovlivnit rodinné vztahy.

Z hlediska samotné potřeby zajištění péče rodinnými příslušníky nebo příbuznými je klíčovou otázkou zajištění určité rovnováhy mezi vlastní ekonomickou aktivitou pečujících osob a jejich soukromým životem, v jehož rámci je péče poskytována. Je zřejmé, že v případě nízké intenzity poskytované péče zpravidla nedochází ke snížení pracovního úvazku, nicméně s růstem intenzity potřebné péče je potřeba hledat možnosti sladění vlastních pracovních úvazků s potřebou zajištění nezbytné péče. V řadě evropských zemí (např. v Rakousku²¹) je zákonem upraven nárok pečujících osob na dovolenou na péči o osoby s potřebou dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Výše podpory je v takových případech zpravidla nízká a je poskytována po omezené časové období.

²⁰ Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách. Praha: Markent & VÚPSV, 2001. Dostupné z: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/vyzkum.pdf>.

²¹ PRŮŠA, L. Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace. FÓRUM sociální politiky č. 6/2016. ISSN 1802-5854.

Je zřejmé, že nastavení vhodné délky této dovolené je velmi obtížné, neboť dlouhá doba dovolené může poškodit pozici pečující osoby na trhu práce. Naproti tomu krátká dovolená nemusí stačit na zajištění a poskytnutí potřebné péče a může vést k odchodu pečující osoby z trhu práce.

Jednou z rozhodujících podmínek pro další rozvoj péče zajišťované rodinnými příslušníky nebo příbuznými je flexibilní nabídka možností využívání služeb ze strany profesionálních poskytovatelů. Tato nabídka se však nemůže orientovat pouze na zabezpečení respitní péče, pozornost je nutno věnovat i zajištění poradenské činnosti nebo vzdělávacím aktivitám orientovaným nejen na otázky kvality poskytované péče, ale rovněž na problematiku kvality života pečujících osob. Je zřejmé, že právě tyto aktivity mohou být efektivním nástrojem rozvoje péče poskytované rodinnými příslušníky nebo příbuznými osobami. Např. ve Švédsku se osvědčilo vytvoření kontaktních míst pro pečující osoby, která propojují různé informace o veřejných, soukromých a neziskových poskytovatelích sociálních služeb a zdravotní péče. Význam těchto aktivit byl v posledních letech potvrzen i v ČR v rámci realizace projektu Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu.²²

Otázkou, které je však nutno věnovat pozornost, je problematika ekonomické efektivity jednotlivých způsobů a forem poskytované péče. Pečující osoby a osoby, jimž jsou poskytovány služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, nemají stejné potřeby, je proto potřeba realizovat flexibilní opatření na jejich podporu a průběžně

²² PRŮŠA, L. *Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019. ISBN: 978-80-270-5373-5.

přízpůsobovat poskytovanou podporu individuálním potřebám obou skupin osob. Vzhledem k tomu, že náklady na tyto služby v příštích letech zcela jistě porostou, hodnocení jejich efektivnosti bude s ohledem na snižování negativních dopadů poskytování péče na zdraví pečujících osob a jejich účast na trhu práce jedním z prioritních úkolů veřejné správy ve všech evropských zemích.

Přestože pečující osoby z řad rodinných příslušníků a příbuzných poskytují značnou část služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, jejich možnosti mají svoje limity a hranice, zejména v případě péče o osoby s vysokým stupněm potřeby péče. Všechny země proto potřebují mít k dispozici systém služeb zajišťovaných profesionálními poskytovateli, vč. služeb poskytovaných v pobytových zařízeních. Očekávané demografické trendy zcela jistě v následujících letech zvýší ve všech evropských zemích tlak na veřejné i soukromé poskytovatele těchto služeb a na zajištění dostatečné nabídky všech forem péče.²³

Jedním z klíčových atributů zajištění potřebného rozvoje služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v následujících letech bude zajištění dostatečného množství odborně vzdělaného personálu. Nízké mzdy a náročné pracovní podmínky mají za následek vysokou fluktuaci pracovníků. V důsledku toho může mít v následujících letech řada zemí problémy se zajištěním kvalitního poskytování služeb. Již v současné době má řada evropských zemí problémy s personálním zajištěním služeb dlouhodobé péče, v důsledku změn ve věkové struktuře obyvatelstva ve všech zemích budou v následujících letech tyto tlaky dále růst. Pro zajištění dostatečného množství pracovníků je nutno přijmout řadu opatření, např.:

²³ HORECKÝ, J. *Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU. Sociální služby č. 1/2014. ISSN 1803-7348.*

- zlepšit nábor nových pracovníků;
- zlepšit jejich pracovní a mzdové podmínky;
- usilovat o zvýšení jejich produktivity.

Pro zajištění potřebného rozvoje služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče se jeví jako žádoucí nastavit vhodný systém jejich financování. Jako optimální se jeví univerzální model financování těchto služeb, který může mít v jednotlivých zemích různou podobu. V některých, především severských zemích jsou služby financovány z daní v rámci systému sociální péče. V některých zemích, např. v Německu, jsou pak služby financovány prostřednictvím zvláštního systému sociálního pojištění. Jinde je dlouhodobá péče financována v rámci systému zdravotnictví. V některých zemích univerzální pokrytí zahrnuje pouze část nákladů na péči nebo pouze některé formy či druhy péče, ve většině zemí je poskytnutí dávky nebo služby podmíněno příjmovou situací příjemce péče. Pouze ve Velké Británii jsou služby poskytovány v rámci programů sociální pomoci, které jsou určeny pouze pro osoby s nízkým příjmem.

Univerzální systém financování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče se jeví jako efektivnější především vzhledem k nejistotě, kdy a jak dlouho bude příjemce péče tyto služby potřebovat. Pokud by tyto služby byly financovány přímými platbami příjemce péče, mohou se rychle stát finančně nedostupnými, a to nejen pro nízkopříjmové skupiny obyvatel. Přitom je potřeba mít na zřeteli, že potřeba péče roste se zvyšujícím se věkem, největší potřebu péče mají nejstarší senioři. Proto jsou univerzální systémy dávek a služeb schopny lépe zajistit široký a spravedlivý přístup k péči spíše než programy založené na testování příjmu.

Vzhledem k očekávanému růstu nákladů na služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče však řada zemí hledá cesty, jak náklady na tyto služby efektivně snížit. V tomto smyslu se často hovoří o tzv. adresném univerzalizmu, kdy jsou dávky a služby cíleny především na osoby s největší potřebou péče. Tento přístup vyžaduje, aby byly definovány tři aspekty systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče:

- hranice, která opravňuje uživatele k nároku na službu či dávku;
- míra finanční spoluúčasti a přímých plateb ze strany uživatelů;
- míra pokrytí, tj. stanovení typů služeb, které budou do systému zahrnuty.

V tomto smyslu jsou tak v rámci univerzálních systémů uplatňována přísná hodnoticí kritéria, jako je tomu např. v Německu od roku 2017. Univerzalita nároku totiž neznamená, že veškerá péče má být plně hrazena z veřejných zdrojů. Určitou spoluúčast uživatelů dlouhodobé péče na úhradě nákladů této péče mají v zásadě všechny evropské země, míra spoluúčasti klientů je však v jednotlivých zemích odlišná. Poskytování vyšších dávek osobám s nižšími příjmy je cestou, jak efektivně snížit výši veřejných nákladů a přitom zajistit přístup k péči těm, kteří ji potřebují v nejvyšším rozsahu. Z provedených šetření mj. totiž vyplývá, že nejstarší senioři jsou nejvíce ohroženi chudobou a nemají možnost zajistit si tak potřebný rozsah dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.²⁴

Nastavení základního „balíčku služeb“, které potřebují všichni uživatelé služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, je složitější. Diskutuje se o tom, zda z důvodu snižování nákladů na tuto péči

²⁴ HASHIGUCHI, T. C. O. a A. LLENA-NOZAL. *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* OECD, 2020.

mají být činnosti označované jako instrumentální aktivity denního života (např. nakupování nebo úklid) zahrnuty do tohoto balíčku. V praxi je však oddělení osobní péče a pomoci a péče o domácnost obtížně proveditelné, zejména u integrovaných služeb poskytovaných osobám s vysokou potřebou péče. Lze vidět, že zahrnutí této pomoci do tohoto balíčku pravděpodobně pomáhá oddálit potřebu péče v pobytových zařízeních.

Náklady na zajištění ubytování a stravování v těchto zařízeních jsou totiž vysoké, proto se na jejich úhradě musí alespoň minimální částkou podílet každý uživatel těchto služeb. Lze předpokládat, že část nákladů je hrazena z osobních úspor nebo majetku uživatele. Jejich zahrnutí do testování sociální situace za účelem stanovení individuální spoluúčasti reflektuje rozdíly v ekonomické situaci jedinců, je administrativně náročnější a může snižovat motivaci budoucích klientů k individuálním úsporám.

Evropské země využívají různé způsoby financování dlouhodobé péče, tyto rozdíly často odrážejí rozdíly ve financování zdravotní péče.²⁵ Financování dlouhodobé péče je však často příliš krátkodobé a reflektuje spíše aktuální finanční rozpočtové možnosti než strategické rozhodnutí založené na rovnováze mezi odpovědností společnosti a jednotlivce. Je proto zřejmé, že s ohledem na očekávaný růst poptávky po dlouhodobých službách sociálně-zdravotní péče v následujících letech bude nutno hledat další zdroje příjmů pro financování těchto služeb. Inspiraci lze v tomto smyslu hledat např. v oblasti financování výdajů na důchodové pojištění ve Švýcarsku,

²⁵ VOSTATEK, J. *Modely financování dlouhodobé péče. FÓRUM sociální politiky* č. 6/2020. ISSN 1802-5854.

kde již od 1. ledna 1999 přispívá stát na financování důchodů poskytovaných v rámci prvního pilíře částí daně z přidané hodnoty.²⁶

Další řešení lze spatřovat např. v rozšíření okruhu osob přispívajících svými platbami na financování dlouhodobé péče (např. v Německu platí pojistné na dlouhodobou péči také důchodci), ve vytvoření rezerv pro úhradu budoucích závazků v této oblasti nebo v rozvoji soukromých pojistněmatematických plánů pro financování těchto služeb. Ve většině evropských zemí je však trh se soukromým pojištěním na dlouhodobou péči malý. Např. ve Francii, kde je tento segment pojištění relativně nejlépe rozvinutý, má soukromé pojištění na dlouhodobou péči méně než 10 % populace starší 40 let.

Je tedy zřejmé, že růst poptávky po zajištění kvalitnějších služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče vyvolá tlak na efektivnější využití finančních prostředků v této oblasti. Diskuzím o hospodárnosti a efektivitě v této oblasti však byla dosud věnována relativně malá pozornost, stejně tak i v oblasti výzkumu. Cílem by mělo být např. vytvoření indikátorů efektivity těchto služeb. Jakkoli je podpora domácí péče pro uživatele těchto služeb žádoucí, je zřejmé, že za určitých okolností je péče poskytovaná v pobytových zařízeních ekonomicky efektivnější.²⁷

Zajištění rovnováhy mezi péčí poskytovanou v pobytových zařízeních a péčí v domácím prostředí je klíčové pro další rozvoj služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. V tomto smyslu je diskutována

²⁶ PRŮŠA, L. a J. HORECKÝ. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábore: APSS ČR, 2012. ISBN 978-80-904668-3-8.

²⁷ VOSTATEK, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábore: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

řada otázek týkajících se např. ekonomické efektivity péče poskytované v domácím prostředí osobám vyžadujícím nepřetržitou celodenní vysoce náročnou péči nebo osobám žijícím v malých obcích nebo v odlehlých oblastech, kde je omezená dostupnost podpory této péče. Je zřejmé, že cestou ke zvýšení efektivity vynakládaných finančních prostředků by mohla být podpora konkurence mezi poskytovateli služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče²⁸ nebo rozvoj asistenčních technologií.²⁹

K úsporám ve výdajích na tyto služby mohou výrazným způsobem přispět aktivity, které budou klást důraz na realizaci prevence zhoršení zdravotního stavu a které budou prosazovat tzv. zdravé stárnutí. Podpora těchto programů přispívá k orientaci na uživatele a je v souladu s postojem seniorů, kteří preferují aktivní a nezávislý život ve vlastním prostředí.

Pro efektivnější využití finančních prostředků v oblasti dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je nutná optimalizace vztahů mezi zdravotní a sociální péčí. Mezi oběma těmito oblastmi existuje řada významných vazeb. V úvahu připadají např. tato řešení:

- zajištění dostatečné nabídky služeb a podpory uživatelů po ukončení hospitalizace v nemocnici;
- změna úhradových mechanismů a finančních pobídek, které zabrání např. využívání akutní zdravotní péče v rámci poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče;

²⁸ Vznik této konkurence je v ČR paradoxně potlačován, kraje se ve své samosprávné působnosti jako tvůrci sítě sociálních služeb brání jejímu rozvoji, nová zařízení, jejichž zřizovateli jsou především nestátní neziskové organizace, komerční subjekty, ale i obce nebo města, nechtějí do této sítě zařazovat tak, aby si uchovaly svoje dominantní postavení v této oblasti (vedle toho jsou kraje v současné době zřizovateli více než 40 % pobytových zařízení pro seniory, a navíc rozhodují o výši státních dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb).

²⁹ PRŮŠA, L. Asistenční technologie v sociálních službách. Dostupné z: <https://www.vupsv.cz/download/policy-brief-vupsv-v-v-i-c-6-2020/?wpdmml=8913&refresh=5fd37e276d72a1607695911>.

- zlepšení informačního systému, který přispěje k nasměrování uživatelů k vhodným službám a formám péče;
- odstranění pobídek k přesouvání nákladů mezi zdravotní, dlouhodobou a sociální péčí.

1.3 Systémy dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ve vybraných evropských zemích³⁰

Velmi cenné informace při koncipování nových sociálních systémů i při realizaci jejich úprav a reforem je možno získat v rámci mezinárodních komparací. Přitom je však nutno mít na zřeteli, že řešení, která jsou v zahraničních systémech koncipována, není možno pouze „přeložit do češtiny“, ale je nutno pokusit se zjistit, jaká je filozofie těchto řešení a následně tuto filozofii promítnout do řešení v naší zemi. Přitom je nutno vycházet např. z územněsprávního uspořádání jednotlivých zemí, z toho, jaké jsou kompetence jednotlivých správních orgánů, jak jsou nastaveny vztahy mezi centrální vládou a regionálními nebo místními autoritami nebo jaký je vztah státní správy a samosprávy. Proto je při charakteristice hlavních principů systémů služeb dlouhodobé péče ve vybraných zemích věnována velká pozornost i problematice administrativně-správního členění jednotlivých zemí.

³⁰ Autorský kolektiv se pokusil tuto část monografie koncipovat podle jednotné osnovy, nicméně dostupnost datových zdrojů v jednotlivých zemích je velmi odlišná, a tak nebylo možno ve všech případech zachovat stejnou strukturu popisu.

1.3.1 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Německu

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Německo je federativní republika, která se skládá ze 16 spolkových zemí (Bádensko-Württembersko, Bavorsko, Berlín, Braniborsko, Brémy, Hamburk, Hesensko, Meklenbursko – Přední Pomořansko, Dolní Sasko, Severní Porýní – Vestfálsko, Porýní-Falcko, Sársko, Sasko, Sasko-Anhaltsko, Šlesvicko-Holštýnsko, Durynsko), které mají relativně vysoký stupeň autonomie, každá země má vlastní zemský sněm a vlastní zemskou vládu.

Termín spolková země ovšem není ve shodě s německou spolkovou ústavou, v níž je označována pouze jako země (Land). V současné podobě vznikly německé spolkové země na území bývalého „západního“ Německa v letech 1945–1952, na území bývalé NDR dne 3. října 1990. Samostatnými zeměmi jsou i dvě německá města, a to Berlín a Hamburk, zatímco Brémy se skládají ze dvou měst (Brémy a Bremenhaven), jež jsou zároveň městskými okresy.

Územní správa a samospráva se ve Spolkové republice Německo organizuje do tří základních úrovní, a to úrovně spolkové, zemské a obecní. Nejvyšší – spolková – úroveň je představována spolkovou vládou, spolkovým kancléřem, spolkovým prezidentem, německým parlamentem a ostatními ústředními státními a správními orgány.

Další úrovní je úroveň jednotlivých spolkových zemí. Země v německém systému disponují celou řadou pravomocí. Přestože mají právo vlastního zákonodárského procesu, tak to samozřejmě

neznamená, že by každý občan měl v jiné spolkové zemi jiná práva a povinnosti. Tato práva a povinnosti občana Spolkové republiky Německo jsou v každé z jejich šestnácti spolkových zemí totožná.

Každá spolková země je členěna do třístupňového systému volené správy. Mezistupněm mezi nejnižší a nejvyšší úrovní správy jsou okresy (Landkreis). Na okresní úrovni přiznává zákon aktivní a pasivní volební právo i osobám, které mají státní občanství jiného státu EU. Výjimkou jsou města, jež mají pro svou rozlohu a počet obyvatel zvláštní status okresu, tzv. Stadtkreis. Tato města okresní orgány nevytváří, okresní úkoly pak přebírá městské zastupitelstvo. Jedná se o obdobu našich statutárních měst (např. Brno, Ostrava, Liberec, Kladno), kdy magistrát těchto měst je zároveň nadřízeným orgánem městských obvodů a městských částí. Městské státy Hamburk, Brémy a Berlín mají toto členění přizpůsobeno svému zvláštnímu statutu a postavení v systému, v našem měřítku odpovídá jejich postavení Praze.

Obec tvoří třetí, nejnižší rovinu federální státní struktury ve Spolkové republice Německo. Zásadní priorita nejnižší roviny, tedy ústavou daný princip subsidiarity, je prvek decentralizace, který má přinést správní efektivitu a úzký kontakt s občany. Komunální samospráva je chápána jako racionální, věcná a rychlá, neboť je občanům a místním společenstvím prostorově a obsahově nejbližší. Socioekonomické vazby mezi vyššími prostorovými celky ovšem často podmiňují přesun úkolů na vyšší rovinu. Menší jednotka a užší kontakt s občany mají však umožnit zdokonalení a flexibilní přizpůsobení rozvoji (např. technickému nebo sociálnímu rozvoji a individualizaci života).³¹

³¹ DNEBOSKÝ, M. *Územní samospráva ve Spolkové republice Německo*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/137759/esf_b_a2/BP_-_Dnebosky20112008.doc.

Demografický vývoj Německa monitoruje Spolkový statistický úřad (Statistisches Bundesamt) se sídlem ve Wiesbadenu, který spolupracuje se Zemskými statistickými úřady (Statistische Landesämter). Podle výsledků prvního sčítání lidu po sjednocení Německa žilo k 9. květnu 2011 v Německu 80 219 695 obyvatel,³² Německo bylo šestnáctou nejlidnatější zemí na světě.

Populační situaci Německa dlouhodobě charakterizuje úbytek počtu obyvatel přirozenou měrou, úhrnná plodnost se dlouhodobě pohybuje na úrovni 1,2–1,4, tedy hluboko pod hranicí prosté reprodukce, po sjednocení Německa byla v nových spolkových zemích v roce 1994 dokonce na úrovni pouhých 0,772.³³

Počátkem ledna 2019 žilo v Německu celkem 83 milionů obyvatel, do roku 2060 by se jejich podíl měl snížit na 79,6 milionu (bez migrace by počet obyvatel v Německu klesl ve stejném období dokonce na cca 66,1 milionu).³⁴

Legislativní rámec sociálních služeb

Sociální zákonodárství v Německu je upraveno celkem ve XII. knihách.³⁵ Systém služeb sociální péče pro seniory a zdravotně handicapované osoby je upraven tzv. XI. knihou sociálního zákonodárství –

³² Zensus 2011 – Bevölkerung Bundesrepublik Deutschland am 9. Mai 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2013/Zensus2011/bevoelkerung_zensus2011.pdf?__blob=publicationFile.

³³ KRÖHNERT, S. Bevölkerungsentwicklung in Ostdeutschland. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2010. Dostupné z: <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/regionale-dynamik/ostdeutschland.html>.

³⁴ European Demographic Data Sheet 2020 Vienna: Vienna Institute of Demography and International Institute for Applied Systems Analysis, 2020. Dostupné z: <http://www.populationeurope.org/>.

³⁵ (I) Allgemeiner Teil (Všeobecná část);

(II) Grundsicherung für Arbeitsuchende (Základní zabezpečení pro uchazeče o zaměstnání);

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI).³⁶ Německo tak reagovalo na skutečnost, že s rostoucí střední délkou života se zvyšoval počet osob, které potřebují pomoc, přičemž se prodlužovala i doba potřebné péče. Již v roce 1978 Bayerische Beamten-krankenkasse nabídla, že bude krýt náklady na péči denní pojistnou částkou. V roce 1981 přijala 48. konference spolkových ministrů zdravotnictví materiál „Struktura a financování ambulantních a pobytových sociálních služeb“, následně v roce 1984 schválil Spolkový úřad pro dozor nad pojištěním modelové podmínky pojištění péče, které byly zpracovány soukromými zdravotními pojišťovnami, v roce 1986 nabízelo již 16 pojišťoven soukromé pojištění na péči. Tehdejší spolková vláda v čele s kancléřem Kohlem se však vyslovila proti povinnému systému pojištění dlouhodobé péče.

V roce 1990 tehdejší vláda v Bádensku-Württembersku předložila návrh zákona o opatření proti finančním rizikům spojeným se zajišťováním dlouhodobé péče do Spolkové rady. Protože náklady sociální pomoci nadále rostly, rozhodl se Spolkový sněm a Spolková rada o čtyři roky později v roce 1994 s účinností od 1. ledna 1995 schválit SGB XI, tedy zavést systém pojištění dlouhodobé péče jako povinného systému pojištění. Systém je postaven na tradičním průběžném systému povinného financování.

(III) Arbeitsförderung (Podpora v zaměstnanosti);

(IV) Gemeinsame Vorschriften (Společná ustanovení);

(V) Krankenversicherung (Nemocenské pojištění);

(VI) Rentenversicherung (Důchodové pojištění);

(VII) Unfallversicherung (Úrazové pojištění);

(VIII) Kinder- und Jugendhilfe (Pomoc dětem a mládeži);

(IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Rehabilitace a zapojení osob se zdravotním postižením);

(X) Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (Správní řízení v sociální oblasti a ochrana dat);

(XI) Pflegeversicherung (Pojištění péče);

(XII) Sozialhilfe (Sociální pomoc).

³⁶ Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI).

Dostupné z: <http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787/>.

V následujících letech byl systém několikrát novelizován, k poslední změně došlo s platností od 1. ledna 2017, kdy byl stávající systém tří stupňů péče nahrazen pěti stupni.

Financování dlouhodobé péče

Systém financování dlouhodobé péče je v Německu poměrně složitý. Německý systém je typickým zástupcem tzv. **korporativního modelu** financování a poskytování dlouhodobé péče. Tento model je založen na principu sociálního pojištění, významné postavení v něm zaujímají nestátní poskytovatelé služeb, kteří tak realizují činnosti, které byly původně svěřeny státu.

Je-li služba poskytována státem nebo spolkovou zemí (tedy veřejným poskytovatelem), je financována ze státního nebo zemského rozpočtu. Obce financují služby, které poskytují, z vlastních prostředků, kraje financují své služby z příspěvků měst a obcí, které do nich patří. Nestátní poskytovatelé sociálních služeb financují poskytování svých služeb z příspěvků státu, zemí, obcí a nadregionálních poskytovatelů, dále z plateb za služby, nebo z členských příspěvků. Církve financují provoz svých sociálních služeb z církevních daní. Dalšími zdroji jsou sponzoring, sbírky, loterie, výnosy z majetku a úroky či příjmy z pronájmu. Pokud je nestátní poskytovatel sociálních služeb zřízen za účelem zisku, prodává takový subjekt své služby za tržní cenu.³⁷

Služby dlouhodobé péče jsou financovány na pojistném principu, příspěvky platí zaměstnanci i zaměstnavatelé. Systém je nadstavbou

³⁷ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

nad systémem zdravotního pojištění, což významným způsobem minimalizovalo personální a finanční náklady související s jeho zavedením. Každá osoba krytá zákonným či soukromým nemocenským pojištěním je automaticky a povinně kryta zákonným či soukromým pojištěním pro případ závislosti na dlouhodobé péči. Vybrané prostředky spravují nemocenské pokladny, které zároveň rozdělují prostředky ve formě dávek těm, kteří je momentálně potřebují. Příspěvek na péči se přiznává na základě účasti na pojištění, posouzení zdravotního stavu a sociální potřeby lékařem a sociálním pracovníkem.

Pro vznik nároku na dávky v rámci zákonného pojištění pro případ závislosti na dlouhodobé péči je vyžadována minimální doba pojištění v délce dvou let. Podle požadavků zákonného pojištění pro případ závislosti na dlouhodobé péči potřebuje osoba péči, pokud bude v důsledku fyzické, emoční či duševní nemoci či postižení pravděpodobně potřebovat dlouhodobou pomoc při provádění každodenních činností po dobu nejméně šesti měsíců. Dávky dlouhodobé péče závisí na rozsahu potřeby péče, který stanoví lékařská služba zdravotní pojišťovny, nikoli na věku nebo příjmu osoby, která potřebuje pomoc.

Poskytování příspěvku na péči se diferencuje v závislosti na typu poskytované péče. Rozlišují se dávky na domácí péči a na péči v ústavním zařízení. Z pojistného fondu jsou hrazeny také různé kompenzační pomůcky (např. vozík, polohovací postele) a prostředky na úpravu bytu tak, aby v něm klient mohl samostatně bydlet.

V současné době činí výše pojistného 2,55 % z výše hrubé mzdy, z toho 1,275 % platí zaměstnanec a 1,275 % zaměstnavatel. Maximální

výše mzdy, ze které se platí pojistné, činila v roce 2017 celkem 52 tisíc eur (tj. 4 333,33 eur měsíčně). Na rozdíl od naší země platí pojistné rovněž příjemci důchodů, výše jejich příspěvku činí 2,55 % z výše hrubého důchodu. Zajímavostí je rovněž skutečnost, že osoby, které se narodily po roce 1940 a které jsou bezdětné, platí po dosažení věku 23 let příplatek na pojistné ve výši 0,25 p. b. ze všech zdaňovaných výdělků. Významná je státní podpora soukromého pojištění na péči, výše podpory činí max. 60 eur ročně.³⁸

Kromě toho zákonný systém pojištění pro případ závislosti na dlouhodobé péči zajišťuje pro pečující rodinné příslušníky a jiné tzv. neformální pečovatele platbu příspěvků na důchodové zabezpečení, úrazové pojištění a platbu příspěvků v rámci pojištění pro případ nezaměstnanosti během období, po které je poskytována péče.

Z pojištění jsou vedle zákonného nároku na poradenství poskytovány tzv. věcné dávky, které zahrnují zejména:

- poskytování domácí péče a pomoci v domácnosti prostřednictvím ambulantních center nebo jednotlivých pečovatelů;
- paušální platbu nákladů na ústavní péči včetně krátkodobé péče (Kurzeitpflege).

Výše těchto dávek závisí na stupni závislosti a je stanovena zákonem. Kromě toho existují doplňkové dávky k doplnění domácí péče, jako je úlevová péče (Verhinderungspflege), krátkodobá péče (Kurzeitpflege), jakož i denní a noční péče (Tages- und Nachtpflege).

³⁸ Viz <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTablesSearchResultTree.jsp>.

Dávky na domácí péči lze rovněž doplnit pomůckami a zařízeními usnadňujícími poskytování péče nebo domácí činnosti nebo opatřeními pro zlepšení životních podmínek. Dodatečné dávky na péči jsou k dispozici osobám s rozsáhlými všeobecnými potřebami péče (např. osobám s demencí, mentálně postiženým osobám a osobám s duševním onemocněním). Dávky mají neomezené trvání, dokud jsou plněny podmínky nároku.

Jestliže si osoba, která potřebuje péči, přeje zajistit péči sama, může požádat o příspěvek na péči pro přiměřené zajištění nutné základní péče a pomoci v domácnosti. Výše této dávky se liší podle stupně závislosti, výše příspěvku činí měsíčně:

- 316 eur ve II. stupni;
- 545 eur ve III. stupni;
- 728 eur ve IV. stupni;
- 901 eur v V. stupni.

Příspěvek je poskytován i po dobu pobytu v nemocničním zařízení, maximálně však po dobu čtyř týdnů.

Pokud osoba v domácím prostředí potřebuje ambulantní ošetrovatelskou péči, může si svobodně vybrat z nabídky služeb mezi subjekty, které mají uzavřeny příslušnou smlouvu s orgány dlouhodobého pojištění. V takovém případě je příspěvek na péči vyplácen přímo poskytovateli těchto služeb, jeho výše je opět diferencována podle stupně závislosti, jeho výše měsíčně činí:

- 689 eur ve II. stupni;
- 1 298 eur ve III. stupni;
- 1 612 eur ve IV. stupni;
- 1 995 eur v V. stupni.

Pokud je skutečná potřeba ambulantní ošetrovatelské péče vyšší, než je přiznaná výše příspěvku na péči, mohou být takové dodatečné náklady uznány pro daňové účely jako tzv. služby pro domácnost (Haushaltsnahe Dienstleistung).

Pokud se osoba rozhodne využívat péči v denních nebo nočních centrech např. z toho důvodu, že se pečující osoba rozhodne vrátit do práce a závislá osoba nemůže zůstat doma sama bez dozoru a nejsou k dispozici žádní pečovatelé ani ambulantní ošetrovatelská péče, jsou poskytovány měsíční věcné dávky pro péči v denních a nočních centrech kromě domácí péče ve výši:

- až 689 eur ve II. stupni;
- až 1 298 eur ve III. stupni;
- až 1 612 eur ve IV. stupni;
- až 1 995 eur v V. stupni.

Osoby, které potřebují péči v I. stupni závislosti, mohou získat nárok na příspěvek na úhradu ve výši až 125 eur měsíčně. Kromě nároku na denní nebo noční péči lze nárokovat rovněž věcnou dávku na ambulantní péči nebo příspěvek na péči.

Při péči v pobytovém zařízení jsou z pojištění péče hrazeny náklady přímo tomuto zařízení paušální platbou, která zahrnuje náklady na péči vč. výdajů na zdravotní péči. Výše platby je diferencována podle stupně závislosti a činí měsíčně:

- 125 eur v I. stupni;
- 770 eur ve II. stupni;
- 1 262 eur ve III. stupni;
- 1 775 eur ve IV. stupni;
- 2 005 eur v V. stupni.

Osoba v pobytovém zařízení přitom musí uhradit náklady na ubytování a stravu. Pokud náklady přesahují tyto paušální platby, musí je uhradit rovněž klient tohoto zařízení. Pokud je jeho příjem k úhradě těchto nákladů nedostatečný, může požádat o poskytnutí pomoci při péči (Hilfe zur Pflege) od místního úřadu sociálního zabezpečení.

Od 1. ledna 2017 je příspěvek na péči nově poskytován v pěti stupních závislosti. Kritéria pro stanovení potřeby péče jsou v současné době vymezena v § 14 SGB XI. Podle tohoto ustanovení potřebuje péči ten, kdo není schopen samostatně kompenzovat svoje tělesné, duševní nebo psychické postižení nebo zdravotní zátěž. Potřeba péče však přitom musí trvat minimálně šest měsíců. Jednotlivá kritéria jsou rozdělena do šesti modelů, které v různé míře ovlivňují stupeň péče:

- mobilita (10 %);
- kognitivní a komunikační dovednosti (15 %);
- chování a psychické problémy (15 %);
- péče o vlastní osobu (40 %);
- zvládání zdravotně podmíněných požadavků (20 %);
- uspořádání každodenního života (15 %).

U dětí je potřeba péče stanovena na základě porovnání vývojového stavu handicapovaného dítěte ve srovnání se stejně starými dětmi a na základě posouzení odpovídajících deficitů u výše uvedených kritérií.

Kritéria pro posuzování jednotlivých schopností jsou závazně stanovena v příloze č. 1 k SGB XI, jejich váha v rámci každé kategorie je upravena v příloze č. 2 k SGB XI, přičemž navíc se přihlíží k tomu, zda je člověk schopen samostatně vést domácnost.

V závislosti na počtu získaných bodů je potřeba péče diferencována do pěti stupňů:

- I. stupeň péče – od 12,5 až do 27 bodů;
- II. stupeň péče – od 27 až do 47,5 bodu;
- III. stupeň péče – od 47,5 až do 70 bodů;
- IV. stupeň péče – od 70 až do 90 bodů;
- V. stupeň péče – 90 a více bodů.³⁹

Konkrétní způsob hodnocení závislosti v jednotlivých modulech a jeho promítnutí do celkového hodnocení je uveden v příloze.

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

Tyto změny přispěly k tomu, že počet osob umístěných v ústavech sociální péče rychle poklesl a dřívější pořadníky na umístění už od roku 1997 neexistují, stále více starých a zdravotně postižených osob je zaopatřeno v prostředí vlastního domova.⁴⁰

³⁹ Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI).

Dostupné z: <http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787/>.

⁴⁰ PRŮŠA, L. a P. VÍŠEK. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2012. ISBN 978-80-7416-099-8.

K 31. prosinci 2013 bylo v Německu celkem 13 030 ošetrovatelských domů, většinu z nich (cca 54 %) provozovaly církevní organizace Diakonie a Charita, 41 % domů provozovaly soukromé osoby, veřejný sektor provozoval cca 5 % domů. Celkem bylo v těchto zařízeních 902 882 míst.⁴¹

Péče v lůžkových zařízeních pro osoby se zdravotním postižením je poskytována pro duševně nemocné osoby v obytných zařízeních s ambulantním dohledem (tzv. „Care-WG“). Cílem tohoto postupu je podpořit koexistenci několika lidí, a tak podporovat vzájemnou pomoc. Obyvatelé v ošetrovatelském domově jsou podporováni pojištěním ošetrovatelské péče s dodatečnou částkou 214 eur měsíčně, přičemž:

- skupina musí být složená nejméně ze tří osob a maximálně ze dvanácti osob, přičemž minimálně tři lidé potřebují péči;
- osoba, která potřebuje péči, musí dostávat dávky v domácí péči z pojištění dlouhodobé péče;
- toto zařízení nemůže být institucí pro denní péči nebo hospitalizaci.

Doporučení pro Českou republiku

Německý systém dlouhodobé péče může být pro ČR značnou inspirací při řešení aktuálních problémů, které organizaci, financování a řízení tohoto segmentu sociální ochrany obyvatelstva doprovázejí. Při hledání možných řešení těchto problémů je možno využít zejména těchto řešení:

⁴¹ *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime, 2013, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2016.*

1. Lze zvážit možnost přejít na systém financování sociálních služeb na principu pojištění.

Této problematice byla v uplynulém období věnována minimální pozornost jak v koncepční činnosti na úrovni ústředních orgánů státní správy, tak i ve vědecko-výzkumné činnosti. Hlavní příčinu lze spatřovat pravděpodobně ve skutečnosti, že tento princip financování důchodů, nemocenských dávek i zdravotní péče v naší zemi v praxi neexistuje. Přestože se hovoří o systémech důchodového, nemocenského a zdravotního pojištění, o pojistném na sociální a zdravotní pojištění, ve skutečnosti jde v zásadě o důchodové, nemocenské nebo zdravotní zabezpečení, o sociální nebo zdravotní daň, neboť v praxi těchto systémů nejsou uplatňovány prakticky žádné standardní pojistné mechanismy (např. bonus, malus), důchodový systém je dlouhodobě ve schodku, zdravotní pojišťovny si mezi sebou přerozdělují vybrané pojistné na zdravotní pojištění.

V nedávné minulosti byla zpracována pouze jedna studie⁴², která se problematice možného financování sociálních služeb na pojistných principech věnovala. Její závěry však byly velmi obecné a pro praktické rozhodování de facto nepoužitelné. Navíc je potřeba vycházet z německých zkušeností a uvědomit si, že vzhledem ke stárnutí populace dochází pravidelně ke zvyšování sazeb pojištění na péči.

2. Doporučuje se rozšířit spektrum činností a potřeb při hodnocení míry závislosti, stanovit váhy těchto potřeb a činností a rozšířit počet stupňů závislosti.

⁴² Studie proveditelnosti: výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR. Praha: Deloitte Česká republika, 2015.

Z podrobného výčtu hodnocení závislosti v Německu, který je platný od 1. ledna 2017 (viz příloha), vyplývá, že způsob tohoto hodnocení je podstatně podrobnější, a tedy pravděpodobně i přesnější, než je tomu v současné době v ČR. Rozdělení závislosti do více stupňů tak ve svém důsledku může být přesnější, než je tomu v současné době. Při tomto rozhodování je potřeba mít na zřeteli i tu skutečnost, že v současné době je v ČR míra závislosti diferencována do nejmenšího počtu stupňů ze zemí, kde je obdobný způsob hodnocení uplatňován.

3. Doporučuje se diferencovat výši příspěvku na péči v závislosti na tom, zda je péče poskytována v domácnosti, nebo v pobytovém zařízení, v takovém případě lze vyplácet tuto dávku přímo poskytovateli služby.

V současné době je výše příspěvku na péči stanovena pevnou částkou bez ohledu na to, zda je péče klientovi poskytována v domácím prostředí rodinným příslušníkem (blízkou osobou) či registrovaným poskytovatelem služby nebo zda je péče poskytována v pobytovém nebo v ambulantním zařízení, a to přesto, že náklady takové péče jsou odlišné.⁴³ Současné je nutno vycházet z toho, že ČR je dnes jedinou evropskou zemí, která vyplácí příspěvek na péči pouze v peněžitém vyjádření⁴⁴ a tento způsob financování nevede k tomu, aby se takto poskytnuté finanční prostředky investovaly zpět do sociálních služeb.⁴⁵

⁴³ VOSTATEK, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: APSS ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

⁴⁴ PRŮŠA, L. *Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe*. FÓRUM sociální politiky č. 3/2015. ISSN 1802-5854.

⁴⁵ TOMESÍ I. *Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem*. FÓRUM sociální politiky: 10x o sociální politice. Mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854.

4. Doporučuje se umožnit osobám, které se podílejí na úhradě nákladů ve formě spoluúčasti za sociální služby poskytované klientům, jejichž příjem neumožňuje pokrýt úhradu nákladů, odečíst si tuto částku z daňového základu pro výpočet daně z příjmu fyzických osob.

Již v současné době se může poskytovatel sociální služby podle § 71 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována (popř. s jinou fyzickou osobou nebo právnickou osobou), pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Doporučuje se zvážit přenesení odpovědnosti za tvorbu sítě sociálních služeb do kompetence obcí s rozšířenou působností.

1.3.2 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Rakousku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Rakouská republika je spolkovým státem, který je budován na federativním principu. Rakouská ústava vychází z principu oddělené státní moci zákonodárné, výkonné a soudní. V čele republiky je přímo volený spolkový prezident, jehož volební období trvá šest let. Prezident jmenuje spolkového kancléře a vládu. V Rakousku funguje dvoukomorový parlamentní systém, který tvoří Národní rada, volená podle systému poměrného zastoupení, a Spolková rada, která reprezentuje jednotlivé spolkové země. Zákonodárná a výkonná moc je rozdělena mezi spolkový stát a devět spolkových zemí⁴⁶, které jsou dále rozděleny do 80 okresů a 15 statutárních měst.

Zákonodárným orgánem každé spolkové země je zemský sněm, který je jednokomorový. Každá země má vlastní ústavu, parlament a vládu odpovídající za uplatňování zemských zákonů. V jejím čele stojí zemský hejtman, kterého volí zemský sněm a schvaluje prezident spolkové republiky. Zákonodárná moc v jednotlivých zemích náleží sněmu, který přijímá zákony, jež mohou být v různých zemích různé, nesmí však být v rozporu se Spolkovým zákonem nebo s ústavou.

Jednotlivé spolkové země mají jen relativně málo zákonodárných kompetencí, téměř všechny záležitosti praktického významu (trestní právo, občanské právo, pracovní právo, hospodářské právo, školství, věda, telekomunikace, zdravotní a sociální péče) jsou upraveny spolkovou legislativou. Za těmito relativně malými kompetencemi stojí převážně historické důvody, protože v dobách habsburské monarchie se o mnoha záležitostech rozhodovalo převážně ve Vídni.

K 1. lednu 2020 žilo v Rakousku celkem 8,9 milionu obyvatel, z toho 19,4 % bylo dětí do 19 let, dospělých ve věku 20–64 let bylo 61,8 % a osob starších 65 let 18,8 %. K témuž datu žilo v Rakousku 16,7 % osob cizího původu (celkem cca 1,49 milionu osob), největší podíl zaujímají Němci (200 tisíc). Čechů žije v Rakousku cca 14 tisíc, česká menšina v Rakousku je však mnohonásobně větší, počet osob, jejichž historické kořeny sahají do českých zemí a na Slovensko, se odhaduje bezmála na 1 milion.⁴⁷

⁴⁶ Jednotlivými spolkovými zeměmi jsou Vídeň, Dolní Rakousy, Horní Rakousy, Štýrsko, Tyrolsko, Korutany, Salcbursko, Vorarlbersko a Burgenland.

⁴⁷ Rakousko: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/rakousko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/#sec2>.

Legislativní rámec služeb dlouhodobé péče

V roce 2011 přijala Národní rada reformní zákony o příspěvku na péči a o fondu na péči, které přenesly kompetence z jednotlivých spolkových zemí na stát. V současné době upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb zákon o dávkách pro dlouhodobou péči (Bundespflegegeldgesetz, poslední novela byla přijata v roce 2016), nařízení o stanovení příspěvku na federální péči o dlouhodobou péči (Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz), nařízení federálního ministra práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů o hodnocení potřeb péče o děti a mladé lidi v souladu s federálním zákonem o ošetrovatelské péči (Bundespflegegeldgesetz, Kinder-EinstV) a množství platných zákonných základů, např. Dohoda mezi spolkovou vládou a spolkovými zeměmi o společných opatřeních pro osoby vyžadující péči, zákony o sociální pomoci a zákony o zdravotním postižení spolkových zemí.⁴⁸

Financování dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je v Rakousku financována z daní, pojištění ani zaměstnavatelé neplatí žádné příspěvky. Rakouský systém je samostatný, a proto není v jeho rámci poskytována žádná zdravotní péče. Služby jsou poskytovány prostřednictvím veřejných a soukromých poskytovatelů, primárně jsou organizovány na spolkové úrovni. Poskytování stacionární péče je v kompetenci jednotlivých spolkových zemí a obcí, péči poskytují rovněž náboženské a neziskové organizace. Výše příspěvku klienta se liší podle jednotlivých případů, závisí na ekonomických poměrech příjemce. K jeho úhradě klient

⁴⁸ Viz <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>.

využívá příspěvek na péči a další vlastní zdroje, zbývající částku je možno požadovat od rodinných příslušníků. Ambulantní pečovatelské služby jsou nabízeny neziskovými organizacemi nebo soukromými pečovatelskými službami.

V roce 2019 pobíralo příspěvek na dlouhodobou péči více než 466 tisíc osob. Cílem jeho poskytování je podle článku 1 zákona o dávkách pro dlouhodobou péči (Bundespflegegeldgesetz) poskytnout osobám, které potřebují dlouhodobou péči, co nejdokonalejší péči a podporu a zlepšit jejich možnost udržovat si nezávislý na potřeby orientovaný životní styl v případě jejich fyzického, duševního nebo smyslového postižení.

Stárnutí populace v Rakousku se promítá v růstu počtu příjemců příspěvku na péči, s jeho dalším nárůstem je nutno počítat i v následujících letech. Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2012–2016 podle pohlaví a stupně závislosti je uveden v tabulce č. 1.

rok	celkem	z toho ve stupni						
		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.
2010	372 763	78 901	124 522	62 118	53 750	34 092	12 820	6 560
2011	371 198	81 082	117 803	62 765	53 533	35 794	13 510	6 711
2012	440 896	98 989	131 843	76 410	62 534	43 751	18 183	9 186
2013	451 159	104 393	130 803	78 170	63 463	46 089	18 806	9 435
2014	457 576	106 980	130 021	79 544	64 518	47 657	19 300	9 556
2015	452 601	112 788	118 882	79 919	64 479	48 121	19 212	9 200
2016	455 354	118 662	110 859	81 591	65 495	49 496	19 894	9 357
2017	458 783	123 312	105 191	83 469	66 358	51 167	19 906	9 380
2018	462 179	127 754	101 402	83 913	67 703	52 069	19 970	9 368
2019	466 360	130 986	99 659	84 785	68 447	52 649	20 308	9 526

Tabulka č. 1: Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2010–2019 podle stupně závislosti

Zdroj: Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher nach Pflegegeldstufen 2009–2019.

Dostupné z: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html.

Příspěvek na péči je paušální dávka, která nemá vazbu na příjem ani majetek příjemce. Jejím účelem je nahradit výdaje spojené s dlouhodobou péčí a zajistit osobám ve stavu závislosti maximální potřebnou péči a podporu. Příspěvek by měl zvýšit šanci těchto osob na zachování samostatného života, může být poskytován v případě fyzického nebo psychického postižení či emočních problémů, případně smyslové nedostatečnosti. Dávka na dlouhodobou péči je vyplácena přímo příjemci, který ji může použít na financování dlouhodobé péče podle svého vlastního uvážení. V případě nesprávného použití příspěvku na dlouhodobou péči může být nahrazen věcnými dávkami.

Výše příspěvku na péči je diferencována podle hodin potřebné péče, přičemž minimální počet je stanoven na 65 hodin, o konkrétním rozsahu rozhoduje lékař na základě posouzení zdravotního stavu, přitom se předpokládá, že péče bude zapotřebí alespoň po dobu šesti měsíců. Lékařské hodnocení stupně závislosti se provádí v souladu s pravidly stanovenými příslušným spolkovým ministerstvem, přitom se hodnotí schopnost naplnit běžné úkony každodenního života, např. schopnost obléknout se, svléknout se, provést osobní hygienu, připravit jídlo, dojít na toaletu, vzít si léky atd.

Míra závislosti může být přehodnocena na žádost příjemce po uplynutí jednoho roku, pokud ke zhoršení zdravotního stavu došlo v kratším časovém intervalu, je nutno tuto skutečnost doložit přesvědčivými důkazy, např. lékařskými nálezy apod.⁴⁹

Výše příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti je uvedena v tabulce č. 2.

stupeň péče	výše příspěvku na péči	počet hodin potřebné péče měsíčně
I.	160,10 eur	více než 65 hodin
II.	295,20 eur	více než 95 hodin
III.	459,90 eur	více než 120 hodin
IV.	689,80 eur	více než 160 hodin
V.	936,90 eur	více než 180 hodin, pokud je vyžadována mimořádná péče
VI.	1 308,3 eur	více než 180 hodin, pokud je nezbytná časově nekonzistentní péče, která se poskytuje pravidelně během dne a noci nebo pokud je zapotřebí stálá přítomnost opatrovníka během dne a noci kvůli pravděpodobnosti vlastního nebo cizího ohrožení
VII.	1 719,30 eur	více než 180 hodin, pokud nejsou možné cíleně orientované pohyby všech končetin a není možná funkční kompenzace

Tabulka č. 2: Výše příspěvku na péči v roce 2020

Zdroj: Pflegegeld 2020 in Österreich – Anspruch, Höhe, Pflegestufen, Erhöhung, Valorisierung.

Dostupné z: <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/>.

Zajímavostí je, že jsou stanoveny minimální stupně závislosti pro vybrané skupiny zdravotně handicapovaných osob, např. pro osoby, které jsou odkázány na pohyb na invalidním vozíku, je minimálním stupněm závislosti stupeň III. až V. V případě vážného poškození zraku je minimálním stupněm stupeň III., v případě slepoty stupeň IV. a pro hluchoslepé osoby je to V. stupeň závislosti.

Příspěvek na dlouhodobou péči je od roku 2020 valorizován každoročně jako důchody ve všech kategoriích.

⁴⁹ Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Rakousku. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Austria_cs.pdf.

Hmotné zabezpečení pečujících osob

V souvislosti s očekávanými demografickými trendy lze v následujících letech očekávat, že tradiční formy stacionárních a mobilních služeb již nebudou schopny adekvátně pokrývat potřeby seniorů, již v současné době se nabídka služeb v jednotlivých spolkových zemích značně liší, z kvalitativního hlediska je zcela nesrovnatelná. Je proto zřejmé, že bude narůstat potřeba alternativních forem péče. Z tohoto důvodu je v současné době kladen důraz na zvýšení podpory pečujících osob.

Od 1. ledna 2014 byla zavedena řada nových opatření, jejichž cílem je usnadnit zaměstnancům sladění zaměstnání s péčí o potřebné rodinné příslušníky, jejich ošetřováním, popř. doprovázením umírajících rodinných příslušníků nebo velmi těžce nemocných dětí. Jedná se o pečovatelskou dovolenou, kratší pracovní dobu na péči a volno na rodinnou hospicovou péči. Pečovatelská dovolená je spojená s úplným výpadkem mzdy/platu a kratší pracovní doba na péči s alikvotním snížením mzdy/platu. Osoby, které těchto opatření využívají, mají nárok na odpovídající příspěvek na pečovatelskou dovolenou.⁵⁰

Cílem pečovatelské dovolené, popř. kratší pracovní doby na péči, je poskytnout zaměstnancům v případě náhle vzniklé potřeby péče o blízkého rodinného příslušníka nebo k odlehčení pečující osoby na určitou dobu možnost péči nově zorganizovat. Možnost sjednat si pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči mají zaměstnanci v soukromoprávních pracovních vztazích, spolkoví

⁵⁰ PRŮŠA, L. Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace. FÓRUM sociální politiky č. 6/2016. ISSN 1802-5854.

a zemští zaměstnanci a zaměstnanci obcí a poživatelé podpory v nezaměstnanosti nebo pomoci v nouzi, kteří se za účelem čerpání pečovatelské dovolené odhlásili z pojištění v nezaměstnanosti.

Pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči je možné si sjednat v případě péče o blízké rodinné příslušníky, kteří mají v dané chvíli přiznaný příspěvek na péči od III. stupně, popř. v případě nezletilých rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků s demencí příspěvek na péči od I. stupně. Podmínkou pro jejich čerpání je písemné sjednání uvolnění z práce nebo zkrácení pracovní doby mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, přičemž zaměstnavatel s tím musí souhlasit, neboť na pečovatelskou dovolenou a kratší pracovní dobu na péči zatím neexistuje právní nárok.

Pečovatelská dovolená a kratší pracovní doba na péči představují překlenovací opatření, lze je sjednat minimálně na dobu jednoho měsíce a maximálně na dobu tří měsíců. V zásadě lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat na jednoho blízkého rodinného příslušníka potřebujícího péči jen jednou, avšak v případě podstatného zvýšení potřeby péče dané osobou minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat ještě jednou. Na jednu osobu potřebující péči si může sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči i více pracovníků. Např. dva sourozenci si mohou na jednoho ze svých rodičů sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči pro různá období vždy na dobu až tří měsíců, celkem tedy až na šest měsíců. Při podstatném zvýšení potřeby péče minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči je pak možné opětovné sjednání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči vždy až na maximálně tři měsíce na jednoho

pracovníka. Příspěvek na pečovatelskou dovolenou náleží na jednu osobu potřebující péči maximálně po dobu 12 měsíců.

Již od 1. července 2002 mají zaměstnanci v Rakousku možnost po určitou dobu doprovázet umírající blízké rodinné příslušníky a velmi těžce nemocné děti, a to v rámci tzv. volna na rodinnou hospicovou péči. Zaměstnanci si v rámci volna na rodinnou hospicovou péči mohou zvolit zkrácení pracovní doby (kratší pracovní doba na rodinnou hospicovou péči), změnu rozložení normální pracovní doby nebo uvolnění z práce spojené se ztrátou výdělku.

Na volno na rodinnou hospicovou péči existuje právní nárok, může ho využívat i více rodinných příslušníků zároveň. O doprovázení při umírání lze žádat zpočátku maximálně na dobu tří měsíců, je-li to potřeba, je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu šesti měsíců. O doprovázení velmi těžce nemocných dětí lze žádat zpočátku na maximálně pět měsíců, v případě potřeby je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu devíti měsíců.

K finanční podpoře pečujících rodinných příslušníků v případě čerpání pečovatelské dovolené, kratší pracovní doby na péči, volna na rodinnou hospicovou péči, popř. kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči slouží příspěvek na pečovatelskou dovolenou. Na tento příspěvek má nárok každá osoba, která je pojištěna v plném rozsahu (= nemocenské, úrazové a důchodové pojištění) na základě nepřetržitého pracovního poměru bezprostředně před čerpáním pečovatelské dovolené, pokud má písemně sjednanou pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči se zaměstnavatelem (nebo předloží doklad o čerpání volna na rodinnou hospicovou péči,

popř. předloží doklad o odhlášení z pobírání dávek v nezaměstnanosti) a pokud předloží prohlášení, že po dobu pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči obstarává převažující péči a ošetřování.

Výše příspěvku na pečovatelskou dovolenou a při volnu na rodinnou hospicovou péči je závislá na výši předchozího příjmu a poskytuje se ve stejné výši jako podpora v nezaměstnanosti (tj. 55 % čistého denního příjmu), minimálně však ve výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu 405,98 eur měsíčně.

V případě kratší pracovní doby na péči a kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči se zkracuje pracovní doba a snižuje se výdělek, proto náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou v alikvotní výši. Příspěvek se vypočítá v zásadě na základě rozdílu mezi průměrným hrubým výdělkem před zkrácením pracovní doby a během ní. Základní částka činí i v těchto případech 55 % rozdílu, minimálně však představuje alikvotní výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu odpovídající zkrácení pracovní doby.

Nezaměstnaným osobám, které se z důvodu čerpání pečovatelské dovolené nebo volna na rodinnou hospicovou péči odhlásily z pobírání dávek v nezaměstnanosti nebo se odhlásily z nemocenského a důchodového pojištění podle zákona o pojištění v nezaměstnanosti, náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou ve výši naposled pobírané dávky z pojištění v nezaměstnanosti, minimálně však ve výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu, tedy 405,98 eur měsíčně v roce 2015.⁵¹

⁵¹ Allgemeines zu Pflegekarenz und Pflgeeteilzeit, (2015). Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360527.html>.

V posledních letech se rozvíjí řada nových forem služeb pro seniory, které jsou zpravidla založeny na poskytování bydlení se zajištěním asistenční pomoci (sociální a zdravotní služba, tísňové volání, služba opatrovníka).⁵²

Doporučení pro Českou republiku

Rakouský systém organizace, financování a řízení sociálních služeb má s českým systémem řadu společných prvků, a proto při hledání námětů, které by vedly k dalšímu rozvoji našeho systému, v něm lze najít řadu inspirativních prvků a námětů. V tomto smyslu se jedná především o tato řešení:

1. Zvážit významné prodloužení doby tzv. dlouhodobého ošetrovného, jehož poskytování vstoupilo v ČR v platnost 1. června 2018 po vzoru rakouského systému pečovatelské dovolené, popř. zavedení kratší pracovní doby tak, aby ve smyslu Národní strategie rozvoje sociálních služeb na léta 2016–2025 došlo k dalšímu rozvoji služeb domácí péče a posílení integrace sociální a zdravotní péče.

Dlouhodobé ošetrovné je v ČR poskytováno po dobu maximálně 90 kalendářních dnů ošetřující osobě poté, co u ošetřované osoby došlo k závažnému zhoršení zdravotního stavu, který vyžadoval alespoň sedmidenní hospitalizaci v nemocnici a v den propuštění bude potvrzeno, že potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů.

⁵² HORECKÝ, J. Mezinárodní zkušenosti a srovnání – Rakousko.

Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/2_Rakousko.pdf.

Rakouský systém umožňuje sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu pečujícími osobám při péči o blízké rodinné příslušníky, kteří mají priznaný příspěvek na péči ve III. a vyšším stupni (v případě, že se jedná o nezletilé rodinné příslušníky nebo rodinné příslušníky s demencí, lze sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu již od I. stupně závislosti). Podmínkou pro jejich čerpání je písemný souhlas zaměstnavatele. Pečovatelskou dovolenou a kratší pracovní dobu lze sjednat maximálně na dobu tří měsíců s tím, že v případě zvýšení potřebnosti péče (vyjádřené zvýšením míry závislosti alespoň o jeden stupeň) lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu sjednat ještě jednou. Na jednu osobu potřebující péči si může sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu i více pracovníků, tzn. při péči o jednu osobu maximálně po dobu 12 měsíců.

Je zřejmé, že doba poskytování dlouhodobého ošetrového představuje pouze jisté překlenovací opatření, které však neumožňuje v domácnosti dlouhodobě zajistit potřebnou péči o zdravotně handicapovanou osobu nebo seniora. Pečovatelská služba je sice v naprosté většině měst schopná zajistit péči zpravidla během několika dnů, počet neuspokojených žádostí o umístění do pobytových zařízení se však dlouhodobě zvyšuje, čekací doba na umístění v těchto zařízeních je ve většině regionů velmi dlouhá. Nabídka odlehčujících služeb je totiž nedostatečná.

2. Doporučuje se rozšířit počet stupňů závislosti tak, aby diferenciací do více stupňů závislosti umožnila lépe nastavit rozsah podpory všem potřebným osobám. Rozsah potřebné péče se doporučuje časově vymezit.

Stávající diferenciací míry závislosti v naší zemi do čtyř stupňů neumožňuje dostatečně přesně diferencovat rozsah pomoci potřebným osobám, počet čtyř stupňů závislosti v naší zemi je v současné době nejnižší v Evropě.

3. Doporučuje se stanovit pravidla valorizace příspěvku na péči.

4. Doporučuje se převést rozhodování o výši státních dotací poskytovatelům sociálních služeb znovu na centrální úroveň tak, aby byla zajištěna srovnatelná úroveň podpory ve všech krajích ČR.

V době, kdy v Rakousku došlo k centralizaci financování sociálních služeb, bylo v ČR rozhodnuto o tom, že o výši dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb budou rozhodovat jednotlivá krajská zastupitelstva, přestože jednotlivé kraje jsou ve své samosprávné kompetenci zřizovateli řady poskytovatelů sociálních služeb, a jsou tak ve střetu zájmu.

1.3.3 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče na Slovensku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Slovenská republika vznikla 1. ledna 1993 po rozpadu České a Slovenské federativní republiky. Slovensko je v současné době parlamentní republikou, výkonnou moc představuje vláda, v jejímž čele stojí premiér. Hlavou státu je prezident, který je volen občany přímou volbou na pět let. Zákonnodárnou moc vykonává jednokomorová Národní rada Slovenské republiky, v níž zasedá 150 poslanců. Volby do Národní rady se konají každé čtyři roky, volit může každý občan starší 18 let.⁵³

V roce 1996 zavedla slovenská vláda nový systém rozdělení krajů a okresů. Zejména v jižních okresech měla tato reorganizace původ ve snaze Mečiarovy vlády omezit maďarské zastoupení v samosprávě, proto byly tyto okresy reorganizovány tak, aby většinou zasahovaly ze severu, kde etnicky převažovala slovenská populace, na jih, kde naopak žijí Maďaři. Tento plán však nevyšel a volby do zastupitelstev nepřinesly výraznou změnu v etnickém zastoupení obyvatelstva. V současnosti se Slovensko dělí na osm samosprávných krajů⁵⁴ a celkem 79 okresů.

K 31. prosinci 2019 mělo Slovensko 5,458 milionu obyvatel, z toho bylo 20,5 % obyvatel ve věku do 19 let, 64,4 % osob ve věku 20–64 let a 15,1 % osob bylo starších 65 let. Z národnostního hlediska převažovala národnost slovenská (80,7 %), následovaly národnosti maďarská (8,5 %), romská (2,0 %), česká (0,6 %), rusínská, ukrajinská, ruská, německá, polská a jiná národnost (celkem 8,2 %). V roce 2015 činila střední délka života při narození u mužů 73,1 let a u žen 80,2 let.⁵⁵ Do roku 2060 by celkový počet obyvatel na Slovensku měl klesnout cca na 4,7 milionu osob.⁵⁶

Legislativní rámec služeb dlouhodobé péče

Poskytování služeb dlouhodobé péče není na Slovensku upraveno jedním zákonným předpisem, ale souborem zákonů v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče. Jedná se o tyto právní normy:

⁵³ Slovensko: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled.

Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/slovensko-zakladni-charakteristika-teritoria-17583.html>.

⁵⁴ Jednotlivými kraji jsou Bratislavský, Košický, Nitrianský, Prešovský, Žilinský, Trenčinský, Trnavský a Banskobystrický.

⁵⁵ Viz http://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/VBD_SLOVSTAT/om2023rs/Vekov%C3%A9%20zlo%C5%BEnie%20obyvate%C4%BEstva%20SR%20pod%C4%BEa%20pohlavia%20a%205-ro%C4%8Dn%C3%BDch%20vek%C3%BDch%20skup%C3%ADn%20%5Bom2023rs%5D.

⁵⁶ European demographic data sheet 2016.

Dostupné z: <http://www.populationeurope.org/en/index.php?page=datatable>.

- Zákon o sociálních službách č. 448/2008 Z. z.
- Zákon o finančních výhodách pro odškodnění zdravotně postižených osob č. 447/2008 Z. z.
- Zákon o zdravotní péči a službách souvisejících s poskytováním zdravotní péče č. 576/2004 Z. z.
- Zákon o poskytovatelích zdravotní péče, zdravotnických pracovnících a státních organizací ve zdravotnictví č. 578/2004 Z. z.
- Zákon o rodině č. 36/2005 Z. z.
- Zákon o sociálně-právní ochraně dětí a sociální kuratele č. 305/2005 Z. z.
- Zákon o sociální práci č. 219/2014 Z. z.

Dlouhodobá péče je poskytována jako součást systémů zdravotní a sociální péče a je organizována na regionální a místní úrovni.

Sociální služby jsou podle § 2 zákona č. 448/2008 Z. z. vymezeny jako odborná, obslužná nebo další činnost (nebo soubor těchto činností) a jsou zaměřené na:

- prevenci vzniku, řešení nebo zmírnění nepříznivé sociální situace fyzické osoby, rodiny nebo komunity;
- zachování, obnovu nebo rozvoj schopností fyzické osoby vést samostatný život a na podporu jejího začlenění do společnosti;
- zabezpečení nezbytných podmínek pro uspokojování základních životních potřeb fyzické osoby;
- řešení krizové sociální situace fyzické osoby a rodiny;
- prevenci sociálního vyloučení fyzické osoby a rodiny;
- zabezpečení péče o dítě z důvodu situace v rodině, která vyžaduje pomoc při péči o dítě.

Podle § 6 zákona č. 448/2008 Z. z. má fyzická osoba za podmínek stanovených tímto zákonem právo na výběr sociální služby a formy jejího poskytování a právo na výběr poskytovatele sociální služby. Fyzická osoba má právo na poskytování takové sociální služby, která svým rozsahem, formou a způsobem poskytování umožňuje realizovat její základní lidská práva a svobody, zachovává její lidskou důstojnost, aktivizuje ji k posílení soběstačnosti, zabraňuje jejímu sociálnímu vyloučení a podporuje její začlenění do společnosti. Dále má fyzická osoba právo na zabezpečení dostupnosti informací v pro ní srozumitelné formě o druhu, místě, cílech a způsobu poskytování sociální služby, o úhradě za poskytovanou službu a o cílové skupině, které je služba poskytována. V pobytovém zařízení sociálních služeb má příjemce služby rovněž právo zejména na vytvoření podmínek na zabezpečení osobního, telefonického, písemného nebo elektronického kontaktu s osobou, kterou si sám určí, a to zejména za účelem ochrany jeho práv a právem chráněných zájmů, navazování a udržování sociálních vazeb s rodinou a komunitou a udržování partnerských vztahů.

Zákon o sociálních službách rozděluje sociální služby podle druhu do pěti skupin:

- sociální služby krizové intervence (= terénní sociální služba krizové intervence, poskytování sociální služby v nízkoprahovém denním centru, v integračním nebo v komunitním centru, v noclehárně, v útulku, v domově na půl cesty a v zařízení nouzového bydlení a nízkoprahová sociální služba pro děti a rodinu);
- sociální služby na podporu rodiny s dětmi (= pomoc při osobní péči o dítě, pomoc při osobní péči o dítě v zařízení dočasné péče o děti, služba na podporu sladění rodinného a pracovního života, služba na podporu sladění rodinného a pracovního života v zařízeních péče o děti do tří let jejich věku, služba včasné intervence);

- sociální služby na řešení nepříznivé sociální situace z důvodu těžkého zdravotního postižení, nepříznivého zdravotního stavu nebo z důvodu dovršení důchodového věku (= poskytování sociální služby v zařízeních pro fyzické osoby, které jsou odkázány na pomoc jiné fyzické osoby, a pro fyzické osoby, které dovršily důchodový věk [= zařízení podporovaného bydlení, zařízení pro seniory, zařízení pečovatelské služby, rehabilitační středisko, domov sociálních služeb, specializovaná zařízení, denní stacionář], domácí pečovatelská služba, přepravní služba, průvodcovská a předčitatelská služba, tlumočnická služba a její zprostředkování, zprostředkování osobní asistence a půjčování pomůcek);
- sociální služby s použitím telekomunikačních technologií (= monitorování a signalizace potřeby pomoci, krizová pomoc poskytovaná prostřednictvím telekomunikačních technologií);
- podpůrné služby (= odlehčovací služba, pomoc při zabezpečení opatrovnických práv a povinností, poskytování sociální služby v denním centru, podpora samostatného bydlení, poskytování sociální služby v jídelně, v prádelně a ve středisku osobní hygieny).

Financování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče nejsou na Slovensku financovány v rámci samostatného schématu.

Sociální služby poskytované veřejnými poskytovateli sociálních služeb (tj. obcemi, právníckými osobami zřízenými nebo založenými obcemi nebo vyššími územními celky) mohou být financovány z rozpočtu veřejného poskytovatele služeb, z úhrad za poskytnuté sociální služby od jejich uživatelů, z úhrady ekonomicky oprávněných nákladů spojených s poskytováním sociální služby pro

obyvatele z jiných vyšších územních celků, ze státního rozpočtu, ze sponzorských darů, z prostředků od sdružení obcí, vyšších územních celků a osob, z výsledku hospodaření z vedlejší činnosti, z příjmu ze sociálního podniku a z jiných zdrojů.

Sociální služby poskytované neveřejným poskytovatelem (tedy jiným subjektem než obcemi, právnickými osobami zřízenými nebo založenými obcemi nebo vyššími územními celky) mohou být financovány z finančního příspěvku při závislosti fyzické osoby na pomoci jiné fyzické osoby při sebeobslužných úkonech a z finančního příspěvku na provoz poskytované služby, z úhrad za poskytnuté sociální služby od jejich uživatelů, z rozpočtu ministerstva, z vlastních zdrojů neveřejného poskytovatele služby, ze sponzorských darů, z výsledku hospodaření z podnikatelské činnosti, kterou vykonává neveřejný poskytovatel sociální služby, ze zisku ze sociálního podniku a z jiných zdrojů.

Uživatel sociální služby je povinen zaplatit úhradu za poskytovanou službu ve výši určené poskytovatelem služby ve smlouvě.

Veřejný poskytovatel sociální služby stanoví výši úhrady za službu a způsob její úhrady smlouvou s uživatelem smlouvy podle všeobecně závazných předpisů obce nebo vyššího územního celku.

Neveřejný poskytovatel sociální služby určí výši úhrady za službu a způsob její úhrady smlouvou s uživatelem podle aktuálních cen uvedených v ceníku, který je zveřejněn na webových stránkách poskytovatele.

Kvalita sociálních služeb

Zákonem o sociálních službách byla zavedena povinnost poskytovatelů sociálních služeb plnit podmínky kvality poskytované sociální služby. Zákon podrobně určuje kritéria, standardy a indikátory kvality poskytované služby, které jsou členěny do čtyř oblastí (dodržování základních lidských práv a svobod, procedurální, personální a provozní podmínky). Definování, plnění a hodnocení těchto podmínek je jedním ze základních nástrojů zvyšování kvality života klientů služeb, jejich sociálního začleňování a odborného poskytování sociálních služeb.

Např. v oblasti dodržování základních lidských práv jsou definována tato kritéria:

1. Základní lidská práva a svobody

- Za standard je považováno, že sociální služby jsou poskytovány v souladu se základními lidskými právy a svobodami, přirozenou lidskou důstojností, s principem nediskriminace z důvodu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnosti nebo k etnické skupině, majetku, rodu nebo jiného postavení klienta sociální služby a jsou poskytovány v prostředí, které si klient vybral.
- Indikátory hodnocení tohoto standardu jsou skutečnosti, zda poskytovatel služby má písemně (částečně písemně, popř. nemá) vypracované postupy, pravidla a podmínky dodržování základních lidských práv a svobod a aktivně zabezpečuje jejich dodržování.

- V závislosti na tom je za splnění tohoto standardu uděleno poskytovateli 3, 2, resp. 0 bodů.

2. Sociální status uživatele sociální služby

- Za standard je považováno, že poskytovatel sociální služby respektuje a podporuje rozvoj schopností, zručností a vědomostí uživatele služby, zachování jeho vlastní identity, osobní integrity, nezávislosti, individuální rozmanitosti a podporuje vytváření pozitivního obrazu o uživateli sociální služby.
- Indikátory hodnocení tohoto standardu jsou skutečnosti, zda poskytovatel služby respektuje a aktivně podporuje (popř. pouze respektuje nebo nerepektuje) zachování identity uživatele služby, osobní integrity, nezávislosti, individuální rozmanitosti a aktivně zabezpečuje právo na vzdělávání, přípravu na zaměstnávání a přístup k individualizované podpoře.
- V závislosti na tom je za splnění tohoto standardu uděleno poskytovateli 3, 2, resp. 0 bodů.

3. Vztahy, rodina a komunita

- Za standard je považováno, že poskytovatel služby podporuje uživatele služby v plném a účinném zapojení a začlenění do společnosti s respektováním jeho přirozených vztahů v rámci jeho rodiny a komunity v souladu s právem na rovnost příležitostí.
- Indikátory hodnocení tohoto standardu jsou skutečnosti, zda poskytovatel služby má vypracované postupy a strategie podpory

uživatele služby (resp. je má vypracované pouze částečně, popř. je nemá vůbec) zaměřené na jeho plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti a aktivně je realizuje, přičemž v plné míře respektuje jeho přirozené vztahy v rámci jeho rodiny a komunity.

- V závislosti na tom je za splnění tohoto standardu uděleno poskytovateli 3, 2, resp. 0 bodů.

Obdobným způsobem jsou definována kritéria v oblasti procedurálních, personálních a provozních podmínek, celkem může poskytovatel služby získat dohromady 180 bodů, přičemž podle procentuálního počtu získaných bodů je zařazen do čtyř kategorií (viz tabulka č. 3):

počet dosažených bodů u poskytovatele, který je právníčkou osobou	počet dosažených bodů u poskytovatele, který je fyzickou osobou	procentuální vyhodnocení úrovně kvality poskytované sociální služby	úroveň kvality poskytované sociální služby	celkové hodnocení podmínek kvality poskytované sociální služby
180–162	147–132	100–90 %	3	splňuje výborně
161–135	131–110	89–75 %	2	splňuje velmi dobře
134–108	109–88	74–60 %	1	splňuje dostatečně
107–0	87–0	59–0 %	0	nesplňuje

Tabulka č. 3: Kritéria pro rozdělení poskytovatelů sociálních služeb podle standardů kvality

Zdroj: zákon o sociálních službách č. 448/2008 Z. z.

Jedním z cílů zákona o sociálních službách je zajistit profesionální poskytování sociálních služeb, a tak zvýšit i jejich kvalitu. Jedním ze základních předpokladů dosažení tohoto cíle je vzdělávání

zaměstnanců sociálních služeb z důvodu potřeby splnění kvalifikačních předpokladů pro výkon sociální služby a zároveň dalšího vzdělávání a prohlubování kvalifikace zaměstnanců. Zákon přesně definuje požadavky na výkon všech činností, které jsou realizovány při poskytování sociálních služeb, supervizi může vykonávat fyzická osoba, která má vysokoškolské vzdělání ve studijním oboru sociální práce, sociální služby a poradenství, sociální pedagogika, speciální pedagogika, léčebná pedagogika, psychologie nebo uznaný doklad o takovém vysokoškolském vzdělání vydaným zahraniční vysokou školou a absolvovala odbornou akreditovanou přípravu supervizora v oblasti sociální práce nebo poradenství v rozsahu nejméně 240 hodin.

Pozitivně je nutno hodnotit skutečnost, že zákon o sociálních službách definuje maximální počet uživatelů sociálních služeb připadajících na jednoho zaměstnance a minimální procentuální podíl odborných zaměstnanců na celkovém počtu zaměstnanců. Cílem tohoto opatření je zabezpečit kvalitu při poskytování jednotlivých typů služeb.

Např. v domově pro seniory, ve kterém je počet klientů závislých na pomoci ve IV.–VI. stupni závislosti menší než 50 % kapacity zařízení a zařízení poskytuje celoroční služby, může na jednoho zaměstnance připadat maximálně 2,3 klientů, přičemž minimálně 52 % zaměstnanců takového zařízení musí být odborní pracovníci.

Služby sociální péče

Služby sociální péče jsou nejčastějším typem sociálních služeb. V zákoně o sociálních službách jsou definovány jako sociální služby na řešení nepříznivé sociální situace z důvodu těžkého zdravotního

postižení, nepříznivého zdravotního stavu nebo z důvodu dovršení důchodového věku. Na Slovensku jsou definovány tyto druhy sociálních služeb:

- pečovatelská služba;
- zařízení pečovatelské služby;
- zařízení podporovaného bydlení;
- zařízení pro seniory;
- rehabilitační středisko;
- domov sociálních služeb;
- specializované zařízení;
- denní stacionář;
- přepravní služba;
- průvodcovská a předčitatelská služba;
- tlumočnická služba a její zprostředkování;
- zprostředkování osobní asistence;
- půjčovna pomůcek.

Jedná se o služby, které jsou klientům poskytovány zpravidla dlouhodobě, neboť jsou zpravidla delší dobu odkázáni na pomoc jiné osoby při běžných denních činnostech, při péči o domácnost nebo při rozličných sociálních aktivitách. Rozhodování o tom, která sociální služba se poskytne, je výsledkem komplexního lékařského a sociálního posuzování. Posudkový lékař hodnotí zdravotní stav člověka a definuje úroveň jeho závislosti nebo stupeň závislosti (lékařská posudková činnost) ve spolupráci se specializovanými lékaři a se sociálním pracovníkem (sociální posudková činnost). Hodnoceny jsou tyto schopnosti:

- stravování a pitný režim;
- vyprazdňování močového měchýře;
- vyprazdňování tlustého střeva;

- osobní hygiena;
- celková koupel;
- oblékání, svlékání;
- změna polohy, sezení, stání;
- pohyb po schodech;
- pohyb po rovině;
- orientace v prostředí;
- dodržování léčebného režimu;
- potřeba dohledu.

Jednotlivé schopnosti jsou hodnoceny:

- 0 body, pokud je fyzická osoba při většině úkonů při hodnocení dané schopnosti odkázána na pomoc jiné fyzické osoby;
- 5 body, pokud je fyzická osoba při některých úkonech při hodnocení dané schopnosti odkázána na pomoc jiné fyzické osoby;
- 10 body, pokud je fyzická osoba schopna vykonávat všechny úkony při hodnocení dané schopnosti.

Na základě součtu bodů získaných při hodnocení jednotlivých schopností jsou jednotlivé osoby zařazeny do jednoho z šesti stupňů závislosti (viz tabulka č. 4).

stupeň	počet bodů	průměrný rozsah závislosti (hod./den)	průměrný rozsah závislosti (hod./měs.)
I.	105–120	0	0
II.	85–104	2–4	60–120
III.	65–84	4–6	120–180
IV.	45–64	6–8	180–240
V.	25–44	8–12	240–360
VI.	0–24	víc než 12	více než 360

Tabulka č. 4: Kritéria pro přiznání jednotlivých stupňů závislosti

Zdroj: zákon o sociálních službách č. 448/2008 Z. z.

Ministerstvo poskytuje finanční příspěvek na poskytování sociální služby v zařízeních podmíněných závislostí:

- obci, která zřídila nebo založila zařízení podporovaného bydlení, zařízení pro seniory, zařízení pečovatelské služby, rehabilitační středisko, domov sociálních služeb, specializované zařízení nebo denní stacionář;
- obci, která poskytuje sociální službu v těchto zařízeních;
- neveřejnému poskytovateli sociální služby, který neposkytuje sociální službu s cílem dosáhnout zisku, a poskytuje sociální službu v uvedených zařízeních.

Účelem poskytnutí tohoto finančního příspěvku je spolufinancování ekonomicky oprávněných nákladů na mzdy a platy zaměstnanců poskytovatele služby. Výši tohoto příspěvku najdete v tabulce č. 5.

stupeň závislosti fyzické osoby na pomoci jiné fyzické osoby	výše finančního příspěvku při poskytování pobytové sociální služby (měsíc/místo)	výše finančního příspěvku při poskytování ambulantní sociální služby (měsíc/místo) obsazené nejméně v rozsahu 8 hod. ambulantního provozu v průběhu pracovního dne
II. stupeň	87 eur	43,50 eur
III. stupeň	195,75 eur	97,88 eur
IV. stupeň	261 eur	130,50 eur
V. stupeň	369,75 eur	184,88 eur
VI. stupeň	456,75 eur	228,38 eur

Tabulka č. 5: Výše finančního příspěvku na poskytování sociální služby v zařízeních podmíněných závislostí

Zdroj: zákon o sociálních službách č. 448/2008 Z. z.

Poskytovatelům pečovatelské služby se poskytuje finanční příspěvek při závislosti fyzické osoby na pomoci jiné fyzické osoby na zabezpečení úkonů sebeobsluhy podle počtu a struktury uživatelů pečovatelské služby z hlediska stupně jejich závislosti. Jeho minimální výši naleznete v tabulce č. 6.

stupeň závislosti fyzické osoby na pomoc jiné fyzické osoby	výše finančního příspěvku při poskytování pečovatelské služby (měsíčně)
II. stupeň	89,82 eur
III. stupeň	179,68 eur
IV. stupeň	269,47 eur
V. stupeň	359,29 eur
VI. stupeň	449,18 eur

Tabulka č. 6: Výše finančního příspěvku určeného poskytovatelům pečovatelské služby

Zdroj: zákon o sociálních službách č. 448/2008 Z. z.

Klienti v zařízeních sociálních služeb musejí hradit náklady na služby během pobytu v těchto zařízeních podle výše příjmů a majetku, přitom jim ale musí zůstat minimální příjem ve výši 25 % ze životního minima měsíčně. Za příjem se přitom považuje celkový příjem bez jednorázových státních sociálních dávek, přídavků na dítě, daňových bonusů, stipendií atd. Při hodnocení majetkových poměrů se nepřihlíží k nemovitosti užívané k trvalému bydlení, k pozemku pro vlastní potřebu nebo k jednomu autu.

Při péči poskytované rodinnými příslušníky (tzv. neformální péči) je pečující osobě poskytován peněžitý příspěvek na péči ve výši 430,35 eur měsíčně, pokud je domácí péče poskytována pouze jedné osobě, nebo ve výši 572,36 eur měsíčně, pokud je péče poskytována dvěma nebo více osobám. Tato dávka se vyplácí přímo pečující osobě

a zvyšuje se o 100 eur měsíčně, pokud je domácí péče poskytována jednomu nebo více těžce postiženým dětem a pečující osoba nemá žádný jiný příjem. Je-li pečující osobou důchodce, dávka není poskytována v závislosti na jeho majetkových poměrech a poskytuje se jako paušální částka ve výši:

- 215,18 eur měsíčně, pokud je domácí péče poskytována pouze jedné osobě;
- 286,18 eur měsíčně, pokud je péče poskytována dvěma nebo více osobám.

Stát navíc platí příspěvky na starobní, invalidní a zdravotní pojištění pečující osoby.

Doporučení pro Českou republiku

Slovenský systém sociálních služeb patří k těm systémům, v nichž lze najít řadu inspirativních námětů pro úpravy tohoto systému v naší zemi. Dlouhodobé společné soužití ve společném státě a společná příprava prakticky všech zákonů v sociální oblasti na počátku 90. let minulého století zároveň vytváří prostor pro velmi dobré pochopení odlišnosti současných právních úprav v jednotlivých zemích. Na základě studia systému sociálních služeb na Slovensku lze doporučit, aby v následujícím období při přípravě nových právních úprav v systému sociálních služeb v naší zemi byly realizovány zejména tyto úpravy stávajícího zákona o sociálních službách:

1. Doporučuje se, aby byla převzata typologie sociálních služeb a do systému sociálních služeb byla zařazena i problematika sociálně právní ochrany.

Je zřejmé, že stávající rozdělení sociálních služeb na Slovensku do pěti skupin – sociální služby krizové intervence, sociální služby na podporu rodiny s dětmi, sociální služby na řešení nepříznivé sociální situace z důvodu těžkého zdravotního postižení, nepříznivého zdravotního stavu nebo z důvodu dovršení důchodového věku, sociální služby s použitím telekomunikačních technologií a na podpůrné služby – je přesnější a lépe vystihuje povahu jednotlivých služeb. V této souvislosti poznamenejme, že v ČR se při přípravě zákona o sociálních službách dlouhodobě uvažovalo o rozdělení sociálních služeb na služby sociální péče a služby sociální intervence, což je zřejmě podstatně přesnější význam než stávající pojmenování těchto služeb jako služeb sociální prevence, neboť tyto služby především intervnují ve prospěch určité skupiny osob v obtížné sociální situaci.

2. Obdobně, jak bylo konstatováno u řady dalších zemí, doporučujeme zvážit zvýšení počtu stupňů závislosti pro hodnocení potřeby sociálních služeb.

Stávající počet čtyř stupňů závislosti v naší zemi je v současné době nejnižší ze všech zemí, které tuto formu hodnocení využívají pro hodnocení finanční náročnosti sociálních služeb a pro jejich financování.

3. Současně se doporučuje změnit formu výplaty příspěvku na péči tak, aby nebyl vyplácen pouze v peněžité formě příjemci dávky, ale byl poskytován poskytovateli služby na základě stanovení míry závislosti klienta příslušné služby.

V současné době je ČR jedinou zemí, kde je příspěvek na péči vyplácen pouze v hotovosti příjemci dávky. Z poznatků získaných při

realizaci řady šetření vyplývá, že značný rozsah příjemců této dávky ji nevyužívá v souladu se záměry zákonodárce na nákup potřebných sociálních služeb, ale využívá ji např. na splátky hypoték, půjček nebo leasingů.⁵⁷ Prof. Tomeš v tomto smyslu uvádí, že *„peníze poskytnuté člověku se vždy vnímají jako příjem rodiny, a proto si rodiny příspěvek na péči ponechávaly a neinvestovaly do sociálních služeb, jak bylo předpokládáno“*.⁵⁸

4. Pro zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb doporučujeme ve vyhlášce alespoň orientačně stanovit maximální počet uživatelů sociálních služeb připadajících na jednoho zaměstnance a minimální procentuální podíl odborných zaměstnanců na celkovém počtu zaměstnanců.

Stávající dikce uvedená ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., podle níž má poskytovatel služby písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců a podle níž by organizační struktura a počty zaměstnanců měly být přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována, se jeví příliš obecná a např. v rámci inspekce sociálních služeb může být předmětem řady sporů. Zkušenosti

⁵⁷ PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9.

⁵⁸ TOMES, I. *Problémy s realizací povinné sociální solidarity v ČR*. In *10x o sociální politice*. FÓRUM sociální politiky, mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854.

⁵⁹ *Léčebny pro dlouhodobě nemocné – zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf.

⁶⁰ *Jedná se o tato vojvodství: Dolnoslezské, Kujavsko-pomořské, Lodžské, Lublinské, Lubušské, Malopolské, Mazovské, Opolské, Podkarpatské, Podleské, Pomořské, Slezské, Svatokřížské, Varmijsko-mazurské, Velkopolské a Západopomořanské*.

⁶¹ *Polsko – základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled*. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/polsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/>.

získané z poskytování služeb v léčebnách pro dlouhodobě nemocné⁵⁹ ukazují, že nedostatek pracovníků může významným způsobem snižovat kvalitu poskytovaných služeb a ohrožovat naplňování základních lidských práv klienta.

5. Doporučujeme upravit podmínky pro hmotné zajištění pečujících osob. Stávající úprava neumožňuje zajištění dlouhodobé péče o osoby vyžadující dlouhodobou péči v domácím prostředí.

1.3.4 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Polsku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Polská republika se po skončení druhé světové války stala pod sovětským vlivem komunistickým státem, v zemi proběhla násilná kolektivizace a znárodňování, oproti jiným státům byl však režim tolerantnější k tradičně vlivné katolické církvi. V současné době je Polsko parlamentní republikou. Parlament je od roku 1989 dvoukomorový, tvoří jej Sejm, který má 460 poslanců, a Senát se 100 senátory.

Od 1. ledna 1999 má Polsko trojstupňové územněsprávní členění, členění se na 16 vojvodství,⁶⁰ 379 okresů a 2 478 obcí. Vzhledem k rozdílnosti chápání českého výrazu „obec“ oproti polskému „gmina“ odpovídají kompetence polských obcí přibližně působnosti, který má v ČR pověřený obecní úřad.⁶¹

Se svou rozlohou 312 679 km² je Polsko devátou největší zemí v Evropě, je čtyřikrát větší než ČR a z rozlohy Evropské unie zabírá 7,1 %. Současné Polsko je s 38 miliony obyvatel pátý nejlidnatější stát

Evropy, naprostou většinu obyvatel tvoří Poláci (96,7 %). Z celkového počtu obyvatel je 18,1 % ve věku 0–17 let, 60 % je v produktivním věku a 21,9 % obyvatel je v poproduktivním věku. Prognóza vývoje obyvatelstva je nepříznivá, do roku 2060 by počet obyvatel Polska měl klesnout na 31,9 milionu osob, průměrná střední délka života při narození činila v roce 2018 u mužů 73,7 let a u žen 81,7 let.⁶²

Legislativní rámec dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Systém služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je legislativně upraven soustavou zejména těchto zákonů:

- zákon o zdravotnických službách financovaných z veřejných prostředků ze dne 27. srpna 2004;
- zákon o sociální pomoci ze dne 12. března 2004;
- zákon o rodinných dávkách ze dne 28. listopadu 2003;
- zákon o sociálním důchodu ze dne 27. června 2003;
- zákon o důchodových fondech sociálního pojištění ze dne 17. prosince 1998;
- zákon o profesní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením ze dne 27. srpna 1997;
- zákon o doplňkových dávkách pro osoby, které nemohou žít samostatně, ze dne 31. července 2019.

Na poskytování sociálních služeb mají nárok všichni občané. Hlavním kritériem pro poskytování služeb je zdravotní stav klienta.

⁶² European Demographic Data Sheet 2018 Vienna: Vienna Institute of Demography and International Institute for Applied Systems Analysis, 2019. Dostupné z: <http://www.populationeurope.org/data>.

Financování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Sociální služby jsou financovány ze státního rozpočtu jako součást zdravotní péče a sociálního zabezpečení. Financování sociálních služeb neupravuje žádné speciální schéma a podílejí se na něm i jejich klienti.

Dávky vyplácené ze systému sociální pomoci a rodinné dávky jsou financovány ze státního rozpočtu a jejich výplatu zajišťují centra sociální pomoci a okresní centra pro podporu rodiny.

Dlouhodobá péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních je financovaná ze systému zdravotního pojištění ve výši poskytnuté zdravotní péče, spoluúčast klienta by měla pokrýt náklady na ubytování a stravu, činí 250 % nejnižšího starobního důchodu, maximálně však 70 % příjmu klienta.

Dlouhodobá péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb je financována ze státního rozpočtu. Spoluúčast příjemce služeb je maximálně ve výši 70 % jeho příjmu, na financování těchto služeb se podílí rovněž rodiny v závislosti na příjmu a obce.

Církevní a náboženské organizace poskytující sociální služby jsou financovány z darů, spoluúčast je dobrovolná. Nevládní neziskové organizace poskytující sociální služby jsou financovány prostřednictvím dotací z místních rozpočtů a z darů, spoluúčast klienta je dobrovolná.

Nárok na dávky dlouhodobé péče mají všechny věkové skupiny obyvatelstva. Hlavním kritériem pro přiznání tohoto typu péče

je zdravotní stav dotyčné osoby v závislosti na stupni zdravotního postižení, invalidity nebo věku.

Plánování rozvoje sociálních služeb je v kompetenci Ministerstva rodiny, práce a sociálních věcí. Na úrovni jednotlivých vojvodství se provádí plánování s ohledem na místní potřeby sociální péče, důraz je kladen zejména na koordinaci spolupráce s nevládními neziskovými organizacemi. V souvislosti s rozvojem sociálních služeb vyhlásilo Ministerstvo rodiny, práce a sociálních věcí program ASOS na léta 2014–2020 (Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020), který je zaměřen na podporu aktivity seniorů, v jeho rámci se mj. poskytuje podpora na zvyšování dostupnosti a kvality sociálních služeb pro seniory.⁶³

Služby sociální péče

Systém dlouhodobých sociálních služeb v Polsku lze charakterizovat jako centrálně řízený s tím, že v jeho rámci zaujímají významné místo jednotlivá vojvodství. Jedná se o systém, který je významně napojen na systém zdravotní péče, jenž při poskytování sociálních služeb hraje dominantní roli. V systému sociálních služeb jsou poskytovány jak věcné, tak i peněžité dávky, které jsou vesměs financovány ze státního rozpočtu. Na poskytování služeb mají nárok všechny věkové skupiny, hlavním kritériem pro poskytování služeb je nepříznivý zdravotní stav v důsledku invalidity nebo věku. Osobám, které jsou starší 75 let a které pobírají starobní, invalidní nebo pozůstalostní důchod, může být přiznán příspěvek na zdravotní

⁶³ Rządowy program ASOS.

Dostupné z: <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos/>.

péči bez ohledu na příjem rodiny. Tento příspěvek je rovněž přiznán vážně zdravotně postiženým osobám a dětem do 16 let věku, které vyžadují nepřetržitou pomoc od druhé osoby.

O potřebě sociálních služeb rozhodují autorizovaní lékaři na základě národního systému indikátorů, který je orientován zejména na hodnocení schopnosti klienta pracovat podle úrovně jeho vzdělání, schopnosti zajistit běžné aktivity denního života a potřebě trvalé nebo dlouhodobé péče a pomoci od jiné osoby. Na tomto základě je občan zařazen od tří stupňů závislosti:

- značná míra zdravotního postižení je přiznána osobě, pokud není schopna pracovat nebo je schopna pracovat pouze v chráněné dílně a potřebuje za účelem plnění svých sociálních rolí trvalou nebo dlouhodobou péči nebo pomoc od jiné osoby;
- mírná míra zdravotního postižení je přiznána osobě, pokud není schopna vykonávat práci na pracovišti přizpůsobeném jejím potřebám a schopnostem a vyžaduje při běžných společenských aktivitách částečnou nebo periodickou pomoc od jiné osoby;
- nízká míra zdravotního postižení je přiznána osobě, pokud je schopná vykonávat práci a nevyžaduje pomoc od jiné osoby k výkonu svých běžných společenských aktivit.

Míra závislosti je přehodnocována pouze tehdy, pokud byla služba poskytnuta po pouze určitou dobu.

V domácnostech jednotlivých klientů je poskytována pečovatelská služba, a to i osobám s duševními poruchami. Chronicky nemocným pacientům, kteří vyžadují systematickou ošetrovatelskou péči kvůli svým zdravotním problémům, může být tato péče poskytována v domácím prostředí, doba poskytování závisí na zdravotních

problémech konkrétního člověka, v průběhu roku může být tato péče poskytována maximálně po dobu šesti měsíců.

V ambulantních zařízeních (např. v komunitních domech pro vzájemnou pomoc, v asistenčních domech nebo v klubech vzájemné pomoci) je péče obvykle poskytována od 8.00 do 16.00 hod., přičemž neexistuje žádné omezení z hlediska doby trvání poskytování této péče. Obdobně je tomu i v pobytových zařízeních sociálních služeb (např. v centrech sociální pomoci, rodinných asistenčních domech, domech sociální péče nebo střediscích podpory rodiny). Pobyt v těchto zařízeních je však spolufinancován klientem a jeho rodinou. Podle platných podmínek by klient měl hradit veškeré průměrné náklady, maximálně však do výše 70 % svých příjmů. Pokud jsou náklady vyšší a klient nemá na jejich úhradu, je rodina povinna zaplatit zbývající částku, její výše je však omezena určitým „kritériem příjmu“, rodině musí zůstat určitá část jejího příjmu. V takovém případě chybějící částku doplatí obec.

Vedle těchto služeb mohou zdravotně postižení občané využít i určitá tzv. „doprovodná opatření“, na jejichž financování se však již klient musí spolupodílet. Jedná se např. o možnost pobytu klienta a jeho ošetřovatele v rehabilitačních centrech, poskytování rehabilitačních zařízení nebo ortopedických pomůcek, odstranění architektonických a technických překážek, které brání při jejich každodenních činnostech.

Osoby se zdravotním postižením se také mohou účastnit workshopů zaměřených na sociální a profesní rehabilitaci osob se zdravotním postižením tak, aby získaly dovednosti potřebné k nástupu do zaměstnání. Tyto workshopy mohou být organizovány

nadacemi, sdruženími nebo jinými subjekty a náklady na provoz jsou spolufinancovány ze Státního fondu pro rehabilitaci zdravotně postižených osob (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, PFRON), z fondů místní správy nebo jiných zdrojů. V tomto smyslu mají tedy sociální služby podstatně širší záběr, než je tomu v ČR.

Občan, kterému jsou poskytovány sociální služby, může obdržet tři typy příspěvku:

- trvalý příspěvek, který je přiznán dospělé osobě, která není schopna pracovat z důvodu věku nebo zdravotního postižení, jeho výše podléhá means testu, maximálně činí 604 zlotých (= 136 eur) měsíčně;
- účelový příspěvek, který je určen na pokrytí výdajů na nákup potravin, léků, pohonných hmot, oděvů, denních potřeb, malých oprav bytů a pohřebních nákladů, jeho výše závisí na konkrétní situaci každého jedince;
- pravidelný příspěvek, který je určen osobě s chronickým onemocněním nebo postižením, jeho výše podléhá means testu, maximálně činí 418 zlotých (= 94 eur) měsíčně.

Při poskytování dlouhodobé péče obdrží klient příspěvek na doplňkovou zdravotní péči ve výši 208,67 zlotých (= 47 eur) měsíčně a příspěvek na zdravotní péči 153 zlotých (= 35 eur) měsíčně. Pro dítě do pěti let činí výše tohoto příspěvku 90 zlotých (= 20 eur) měsíčně, pro dítě ve věku 5–24 let činí výše příspěvku 110 zlotých (= 25 eur). Tyto příspěvky se poskytují na částečné pokrytí výdajů vyplývajících z potřeby zdravotně postižených osob, tato osoba se přitom může svobodně rozhodnout, jak finanční prostředky využije.

Pokud občan potřebuje doprovod např. k návštěvě lékaře, obdrží speciální příspěvek ve výši 520 zlotých (117 eur) měsíčně. Ve stejné výši může obdržet i příspěvek na pečovatele. Rodič nebo opatrovník, který pečuje o zdravotně postižené dítě do 16 let, může obdržet tzv. ošetrovatelskou dávku, která je určena na podporu osob, které nevykonávají placenou práci z důvodu péče. Výše dávky v tomto případě činí 1 406 zlotých (= 318 eur) měsíčně.

Tyto příspěvky nejsou příjmově testovány a nepodléhají ani zdanění.⁶⁴

Kontrola kvality poskytovaných sociálních služeb je v pravomoci jednotlivých vojvodství. Každé vznikající zařízení sociálních služeb musí být registrováno, registrace je každoročně obnovována, poskytovatel musí naplňovat standardy kvality služeb, které jsou stanoveny zákonem. Cílem je zajistit, aby sociální služby byly poskytovány na kvalitní úrovni.

Doporučení pro Českou republiku

Odlíšné schéma financování sociálních služeb a zdravotní péče neumožňuje navrhnout doporučení pro úpravy systému financování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v ČR.

⁶⁴ *Comparative Tables on Social Protection – Results.*

Dostupné z: <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>.

⁶⁵ Kraji jsou Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, Västra Götaland, Örebro a Östergötland.

⁶⁶ Souhrnná teritoriální informace Švédsko. Dostupné z: [http://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2017/06/02/Nahled%20STI%20\(PDF\)%20Svedsko%20-%20Souhrnna%20teritorialni%20informace%20-%202017.171826143.pdf](http://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2017/06/02/Nahled%20STI%20(PDF)%20Svedsko%20-%20Souhrnna%20teritorialni%20informace%20-%202017.171826143.pdf).

⁶⁷ European Demographic Data Sheet 2020 Vienna: Vienna Institute of Demography and International Institute for Applied Systems Analysis, 2020. Dostupné z: <http://www.populationeurope.org/en/index.php?page=home>.

1.3.5 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ve Švédsku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Švédsko je konstituční monarchie (králem je Carl XVI. Gustaf) s parlamentní demokracií, má vysoce rozvinutou ekonomiku. V roce 1960 bylo Švédsko jednou ze zakládajících zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a od 1. ledna 1995 je členskou zemí Evropské unie. Administrativně se území Švédska dělí do dvou úrovní místní správy na 21 krajů⁶⁵ a 290 samosprávných obcí. V každém kraji působí krajské představenstvo v čele s guvernérem, které je jmenováno vládou na šest let, a krajská rada, jež je volena na čtyři roky. Kraje se dále dělí na samosprávné obce, které zajišťují státní správu na místní úrovni (např. v oblasti školství, sociálních služeb, v oblasti zásobování vodou nebo při zajišťování odvozu komunálního odpadu). V čele obce stojí zastupitelstvo volené na čtyři roky, které jmenuje obecní radu a jejího předsedu. Samosprávná obec zahrnuje obvykle město či větší sídlo a jeho okolí, včetně dalších obcí bez vlastní samosprávy. V málo osídlených oblastech na severu země mají samosprávné obce značnou rozlohu, největší rozlohu má území města Kiruna (19 446 km²).⁶⁶

Počátkem roku 2020 žilo ve Švédsku celkem 8,9 milionu osob, do roku 2060 by se jejich počet měl zvýšit na 12,4 milionu, přičemž dominantním faktorem, který by tento nárůst měl ovlivnit, by měla být migrace obyvatel (bez migrace by v roce 2060 žilo přibližně 10,5 milionu osob). Zajímavostí je, že úroveň plodnosti ve Švédsku kolísá okolo hodnoty 1,9 dítěte na ženu v plodném věku, čímž Švédsko zaujímá jedno z předních příček v Evropě.⁶⁷ V roce 2018 činila střední délka života u mužů 80,9 let a u žen 84,3 let.

Legislativní rámec systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Ve Švédsku není systém dlouhodobé péče upraven komplexně, sociální služby jsou ve Švédsku poskytovány na základě zákona o sociálních službách (Socialtjänstlagen) z roku 2001, zdravotní péče je poskytována na základě zákona o zdravotní péči (Hälsö och sjukvårdslag) z roku 2017. Právní předpisy zajišťují, aby byla jednotlivci zajištěna přiměřená životní úroveň, přičemž její úroveň je závislá na místních podmínkách. Poskytování dlouhodobé péče je založeno na univerzálním oprávnění a je organizováno na místní úrovni. Vnitrostátní právní předpisy zajišťují, aby byla jednotlivci zajištěna přiměřená životní úroveň. Způsob, jakým se to provádí podrobně, se může lišit v závislosti na místních podmínkách.

Zákon o sociálních službách obsahuje ustanovení o cílech sociálních služeb, povinnosti, závazky a práva obcí a zvláštní ustanovení pro děti a mládež, seniory, osoby se zdravotním postižením, drogově závislé a obětí trestných činů. Zákon stanoví, že sociální služby jsou postaveny na základech demokracie a solidarity, mají podpořit finanční a sociální zabezpečení občanů, rovnost životních podmínek a aktivní účast na životě společnosti. Služby musí být založeny na úctě k sebeurčení a osobní integritě lidí.

Cílem sociálních služeb je poskytnout podporu a pomoc osobám, které jsou zranitelné nebo mají potíže při naplňování svých potřeb. Sociální služby zahrnují individuální a rodinnou péči, podporu pro osoby se zdravotním postižením a péči o seniory. Služby jsou poskytovány převážně ve věcné podobě, v některých obcích existují peněžité dávky.

Pokud osoba potřebuje lékařskou péči, která nevyžaduje ošetření v nemocnici, podle zákona o zdravotní péči by jí měla být poskytnuta péče ve vlastním domě. Speciální péče se poskytuje hlavně těm osobám, které potřebují nepřetržitou pomoc, např. lidem s Alzheimerovou chorobou nebo osobám s těžkým zdravotním postižením, popř. lidem, kteří trpí vážnou úzkostí a osamělostí. Manželé nebo děti přitom nemají právní odpovědnost za péči o své starší příbuzné.⁶⁸

Na celostátní úrovni zodpovídá Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí za legislativu, Národní rada sociálního zabezpečení zajišťuje dohled nad zdravotní péčí a sociálními službami z hlediska kvality a ochrany práv klientů, provádí evaluace sociální politiky, zpracovává odborné studie, zajišťuje zprostředkování odborných znalostí, školení pracovníků a koordinuje sociální statistiku.

Rada kraje zodpovídá za zajištění zdravotní péče, vč. geriatrické péče v nemocnicích. Obec zodpovídá za péči o seniory v ošetrovatelských domech, ve skupinovém bydlení, v chráněném bydlení a za zajištění pomoci v domácnosti.⁶⁹

Financování sociálních služeb

Žádný samostatný systém financování služeb dlouhodobé péče ve Švédsku není legislativně upraven. Sociální služby jsou financovány z místních daní, obce jsou zodpovědné za poskytování

⁶⁸ <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>

⁶⁹ *Care Work with Older People*. Dostupné z: https://www.ttk.ee/public/Sweden_Elders.pdf.

péče o seniory, zdravotně postižené osoby i za poskytování služeb pro rodiny s dětmi. V roce 2017 činily celkové náklady na péči o seniory ve Švédsku 121,7 mld. SEK (= 11,6 mld. eur).⁷⁰

Od roku 1992 je odpovědnost za řízení a plánování dlouhodobé péče ve Švédsku rozdělena mezi subjekty na národní, krajské a lokální úrovni. Na celostátní úrovni má rozhodující roli vláda, která plní úkoly zejména legislativní povahy. Kraje mají zodpovědnost za zabezpečení zdravotní péče, obce ve spolupráci s kraji plánují, realizují a financují sociální služby. V rámci svých pravomocí zastupitelské instituce krajů a obcí vybírají daně, které následně plynou do systému sociálních služeb a dlouhodobé péče. Kraje a obce jsou primárními zřizovateli a poskytovateli potřebné péče, nabídku a dostupnost požadovaných služeb však mohou zajišťovat ve spolupráci s dalšími aktéry, které mohou fungovat jak na principu dobrovolnosti nebo na neziskové bázi, tak i na výdělečném principu. Zapojení těchto organizací do poskytování služeb dlouhodobé péče však bylo doposud velmi nízké, nicméně s ohledem na dopady demografického vývoje se role občanské společnosti v posledních letech mění, roste význam péče, kterou zajišťují rodinní příslušníci nebo blízké osoby, ucelená koncepce podpory těchto pečovatелů na národní úrovni však Švédsku chybí.⁷¹

⁷⁰ *Elderly care in Sweden*. Dostupné z: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>.

⁷¹ GEISLER, H. a kol. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. Praha: FDV, 2015.
Dostupné z: <https://koopolis.cz/file/home/download/1212?key=2fd7643342>.

Kvalita sociálních služeb

Standards kvality specifikují aspekty, na které má být systém inspekcí zaměřen. Ve Švédsku lze identifikovat dva odlišné přístupy k nastavení standardů – kvalitativní nebo kvantitativní. Obsah standardů specifikuje aspekty, na které má být systém inspekcí zaměřen. Vstupní standardy lze definovat jako struktury a podporu, které je třeba vytvořit nebo poskytnout tak, aby lépe umožnily uskutečnit požadované procesy. Procesní normy popisují, co je třeba dělat v rámci jednotlivých institucí za účelem dosažení požadovaných výsledků, výstupní standardy specifikují, co je doručeno z hlediska výkonu realizátorů. Výsledné standardy popisují dosažené účinky na cílovou skupinu. Výsledky mohou být rozděleny na krátkodobé a dlouhodobé.

Použitím různých standardů, které pokrývají rozdílné aspekty, je systém inspekcí schopen lépe vyhodnotit úspěšnost uvedeného programu.

Inspekce kvality sociálních služeb ve Švédsku byla v posledních desetiletích předmětem několika vládních zásahů zaměřených na zvýšení efektivity. V roce 2010 byla inspekce sociálních služeb převedena z 21 krajských rad na jediný celostátní orgán, v roce 2013 přešla do kompetence Inspektorátu zdravotnictví a sociální péče. Tyto organizační změny vedly k větší centralizované odpovědnosti a větší specializaci uvnitř úřadů.⁷²

⁷² HÄMBERG, E. *Inspection of social services in Sweden: a comparative analysis of the use and adjustment of standards*. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2156857X.2016.1156015>.

Služby sociální péče

Sociální služby jsou ve Švédsku poskytovány v rámci dlouhodobé péče, na služby mají nárok osoby, které si nedokážou samy zajistit své potřeby nebo jejich zajištění obstarat jiným způsobem. Švédská legislativa každému jednotlivci zajišťuje přiměřenou životní úroveň, její zajišťování se v praxi liší podle místních podmínek. Poskytování služeb je založeno na univerzálním nároku, péče je dostupná všem osobám, které mají ve Švédsku trvalý pobyt, její poskytování není podmíněno ověřováním majetkových poměrů, věkem ani stupněm závislosti.

Pokud osoba potřebuje lékařskou péči, která nevyžaduje hospitalizaci, měla by jí být tato péče ze zákona poskytnuta obcí v domácím prostředí, kde by jí také měla být poskytována asistence v podobě domácí péče. Poskytování péče v ambulantních zařízeních je časově omezeno na dva týdny, představuje doplněk k domácí zpravidla nepřetržité péči. Ústavní péče je určena především osobám, které potřebují nepřetržitou péči, např. osobám s Alzheimerovou chorobou, osobám s vážnými zdravotními obtížemi nebo osobám, které silně trpí úzkostí a osamělostí, doba péče není časově omezena. Obec nemá právo odmítnout nikoho, kdo potřebuje asistenci či poskytování této pomoci doma. Manželé/manželky a děti nemají zákonem stanovenou povinnost pečovat o své staré příbuzné.

Obce odpovídají za vyhodnocení potřeb, které mají osoby vyžadující péči. Toto vyhodnocení provádějí vyškolení sociální pracovníci jednotlivých obcí. Pro toto hodnocení není žádný jednotný celostátní model, některé obce posuzují míru závislosti občana podle Katzova indexu aktivit nezávislého života nebo používají jiný typ stupnice, další obce mohou používat vlastní formulář.

V kompetenci obcí je rovněž financování a poskytování služeb. Služby mohou poskytovat zaměstnanci obecního úřadu, organizace, které zpravidla poskytují služby obyvatelům několika obcí, nebo smluvní soukromí poskytovatelé včetně neziskových organizací. Příjemci služeb tak mají zajištěnou možnost výběru.⁷³

Národní rada pro zdraví a sociální péči vyvinula strukturovaný nástroj pro hodnocení potřeb. Jde o dotazník, který lze použít při rozhovorech s lidmi žádajícími o jakýkoli druh péče o seniory nebo při sledování dříve poskytovaných dávek. Odpovědi tvoří jeden z několika podkladů pro posouzení potřeby péče. Pro hodnocení potřeb dlouhodobé péče však neexistuje žádný právní rámec. Některé obce používají Katzův index aktivit nezávislého života, jiné používají administrativní formulář žádosti. Vždy však platí, že co bylo zjištěno v procesu posuzování potřeb, musí být zdokumentováno a každé rozhodnutí města musí být rovněž zdokumentováno. Pokud byla kterákoli část žádosti zamítnuta, může se dotyčná osoba odvolat ke správnímu soudu.

Poplatky za poskytování péče jsou nízké, zákon stanoví maximální výši těchto poplatků, která činí za poskytování sociálních služeb pro seniory 2 125 SEK (= 219 eur) měsíčně, za poskytování lékařské péče 1 500 SEK (= 118 eur) ročně a za léky 2 350 SEK (= 242 eur). Příjemci služeb přitom mají nárok ponechat si poměrně vysokou částku na úhradu nákladů za bydlení minimálně ve výši 5 339 SEK (= 549 eur) měsíčně, teprve poté jim obec může účtovat poplatky za péči. O výši poplatků v individuálních případech rozhoduje každá obec.

⁷³ Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Švédsku. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_cs.pdf.

Osoba s těžkým postižením, která potřebuje každodenní asistenci, může mít nárok na příspěvek na asistenci nebo osobní asistenci. Pokud daná osoba potřebuje asistenci při základních úkonech v rozsahu více než 20 hodin týdně, má nárok na příspěvek na asistenci od státu. Pokud je počet hodin nižší, příspěvek poskytují obecní úřady pod názvem osobní asistence. Asistence při základních úkonech znamená pomoc při osobní hygieně, oblékání, přijímání potravy, komunikaci s okolím a dalších úkonech vyžadujících dobrou znalost konkrétního postižení dané osoby.

Jedním z cílů péče o seniory je pomoc starším lidem a osobám se zdravotním postižením žít normální a nezávislé životy. To zahrnuje poskytnout seniorům možnost co nejdéle bydlet ve vlastních domovech. Senioři, kteří i nadále žijí doma, mohou získat různé druhy podpory, aby si usnadnili život, např. téměř všechny obce ve Švédsku nabízejí poskytování hotových jídel v domácnosti. V roce 2019 byla domácí péče poskytována přibližně 170 tisícům osobám starším 65 let, téměř polovina obcí v zemi poskytuje společné stravování pro seniory ve zvláštních denních centrech.

V posledních letech se stále více obcí rozhodlo privatizovat část péče o seniory a umožňuje tak provozovat tuto péči soukromým subjektům. Počet soukromých poskytovatelů se mezi lety 1995 a 2005 zvýšil pětinasobně, v roce 2013 zajišťovaly soukromé subjekty péči o cca 24 % všech seniorů, jimž byla poskytována pomoc v domácnosti. Obec však vždy nese celkovou odpovědnost za financování a poskytování pomoci v domácnosti nebo za zajištění místa v pobytovém zařízení.

V posledních letech bylo zavedeno několik nových forem účinné preventivní zdravotní péče pro seniory, které jsou předmětem rostoucího zájmu. Jedním z takových příkladů je fyzická aktivita na předpis, a to jak pro preventivní účely, tak jako forma léčby. Starším lidem je předepisováno nejen cvičení obecně, ale určitý druh fyzické aktivity, někdy v kombinaci s léky, k dispozici mají lékaře, který sleduje výsledky.⁷⁴

Doporučení pro Českou republiku

Švédský systém sociálních služeb je představitelem skandinávského modelu, který je typický velkou pestrostí nabídky poskytovaných sociálních služeb a velkou rolí veřejného sektoru při jejich zabezpečování, která se projevuje mj. i systémem jejich financování.⁷⁵ Pro náš systém může být v tomto směru inspirací, velkou inspiraci je však nutno spatřovat především z hlediska systému veřejné správy, kdy samosprávná obec zahrnuje obvykle město či větší sídlo a jeho okolí, vč. dalších obcí bez vlastní samosprávy. Je zřejmé, že tato struktura je výrazně funkčnější než organizace systému veřejné správy v ČR, kdy nejmenší obec⁷⁶ má v oblasti samosprávy stejné kompetence jako hlavní město Praha. V úvahu připadá např. řešení, které bylo aplikováno v 80. letech minulého století ve formě tzv. střediskových obcí, dnes by tuto funkci mohly převzít obce s pověřeným obecním úřadem. Pokud i nadále mají být v ČR sociální

⁷⁴ Elderly care in Sweden.

Dostupné z: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>.

⁷⁵ MATOUŠEK, O. a K. KOLDINSKÁ. Sociální služby – legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.

Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

⁷⁶ Podle počtu obyvatel je nejmenší obcí v ČR Vysoká Lhota na okrese Pelhřimov, kde k 1. lednu 2020 žilo celkem 15 obyvatel – viz: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-k-112019>.

služby poskytovány v kompetenci samosprávných orgánů obcí, měst a krajů, jeví se toto řešení jako nejvhodnější z hlediska možného zabezpečení dostupnosti potřebných sociálních služeb pro všechny občany v jednotlivých regionech.

1.3.6 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Belgii

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Belgie je rozdělena na tři federativní oblasti – Vlámsko, Valonsko a Brusel –, které tvoří celkem 10 provincií.⁷⁷ Hlavním městem Belgie je Brusel, který bývá pokládán také za hlavní město Evropy. Je totiž sídlem NATO a některých institucí Evropské unie, centrálu v Bruselu má Evropská komise a Rada Evropské unie, zasedají tu i výbory Evropského parlamentu a sídlí zde Výbor regionů a Hospodářský a sociální výbor.

K 1. lednu 2020 žilo v Belgii celkem 11,476 milionu obyvatel, počet obyvatel přitom v posledních letech roste, mezi lety 2018 a 2019 se zvýšil o 55 tisíc osob, tento nárůst je ale z cca 87 % způsoben migrací. V roce 2018 činila průměrná délka života 83,7 let pro ženy a 79,2 let pro muže.⁷⁸ Do roku 2060 by se měl počet obyvatel zvýšit na cca 12,8 milionu osob. Tento nárůst by byl ale způsoben vlivem migrace, bez migrace by počet obyvatel Belgie klesl na 11,1 milionu osob.

⁷⁷ Vlámsko tvoří provincie Antverpy, Vlámský Brabant, Východní Flandry, Západní Flandry a Limburk, Valonsko se skládá z provincií Valonský Brabant, Henegavsko, Lutych, Lucembursko a Namur. Bruselskou oblast tvoří hlavní město Belgie Brusel a dalších 18 obcí.

⁷⁸ <https://www.businessinfo.cz/navody/belgie-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/>

Legislativní rámec dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Na federální úrovni neexistují žádné právní předpisy, které upravují poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Podmínky pro poskytování některých dávek jsou upraveny v právních předpisech o nemocenském a invalidním pojištění a o příspěvcích pro osoby se zdravotním postižením. Podmínky pro poskytování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče jsou upraveny v rámci kompetencí jednotlivých belgických oblastí.

Ve Vlámsku jsou podmínky upraveny v rámci Dekretu vlámského parlamentu ze dne 18. května 2018 o organizaci vlámské sociální ochrany a nařízení vlámské vlády ze dne 30. listopadu 2018.

Ve Valonském regionu podmínky upravuje Valonský kodex pro sociální věci a zdraví (část 1, kniha IIIter, zavedená vyhláškou ze dne 8. listopadu 2018), Valonský regulační předpis pro sociální opatření a zdraví (část I/1 zavedený valonským nařízením vlády ze dne 21. prosince 2018) a souborem několika vyhlášek a nařízení vlády.

V hlavním městě Bruselu upravuje podmínky pro poskytování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče usnesení ze dne 21. prosince 2018 o bruselských orgánech zdravotního pojištění v oblasti zdravotní péče a pomoci lidem.

Financování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Předpokládá se, že z důvodu demografických změn se budou veřejné výdaje na dlouhodobou péči v následujících letech zvyšovat. Do roku

2070 se předpokládá, že jejich podíl na HDP bude činit cca 4 % a v porovnání se současností se zvýší o cca 1,7 p. b.⁷⁹

Cílem politiky v oblasti dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je zajistit podporu seniorů závislých na poskytování služeb co nejdéle v domácím prostředí. Pokud by ale jejich omezení při běžných aktivitách každodenního života byla příliš závažná nebo by potřebná podpora v jejich domácnosti nebyla k dispozici, je cílem politiky dlouhodobé péče zajistit přístup do vhodných a cenově dostupných pobytových zařízení.

Dlouhodobá péče je součástí integrovaného systému zdravotní péče, který je doplněn ustanoveními, která upravují podmínky poskytování sociálních služeb. Dlouhodobá péče představuje kombinaci různých služeb a opatření, které jsou financovány z různých zdrojů a organizovány na různých úrovních.

Zdravotní péče je v Belgii hrazena ze systému zdravotního pojištění, který je organizován na centrální úrovni. Sociální služby jsou organizovány a financovány na regionální úrovni. Konkrétní způsob jejich poskytování závisí na podmínkách nastavení zdravotní péče a sociálních služeb v jednotlivých regionech, důraz je však kladen na poskytování věcných služeb, podíl finančních dávek je relativně nízký.

Domácí péče zahrnuje zdravotní péči a nelékařské služby. Zdravotní domácí ošetrovatelská péče, která zajišťuje např. obvaz na rány

⁷⁹ Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Luxembourg: European Union, 2019. ISBN 978-92-79-98852-3.

nebo podávání léků, je poskytována v rámci systému sociálního zabezpečení a je financována na federální úrovni prostřednictvím národního Institutu pro zdravotní a invalidní pojištění.

Od roku 2002 je snaha poskytovat všechny služby pro uživatele služeb v jednotlivých geografických oblastech koordinovaně s cílem udržet uživatele služeb co nejdéle v jeho domácím prostředí. V rámci krátkodobých pobytů je ošetrovatelská a osobní péče poskytována v centrech denní péče, tato péče je určena především těm, kteří nepotřebují intenzivní lékařskou péči, ale pouze dohled a pomoc při zvládání aktivit v rámci dne. Naproti těm uživatelům, kteří vyžadují poskytování zdravotní péče, je určena péče v domovech pro seniory, za poskytování této péče je přímo zodpovědný lékař. Náklady na pobyt hradí uživatel služby, náklady na zdravotní péči jsou hrazeny ze systému zdravotního pojištění podle stupně potřebné péče. Pokud uživatel služby nemá dostatek finančních prostředků na zaplacení nákladů souvisejících s jeho pobytem a stravováním, může získat pomoc ze systému sociální pomoci, který je zabezpečen obcemi. Manželé, děti a vnoučata mají zákonnou vyživovací povinnost vůči uživatelům ústavní péče, proto od nich může být v takovém případě požadováno, aby se podíleli na krytí těchto nákladů.

Pokud občan nepotřebuje poskytování intenzivní zdravotní péče, je mu tato péče poskytována v domovech s pečovatelskou službou. Každý domov přitom musí spolupracovat s nemocnicí pro případ, že by došlo ke zhoršení zdravotního stavu uživatelů služby. Za koordinaci péče o klienta v těchto zařízeních je rovněž zodpovědný lékař, i v těchto domovech hradí náklady na pobyt přímo uživatel služby a náklady na poskytování zdravotní péče jsou financovány ze systému zdravotního pojištění.

Úroveň péče se odvíjí od závažnosti postižení, které je určeno na základě hodnocení potřeb na základě tzv. Katzova indexu aktivit nezávislého života. Kritéria hodnocení se v jednotlivých regionech země mírně liší, nicméně nárok na zajištění péče má v zásadě každý, kdo ji potřebuje. Konkrétní výše pomoci závisí na závažnosti zdravotního problému a sociální situaci žadatele. Např. v Bruselu se při hodnocení stupně autonomie berou v úvahu schopnosti:

- pohybovat se, žít se, udržovat osobní hygienu a vykonávat domácí úkoly;
- komunikovat, vést společenský život a uvědomovat si nebezpečí.

U každé funkce lékař zkoumá stupeň obtíží, s nimiž se dotyčná osoba setkává. Jsou možné čtyři stupně:

- žádné potíže, žádné zvláštní úsilí, žádné zvláštní vybavení – nepřičítají se žádné body;
- drobné obtíže nebo menší dodatečné úsilí nebo použití konkrétního vybavení v menší míře – přidělí se 1 bod;
- významné obtíže nebo značné dodatečné úsilí nebo použití konkrétního vybavení ve významné míře – přidělují se 2 body;
- nemožné bez pomoci třetí osoby nebo nemožné bez přijetí v příslušné instituci nebo nemožné bez zcela přizpůsobeného prostředí – přidělují se 3 body.

Body přidělené za každou funkci se sčítají a osoba je přiřazena do jednotlivých kategorií:

- kategorie I: 7 nebo 8 bodů
- kategorie II: 9 až 11 bodů
- kategorie III: 12 až 14 bodů
- kategorie IV: 15 nebo 16 bodů
- kategorie V: 17 nebo 18 bodů

Zhodnocení rozsahu potřebné péče provádí organizace profesionální péče nebo oprávněný poskytovatel, hodnotitel by měl mít alespoň bakalářský titul v oboru zdravotní péče, v pedagogických nebo ve společenských vědách.

Významnou roli při zabezpečování potřeb uživatelů sociálních služeb v jejich domácnostech hraje soukromý sektor. Rozvoj tohoto sektoru při poskytování sociálních služeb lze datovat rokem 2003, kdy v rámci rozvoje služeb pro domácnost došlo k zavedení tzv. servisních kuponů, které představují jistou formu spotřebitelské dotace na poskytování těchto služeb. Cílem jejich zavedení bylo zvýšit zaměstnanost osob s nízkou kvalifikací a omezit šedou ekonomiku převedením těchto činností do legálního sektoru. Systém funguje tak, že nabízí jednotlivcům možnost zakoupit vouchery, jimiž následně zaplatí těm, kteří poskytují domácí péči jako např. úklid, žehlení nebo příležitostnou péči o děti.

Výdaje spojené s nelékařskou dlouhodobou péčí hradí uživatel služby, tyto výdaje jsou částečně kompenzovány některými peněžitými dávkami, které jsou poskytovány osobám, které jsou starší 65 let a které potřebují péči ve zvýšené míře. Poskytování některých dávek je podmíněno hodnocením majetkové situace uživatele.

Ve Vlámku je od roku 1999 zavedeno pojištění péče na pokrytí nákladů na poskytování nelékařské péče. Systém je koncipován jako povinný pro všechny, kteří zde mají trvalý pobyt.

Významná pozornost je v Belgii věnována preventivním a rehabilitačním opatřením, zodpovědnost za jejich realizaci patří do kompetence jednotlivých regionů. Jeho cíle jsou ve Vlámku

definovány ve Vlámském plánu politiky pro seniory na období 2015–2020. Tento plán zahrnuje iniciativy na podporu zdravého životního stylu, na snížení výskytu infekčních nemocí nebo na včasné odhalení rakoviny.

Podíl uživatelů, kterým je poskytována péče v pobytových zařízeních profesionálními poskytovateli, je nejvyšší v Evropě. V roce 2018 připadalo na 1000 osob starších 65 let 70,01 lůžek v zařízeních dlouhodobé péče.

V posledních letech neprošel belgický systém dlouhodobé péče zásadními reformami. Do budoucna patří k nejvýznamnějším výzvám udržet rozsáhlý sektor všech forem nabízených služeb, posílit plánovací procesy s cílem zvýšit důraz na individualizaci potřeb uživatelů služeb, usilovat o další propojení sociálních služeb a zdravotní péče a zefektivnit jejich poskytování. Pozornost by měla být rovněž věnována zlepšení platových a pracovních podmínek pracovníků dlouhodobé péče, vč. rozvoje asistenčních technologií a vytvoření systému hmotného zabezpečení pečujících osob.

Doporučení pro Českou republiku

Belgický systém služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je výrazně regionálně diferencovaný, kdy každý region si stanoví vlastní kritéria pro poskytování a financování služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Je zřejmé, že tento trend není v ČR žádoucí. Nicméně i v belgickém systému lze nalézt určité prvky, jimiž bychom se mohli inspirovat. V tomto smyslu přicházejí v úvahu zejména tři momenty:

- Belgie v současné době podle údajů WHO disponuje největší kapacitou míst v pobytových službách dlouhodobé sociálně-

-zdravotní péče v Evropě. Tato kapacita je v relaci na 1000 osob starších 65 let přibližně o 75 % vyšší než v naší zemi. Je proto zřejmé, že v naší zemi je nutno výrazně přehodnotit priority rozvoje v rámci tohoto sektoru a v rámci dlouhodobých, střednědobých i ročních akčních plánů vytvořit dostatečný prostor pro potřebný rozvoj kapacit i pobytových služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.⁸⁰

- Česká republika je v současné době již posledním státem v Evropě, který vyplácí příspěvek na péči pouze v peněžité podobě bez jakýchkoli dalších podmínek týkajících se zabezpečení potřebných služeb. Je zřejmé, že belgický systém tzv. servisních kuponů umožňuje v rámci rozvoje služeb pro domácnost efektivně využít zaměstnanost osob s nízkou kvalifikací a snížit i zapojení těchto osob do šedé ekonomiky.
- S ohledem na průměrný věk klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb se jeví jako inspirativní belgické ustavení o zákonné vyživovací povinnosti nejen manželů a dětí, ale i vnoučat vůči uživatelům ústavní péče, což umožňuje vyžadovat i od nich, aby se podíleli na krytí nákladů takto poskytovaných služeb.

1.3.7 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ve Francii

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Většina území Francouzské republiky se nachází v západní Evropě, další území se nacházejí v Karibiku, Severní a Jižní Americe, v Indickém oceánu a Oceánii, k Francii patří také ostrov Korsika.

⁸⁰ *Beds in nursing and residential care facilities.* Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_24-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-total/, vlastní propočty.

Francie je parlamentní republikou s poloprezidentským systémem. Podle ústavy je francouzský prezident volen přímo na období pěti let. Prezident jmenuje předsedu vlády, předsedá kabinetu, velí ozbrojeným silám a uzavírá mezinárodní smlouvy.

Národní shromáždění (Assemblée Nationale) je dolní komorou parlamentu. Jeho členové jsou voleni přímo na pětileté období a lidé, kteří obsadí všechna křesla, jsou voleni v jediných volbách. Národní shromáždění má právo rozpustit vládu, určuje rozhodování vlády. Senátoři jsou vybíráni volební akademii na dobu devíti let a jedna třetina Senátu se mění každé tři roky. Legislativa Senátu je omezená, pokud se tyto dvě komory neshodují v nějakém bodě (s výjimkou ústavních práv), Národní shromáždění má poslední slovo. Vláda má silný vliv na utváření programu Parlamentu.

Francie se v současné době skládá z 18 regionů,⁸¹ které jsou dále děleny do 101 departementů. 13 regionů leží v evropské části Francie, z nichž jeden tvoří Korsika se zvláštním statutem, a zbylých pět je tvořeno vždy jen jedním departementem a bývají tak označovány jako zámořské departementy a zámořské regiony – jedná se o Réunion, Mayotte, Francouzskou Guyanu, Martinik a Guadeloupe.⁸²

Departementy se dále rozdělují na 342 arrondissementů, do kterých se nevolí žádné zastupitelstvo a které mají smysl pouze pro zařazení a administraci. Arrondissementy se člení na 2 054 kantonů, ale ty opět slouží jen k administraci a rozdělení voličů. Poslední článek tvoří

⁸¹ V lednu 2016 došlo ve Francii ke změně správního dělení, do konce roku 2015 se Francie členila na 27 regionů. Viz https://www.tyden.cz/rubriky/zahranici/evropa/mapa-francie-se-zmeni-rozhodli-poslanci-hrozi-ztrata-identity_327688.html.

⁸² <https://www.insee.fr/en/metadonnees/definition/c1762>

obce, kterých je ve Francii 36 700. Obce jsou samosprávné s voleným zastupitelstvem (obecní radou).

Kromě 18 regionů⁸³ a 101 departementů spadají pod francouzskou suverenitu Nová Kaledonie, Wallis a Futuna, Francouzská Polynésie, Clippertonův ostrov, Saint-Pierre a Miquelon, Svatý Bartoloměj, Svatý Martin a Francouzská jižní a antarktická území. Zámorská území (s výjimkou Nové Kaledonie) jsou plnohodnotnou součástí Francie, nicméně některá mají zvláštní postavení v rámci EU.

K 1. lednu 2017 měla Francie (vč. zámorských území) celkem 67 milionů obyvatel, do roku 2050 by se jejich počet měl zvýšit na 70,6 milionu.⁸⁴ Střední délka života činila v roce 2015 u mužů 79,2 let a u žen 85,5 let.⁸⁵

Podle zákona z roku 1972 je ve Francii zakázáno shromažďovat informace osobního charakteru, které přímo či nepřímo poukazují na rasový nebo etnický původ a politické, filozofické či náboženské názory, a nakládat s nimi. V minulých letech se některé organizace pokoušely zavést sběr dat o menšinových skupinách, ale tomu odporovala ostatní sdružení a vládnoucí politici⁸⁶ často na základě toho, že sběr takových statistik jde proti sekulárním principům Francie a připomíná identifikační dokumenty vichistické Francie.⁸⁷

⁸³ Regiony jsou Grand Est, Nová Akvitánie, Auvergne-Rhône-Alpes, Burgundsko-Franche-Comté, Bretaň, Centre-Val de Loire, Korsika, Île-de-France, Okcitanie, Hauts-de-France, Normandie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Guadeloupe, Guyana, Martinik, Réunion a Mayotte.

⁸⁴ European demographic data sheet 2018.
Dostupné z: <http://www.populationeurope.org/>.

⁸⁵ Česká republika v mezinárodním srovnání (vybrané údaje) – 2017.
Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo-9k601aukyp>.

⁸⁶ Louis-Georges Tin. *Who is Afraid of Blacks in France? The Black Question*.
Dostupné z: <https://www.berghahnjournals.com/view/journals/fpcs/26/1/fpcs260103.xml>.

⁸⁷ France's ethnic minorities – To count or not to count.
Dostupné z: <https://www.economist.com/europe/2009/03/26/to-count-or-not-to-count>.

Legislativní rámec služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Komplexně systém služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče není ve Francii na centrální úrovni legislativně upraven ani definován. Výhody, které plynou ze systému zdravotního pojištění, platí i v systému dlouhodobé péče. Systém sociálních služeb ve Francii je upraven zákony o sociálním zabezpečení (Code de la sécurité sociale) a o sociálním a rodinném životě (Code de l'action sociale et des familles). V každém z těchto zákonů je problematice sociálních služeb věnováno několik článků, které upravují některé dílčí oblasti týkající se jejich poskytování.

Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou ve Francii financovány ze všeobecných daní prostřednictvím zvláštních příspěvků poskytovaných místními orgány veřejné správy, které jsou hlavním poskytovatelem sociálních služeb, v posledních letech však dochází k postupnému přenášení odpovědnosti za poskytování sociálních služeb do neziskových sdružení soukromého sektoru. Stát si ponechal pouze nepatrnou pravomoc při poskytování dotací, např. Národní agentura sociální soudržnosti a rovných příležitostí (L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances- L'Acse) poskytuje finanční příspěvky sdružením a nadacím, které se angažují v oblasti boje proti diskriminaci, sociálnímu vyloučení a bydlení.⁸⁸

⁸⁸ Laboratoire des Connaissances en Seduction.

Dostupné z: https://www.lacse.fr/?sid=site%2Ffinancements_de_l_acse%2Fpriorites.

⁸⁹ Gens du voyage. Dostupné z: https://fr.wikipedia.org/wiki/Gens_du_voyage.

Plánování rozvoje sociálních služeb, jejich síťování

Systém dlouhodobé péče je ve Francii založen na principu solidarity, je zaměřen zejména na podporu rodin s dětmi, na pomoc osobám ve starším věku, osobám se zdravotním postižením nebo jedincům žijícím v nesnázích. Na poskytování sociálních a zdravotních služeb se podílí zejména územní samosprávy, stát, orgány sociálního zabezpečení, Národní úřad pro sociální soudržnost a rovné příležitosti a mnoho dalších orgánů a organizací.

Na celostátní úrovni zodpovídá za systém sociálních služeb Ministerstvo solidarity, zdraví a sociální ochrany. Stát koordinuje a vykonává dohled především nad službami v oblasti zdravotní péče. Stát má svou roli při přípravě legislativy, při stanovování minimální výše dávek sociální pomoci, vzdělávání osob v sociální práci, sociálně-právní ochraně dětí a mládeže a správě dávek sociální pomoci, které se dotýkají celonárodní solidarity. Dohlíží nad celou sociální oblastí, přičemž se angažuje zejména při poskytování pomoci imigrantům, cizincům a bezdomovcům (*gens du voyage*).⁸⁹

Pro systém sociálního plánování je vhodnou úrovní ta regionální. Regionální a oblastní prefekti totiž přímo řídí zdravotní služby a spolu s regionální radou zajišťují sociální poradenství, poskytování finanční podpory a koordinují sociální služby. Regionální prefekt zodpovídá za rozvoj regionálního plánu služeb, za registraci a kontrakty regionálních poskytovatelů služeb, jejich kontrolu a dodržování národních standardů poskytované péče. Tato jeho činnost se týká především ústavní péče pro zdravotně postižené osoby, psychiatrické péče a zdravotních služeb.

Odpovědnost za řízení a poskytování sociálních služeb má departement, hlavní zodpovědnost má volený předseda Generální rady, který je plně kompetentní k uzavírání smluv s nevládními organizacemi a zodpovídá za dotace přímo určeným poskytovatelům sociálních služeb v regionu (ústavní péče o seniory a lehce zdravotně postižené, domácí péče, dětské stacionáře a pečovatelská centra apod.). Departementy jsou zodpovědné za poskytování sociální pomoci dětem a rodinám, starším osobám, dospělým postiženým jedincům, lidem v tísní a za boj proti sociálním pohromám. Přístup k sociálním službám na úrovni departementu zajišťují tzv. obecní střediska sociálních činností (*centres communaux d'action sociale*), která poskytují základní informace a sociální poradenství. Tato střediska jsou financována oblastí departementu a jejich sociální pracovníci jsou přímo zaměstnanci odborů sociálních věcí jednotlivých oblastí.⁹⁰

Obecní střediska sociální činnosti jsou zaměřena na preventivní opatření, organizují různé aktivity pro sociální rozvoj, boj proti sociálnímu vyloučení, pomoc v domácnosti, služby prevence a aktivity pro seniory, vedení pobytových zařízení pro seniory, podpory bydlení a ubytování, dětství, podpora pro osoby se zdravotním postižením. Střediska spravují jednotlivá zařízení, poskytují technickou a finanční podporu společenských akcí obecního zájmu, podílí se na posuzování žádostí o poskytnutí sociální pomoci a poskytují pomoc při mimořádných událostech.⁹¹

⁹⁰ BJALKOVSKI, CH. a O. FRÜHBAUER. *Sociální služby v zemích Evropské unie*. Praha: VÚPSV, 2000. ISBN 978-80-2387-116-6.

⁹¹ *Politiques sociales*. Dostupné z: <http://www.unccas.org/unccas/ccas-cias.asp>.

Služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Na pomoci seniorům se podílí řada institucionálních subjektů. Systém i nadále většinou řídí orgány veřejné moci. Hlavní řídicí jednotkou je stát. Ministerstvo, které má v gesci zdravotnictví, oblast zdravotnicko-sociální a sociální definuje cíle a prostředky a stanoví právní normy a regulační pravidla pro tento sektor. Přitom se může opírat o určité organizace, které řídí, aby mohl uskutečňovat sociální a zdravotnicko-sociální politiku ve prospěch seniorů.

Jedná se především o Státní fond solidarity pro samostatnost (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA), který je pověřený rozdělováním finančních prostředků určených pro zařízení a služby pracující se seniory a postiženými a o fond poskytující odbornou pomoc provádějící na celostátní úrovni politiku prevence a pomoci v případech snížení samostatnosti seniorů a postižených. Tyto finance jsou tvořeny zejména:

- prostředky ze zdravotního pojištění určenými pro zdravotnicko-sociální zařízení a služby pracující se seniory a postiženými;
- prostředky pocházející z příspěvků vytvořených za účelem financování pomoci týkající se samostatnosti.

Na místní úrovni je činnost ministerstva zajišťována zejména Krajskými zdravotnickými agenturami (Agences Régionales de Santé, ARS). Jedná se o veřejná zařízení mající v kompetenci zdravotnickou politiku založená v krajích zákonem o reformě nemocnic a o pacientech, zdraví a územích ze dne 21. července 2009. Krajské zdravotnické agentury mají dva hlavní úkoly – řízení politiky veřejného zdravotnictví v krajích a regulaci nabídky v oblasti zdravotnictví v krajích. Konkrétně pokud se jedná o oblast

zdravotnicko-sociální, Krajské zdravotnické agentury koordinují činnost zařízení a služeb a přidělují rozpočty na jejich fungování. Povolují jejich zakládání, vykonávají kontrolu jejich fungování a poskytují jim zdroje.

Nabídka služeb pro seniory je ve Francii rozsáhlá a diversifikovaná, a to jak v případě domácí péče, tak v případě péče v pobytových zařízeních. Zařízení a služby pracující se seniory pokrývají:

- domácí péči – služby domácí lékařské péče, služby domácí pomoci a polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci;
- „alternativní“ způsoby – dočasné ubytování a denní stacionáře;
- ubytování – domovy seniorů s omezenou samostatností a domovy pro samostatné seniory;
- rezidence pro seniory se službami.

Zařízení a služby mohou mít různý statut. Většina zařízení je veřejných nebo fungujících na bázi sdružení, soukromý komerční sektor dnes představuje více než čtvrtinu zařízení a služeb pro seniory. Soukromý komerční sektor je naopak v oblasti péče o postižené zastoupený velmi málo.

Zařízení a služby musí získat oprávnění, aby mohly být financovány z veřejných zdrojů. Oprávnění pro financování je tak nezbytné k tomu, aby zařízení a služby mohly:

- zajišťovat péči hrazenou ze zdravotního pojištění;
- přijímat nebo poskytovat pomoc osobám, které dostávají sociální podporu z okresu.

Zařízení musí dodržovat úhrady stanovené státní správou, výši úhrad není možné stanovovat libovolně.

Služby domácí péče zajišťují v bydlišti seniorů a postižených služby zaměřené na pomoc v každodenním životě, pomoc při nejdůležitějších činnostech a pomoc při podpoře společenského života.

Cílem služby domácí péče je na základě potřeb zejména:

- zachování nebo obnova samostatnosti při výkonu činností v každodenním životě (údržba místa bydlení a oblečení, nákupy, stravování a příprava jídla, pomoc se vstáváním a uléháním, hygiena, oblékání osoby...);
- udržování nebo rozvoj společenských aktivit a kontaktů s okolím (doprovod na jednání, chození ven, aktivity mimo místo bydliště...).

Přístup ke službám domácí péče je u osob, které mají o tyto služby zájem, neomezený.

Služby domácí lékařské péče zajišťují péči o seniory a postižené. Tyto služby přispívají k tomu, že osoby mohou zůstat v místě svého bydliště. Jsou zcela financovány ze zdravotního pojištění. Služby domácí lékařské péče jsou určeny na základě rozhodnutí lékařů pro osoby starší 60 let, které jsou nemocné nebo mají sníženou samostatnost, a pro osoby mladší 60 let, které jsou postižené nebo trpí chronickou nemocí. Cílem práce se seniory je předcházet snížení jejich samostatnosti, vyhnout se hospitalizaci, usnadňovat jim návrat domů po hospitalizaci a odložit jejich nástup do pobytového zařízení. Tyto práce mohou být v závislosti na zdravotním stavu a potřebách pacienta krátkodobé, střednědobé nebo dlouhodobé. Pracovní týmy služeb domácí lékařské péče jsou tvořeny hlavně ošetřovateli a zdravotními sestrami.

Polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci zajišťují současně úkony domácí péče a domácí lékařské péče. Jejich cílem je usnadnit a zajistit plynulost pomoci seniorům. Senioři již nemusí kontaktovat dvě služby a koordinovat jejich činnost, kontaktují pouze jednu osobu, která zajistí služby a jejich kontrolu. Pokud jde o financování, polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci pracují se dvěma různými rozpočty a dvěma různými způsoby úhrad. Náklady na léčebnou péči jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, náklady na domácí péči naopak hradí příslušná osoba.

Denní stacionář nabízí individualizovanou pomoc klientům a lidem, kteří jim pomáhají. Jeho cílem je pracovat v průběhu dne s osobami trpícími kognitivními poruchami, usiluje o to, aby si tyto osoby zachovaly samostatnost, a nabízí lidem, kteří jim pomáhají, možnost si odpočinout. Denní stacionář je určen zejména osobám trpícím Alzheimerovou chorobou nebo podobnými chorobami a u některých stacionářů osobám trpícím jinými neurodegenerativními onemocněními. Cenu za jeden den pobytu stanovuje pro každou organizaci nabízející tuto službu okresní úřad, hradí ji pak klient.

Dočasné ubytování umožňuje zajistit krátkodobé ubytování pro seniory, kteří žijí doma. Mohou být dočasně ubytováni v zařízeních pro seniory nebo v přijímacích rodinách. Dočasné ubytování je tak možné využít v případech, kdy má senior nějaké aktuální problémy, např. když není přítomna osoba, která mu pomáhá, nebo při propuštění seniora z nemocnice.

Domovy pro samostatné seniory představují soubor ubytovacích kapacit pro seniory, kde jsou jim poskytovány různé služby. Často se staví v blízkosti obchodů, zastávek hromadné dopravy a služeb,

zahrnují současně individuální a soukromé bydlení a společné prostory určené pro život v kolektivu. Většinou jsou řízeny státními nebo neziskovými organizacemi. Náklady na bydlení hradí senioři. Pokud jde o pomoc, tak senioři v domovech pro samostatné seniory fungují jako v místě svého bydliště – ubytovaná osoba musí požádat externí pracovníky o provedení lékařské péče a o pomoc v každodenním životě. Péče je financována ze zdravotního pojištění.

Rezidence pro seniory se službami jsou samostatné bytové jednotky pro seniory spojené se společnými službami. Rezidence pro seniory se službami jsou postaveny hlavně ve středu měst v blízkosti obchodů, zastávek hromadné dopravy a služeb. Řídí je většinou soukromé komerční organizace, nespádají mezi sociální a zdravotnicko-sociální zařízení, a proto se na ně nevztahují předpisy platné pro tyto organizace, jedná se o komerční nabídku ze soukromé sféry. Rezidence pro seniory se službami tvoří hlavní typ bydlení pro osoby, které mohou být vlastníky nebo nájemci. Tito obyvatelé mohou využívat různé systémy vytvořené za účelem předcházení snížení samostatnosti a udržení bydlení v domácnosti, a to za stejných podmínek jako služby domácí pomoci, služby domácí lékařské péče, polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci.

Domovy seniorů s omezenou samostatností jsou domovy důchodců s lékařskou péčí nabízející ubytování na pokojích. Aby mohly fungovat, musejí uzavírat víceleté smlouvy na cíle a prostředky s okresními úřady a krajskými zdravotnickými agenturami. Domovy seniorů s omezenou samostatností jsou určeny pro seniory starší 60 let, kteří potřebují každodenní pomoc a péči. Úkolem domovů seniorů s omezenou samostatností je pomáhat slabým a zranitelným lidem a chránit jejich samostatnost. Pomoc má globální charakter,

klienti a jejich blízcí se nemusejí o nic starat. Domovy seniorů s omezenou samostatností nabízejí ubytování, pomoc při snížení samostatnosti a každodenní lékařskou péči. Každá z těchto tří služeb má vlastní způsob úhrady:

- cenu za ubytování hradí klient;
- cenu za pomoc hradí klient a přispívá na ni částečně okresní úřad prostřednictvím individuální podpory samostatnosti ve formě celkového paušálu na samostatnost přiznaného zařízení;
- cena za péči je hrazena ze zdravotního pojištění ve formě celkového paušálu na péči stanoveného na základě míry snížení samostatnosti a požadované péče o ubytované klienty.

Jednotky dlouhodobé péče zajišťují ubytování a péči o osoby starší 60 let. Jsou součástí nemocničních zařízení, lékařská činnost je zde významnější než v domovech seniorů s omezenou samostatností. Jednotky jsou určeny pro osoby s výrazně sníženou samostatností, jejichž stav vyžaduje trvalý lékařský dohled, poskytovaná pomoc má komplexní charakter. Jednotky dlouhodobé péče nabízejí obdobně jako domovy seniorů s omezenou samostatností stejné typy péče, kterým odpovídají stejné typy úhrad.

Senioři mohou získat různou podporu na financování domácí péče nebo na svůj pobyt v zařízení. Individuální podpora samostatnosti umožňuje zaplatit úhradu podle potřeb u lidí, kteří nejsou schopni nést důsledky nedostatku nebo snížení samostatnosti v souvislosti s jejich tělesným nebo duševním stavem. Je určena osobám starším 60 let se sníženou samostatností, toto snížení se posuzuje podle stupnice AGGIR, která řadí seniory do šesti úrovní snížení samostatnosti na základě posouzení jejich schopnosti či neschopnosti vykonávat úkony každodenního života. Těchto šest úrovní umožňuje

rozdělit seniory od těch s největší mírou nesamostatnosti (skupina 1) až po ty s nejmenší mírou nesamostatnosti (skupina 6), přitom právo na individuální podporu v případě nesamostatnosti mají pouze osoby ze skupin 1 až 4.

Individuální podpora samostatnosti se přiděluje různým způsobem podle toho, zda je osoba doma, nebo v zařízení. Podpora umožňuje úhradu části výdajů na náklady týkající se služeb pomoci, ve většině případů se jedná o domácí péči. Individuální podpora samostatnosti může být také použita k zaplacení dočasného ubytování v domově důchodců nebo v denním stacionáři nebo k úpravě bytu příjemce. Je vyplácena osobám, které žijí doma nebo v místě podobajícím se vlastní domácnosti. Individuální podporu samostatnosti vyplácí okresní úřady. I když se jedná o sociální podporu, tak není v žádném případě možné požadovat vrácení vyplacených částek po příjemci ani po jeho smrti. Na rozdíl od jiných sociálních podpor tedy nemůže okresní úřad požadovat vrácení částek vyplacených příjemci, pokud se jeho finanční situace zlepší, ani je získat z dědictví po jeho smrti.

V rámci systému sociálních podpor mohou senioři získat také podporu na domácnost. Tato podpora financuje pomoc v domácnosti. Pro získání podpory na domácnost je potřeba, aby osoba byla starší 65 let, měla problémy s plněním základních úkolů v domácnosti, nepobírala individuální podporu samostatnosti a měla měsíční příjmy nižší, než je stanovená hranice. Po příjemci je možné požadovat spolufinancování, dávku je možné získat zpět z dědictví. Podpora se v zásadě vyplácí přímo službě domácí péče, kterou si daná osoba zvolila. Tato domácí služba musí mít oprávnění na poskytování sociální pomoci od okresního úřadu. Částku je nicméně možné vyplácet přímo dané osobě, pokud v její obci

neexistuje služba domácí péče, pokud si daná osoba přeje obrátit se na člověka, který se stane jejím zaměstnancem.

Sociální podpora na ubytování je určena k úhradě části nebo veškerých nákladů na ubytování osoby v ubytovacím zařízení. Podpora je určena osobám starším 65 let, jejichž příjmy nestačí k pokrytí nákladů na ubytování, může být přiznána v případě ubytování v domovech pro samostatné seniory, v domovech seniorů s omezenou samostatností nebo na jednotkách dlouhodobé péče. K tomu, aby mohla být sociální podpora na ubytování přiznána, je potřeba, aby tato zařízení měla oprávnění přijímat na daná místa příjemce sociálních podpor, přičemž přibližně 80 % domovů seniorů s omezenou samostatností toto oprávnění má. Výše sociální podpory na ubytování je závislá na příjmech a je možné ji získat zpět od osob majících vyživovací povinnost a z dědictví.

Senioři mohou rovněž využívat daňových výhod. Ke snížení daně dochází u osob, které někoho zaměstnávají doma nebo které využívají služeb organizace zabývající se domácí péčí. Právo na snížení daně se vztahuje rovněž na náklady daňových poplatníků týkající se výdajů na samostatnost a ubytování v zařízeních. Osoby starší 60 let, jejichž příjmy nepřesahují určitou hranici, jsou osvobozeny od daně z užívání nemovitosti, která je jejich trvalým bydlištěm, a to i v případě, že se jedná o ubytovací zařízení.

Doporučení pro Českou republiku

Francouzský systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je založen na vysoké participaci státních orgánů při jeho organizaci a financování. Z tohoto titulu je proto nutno konstatovat, že uplatnění

základních principů jeho fungování by v naší zemi pravděpodobně vyžadovaly realizaci reformy veřejné správy, což se přes její aktuální problémy jeví jako nerealizovatelné. Struktura nabízených forem péče se jeví jako srovnatelná se strukturou ČR, zřetelná je participace jednotlivých subjektů na financování jednotlivých činností. Z tohoto pohledu je inspirativním řešením poskytování podpory seniorům s nízkým příjmem určené k úhradě nákladů souvisejících s pobytem v pobytovém zařízení a možnost daňových úlev pro seniory, kteří v domácím prostředí zaměstnávají osobu, která jim pomáhá zajistit péči o vlastní osobu nebo kteří využívají v domácím prostředí profesionální služby. Tato daňová úleva však pravděpodobně souvisí s jinými principy daňového systému ve Francii.

1.3.8 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Izraeli

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Izrael je parlamentní zastupitelská demokratická republika se silnými pravomocemi předsedy vlády. Všem občanům poskytuje v poměrech Blízkého východu velkou míru osobní svobody a prosperity. Jedná se o jedinou demokracii západního typu v blízkovýchodním prostředí.

Hlavou státu je prezident volený parlamentem na jedno sedmileté období.

Izrael se dělí na šest hlavních distriktů (Centrální, Haifský, Jeruzalémský, Jižní, Severní a Telavivský), které se dále dělí do patnácti subdistriktů, z nichž každý se dále dělí do tzv. „přírodních oblastí“, kterých je padesát. V zemi se dále nachází tři metropolitní oblasti, v nichž k roku 2012 žilo celkem 5,113 milionu obyvatel,

a to Tel Aviv (3 464 100 obyvatel), Haifa (1 073 900) a Beerševa (574 900), největším izraelským městem je Jeruzalém s 815 300 obyvateli. Podle odhadu Central Bureau of Statistics měl Izrael v únoru 2020 přibližně 9,152 milionu obyvatel, z toho v předproduktivním věku do 14 let bylo celkem 27,26 % osob, ve věku 15–64 let bylo 61,2 % obyvatel a v poproduktivním věku nad 65 let bylo celkem 11,54 %. Průměrná délka života činila u mužů 81,1 let a u žen 84,4 let.⁹²

Sociální služby v Izraeli

Povědomí o potřebách seniorů a o nárůstu potřeb vzrostlo v 80. letech 20. století. Izrael na tyto potřeby odpověděl schválením zákona o sociálním zabezpečení a podnítl tak vznik nových služeb. Zákonem byla ustavena minimální výše příjmu seniorů. Kromě důchodu – starobní penze, na kterou vzniká nárok ze zaměstnání, bylo zákonem stanoveno, že nad určitou věkovou hranici (ženy 60 let, muži 65 let) jsou senioři oprávněni příjemci starobní penze z Národního institutu pojištění (The National Insurance Institute of Israel – NII). V roce 1998 byla zhruba jedna třetina seniorů příjemcem tohoto dodatečného důchodu, a to buď z důvodu, že neměli jiné příjmy, nebo byli ohroženi chudobou, přestože měli další příjmy. Sociálně-ekonomický status seniorů je v Izraeli obecně nižší než u mladých skupin. Očekává se, že se tato skutečnost změní v 21. století, když kohorty mladších a lépe vzdělaných dosáhnou seniorského věku.

Od ustanovení Státu Izrael byly sociální a zdravotní služby dostupné většině obyvatel. V roce 1995 byl schválen zákon o zdravotní péči, který zaručoval dostupnou zdravotní péči všem občanům bez ohledu

⁹² Izrael: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/izrael-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/>.

na jejich příjem. Systém pojištění pokrývá ambulantní a nemocniční péči, včetně medikace. Senioři využívají více než 30 % veškeré zdravotní péče.

Dominantním cílem, který určuje směřování sociálních a zdravotních služeb v Izraeli, je umožnit křehkým seniorům a osobám se zdravotním postižením žít svůj život doma, ve svém přirozeném prostředí. Pro dosažení tohoto cíle vznikla v celé zemi řada zdravotních a sociálních služeb, které jsou poskytovány jak veřejnými, tak soukromými poskytovateli.

Pro seniory závislé na pomoci druhé osoby otevřela řada měst tzv. sociální kluby. Vznikla řada chráněných bydlení (díky veřejnému, tak i soukromému sektoru) a umožnila tak nezávislý život lidem, kteří potřebují služby, resp. péči.

Potřeby osob se zdravotním postižením, resp. uspokojení těchto potřeb je částečně definováno v ošetrovatelském zákoně (Nursing law), který byl schválen v roce 1988. Podle tohoto zákona mají lidé, kteří žijí v komunitě a mají potíže zvládnout aktivity denního života (ADL) oprávnění na 16 hodin podpory a pomoci týdně. Pečovatelé, kteří zajišťují tuto péči a služby, jsou částečně placeni státem a částečně personálními agenturami.

Komunitní služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory jsou také poskytovány prostřednictvím četných denních center. Ty nabízejí širokou škálu služeb lidem, kteří potřebují pomoc při denních aktivitách. Jedná se o služby, jako je doprava, zajištění stravy, dohled, fyzioterapie, workshopy, sociální aktivity, pomoc s hygienou, péče o nohy a vlasy apod.

Větší města a obce zajišťují teplá, nutričně vyvážená jídla, která dovážejí do domácností potřebných osob. Kromě této sítě různých služeb má řada regionů dostupné a organizované služby dobrovolníků, kteří navštěvují nemocné a osamělé. Dále jsou poskytovány kompenzační pomůcky, podporující sousedské programy, projekty na drobné opravy v domácnostech, využívání moderních technologií apod.

Institucionální dlouhodobá péče je poskytována různými veřejnými či soukromými poskytovateli. Tato zařízení jsou financována částečně vládou, částečně klienty a rodinnými příslušníky (v závislosti na jejich příjmu), ošetrovatelská péče je hrazena ze systému nemocničního pojištění.

Struktura dlouhodobé péče je nastavena regionálními profesionálními výbory. Těmto výborům předsedají sociální pracovníci, kteří jsou zaměstnanci měst a obcí, ostatními členy jsou zdravotní sestra z Všeobecného fondu nemocenského pojištění a úředníci ze správy sociálních služeb.

Např. Tel Aviv poskytuje celou řadu sociálních služeb na pomoc všem občanům, vč. seniorů, přistěhovalců, pozůstalých, migrujících pracovníků, neúplných rodin, ohrožených dětí a dalších skupin obyvatel. Město provozuje devět odborů sociálních služeb, které usilují o zlepšení kvality života všech obyvatel města, tyto odbory fungují podle regionální distribuce. Město se snaží soustavně zlepšovat kvalitu života seniorů prostřednictvím neustálých inovací a prostřednictvím svých poradenských služeb. Tyto služby řeší problémy, které vyplývají z přirozeného procesu stárnutí, životních krizí, poklesu příjmů, nemocí a rodinných vztahů.

Město rovněž prostřednictvím své správy sociálních služeb podporuje rehabilitační procesy osob se zdravotním postižením, zlepšuje kvalitu jejich života a zvyšuje jejich sebeúctu a přispívá k jejich lepšímu fungování ve všech oblastech života. Mezi hlavní poskytované služby patří např. psychosociální léčba pro jednotlivce a rodiny, dopravní služby, zařízení denní péče, služby v oblasti bydlení, volnočasové aktivity nebo zřizování komunitních služeb.⁹³

Prognózy stárnutí populace v Izraeli do roku 2035 ukazují, že populace zde bude stárnout. Podle těchto prognóz naroste podíl osob starších 70 let o 103 %, nárůst ostatní populace bude pak pouze 31 %. Očekává se tedy, že dojde k dvojnásobnému zvýšení počtu osob starších 70 let z dnešních 610 tisíc na 1,24 milionu v roce 2035. Současný systém není připraven na tyto demografické změny, které povedou k nárůstu potřeb, poptávky a tím i výdajů na dlouhodobou péči. Využití privátních zdrojů bude také problémové vzhledem k očekávanému podílu počtu seniorů a ekonomicky aktivního obyvatelstva.

Vysoký nárůst potřeb zintenzivní problém zajištění péče o seniory a vytvoří obrovskou zátěž pro domácnosti, včetně ekonomických dopadů těchto jevů (dopady na trh práce, dopady na blahobyt rodinných příslušníků apod.). Povede to ke zhoršení statusu střední třídy, resp. k jejich propadu do nižší střední třídy. Tyto skupiny obyvatel nebudou ekonomicky schopny zaplatit si privátní pečovatele či pečovatelky, ale nedostanou ani státní příspěvek k zajištění péče institucionální.

⁹³ Social Services. Dostupné z: <https://www.tel-aviv.gov.il/en/Live/HealthAndWelfare/Pages/SocialServices.aspx>.

Ministerstvo sociálních věcí proto formulovalo doporučení k reformě útvarů sociálních služeb s ohledem na obtíže a problémy spojené s fungováním a kapacitou jednotlivých útvarů tak, aby sociální služby poskytovaly odpovídající odezvu na potřeby obyvatelstva v nouzi. Zdroje obtíží, které byly identifikovány, spočívaly především v zastaralé legislativě, v nedostatečném souladu mezi potřebami, úkoly a zdroji pro poskytování služeb nebo v nedostatečném využívání plánovacích metod.⁹⁴

Systém pojištění dlouhodobé péče

Izrael začal zákon o dlouhodobé péči implementovat v roce 1988. Jeho přijetí bylo vyvoláno obavami z důsledků stárnutí populace, které měly ovlivnit zejména na potřebu dlouhodobé péče. Koncem 70. let byla domácí péče v Izraeli nerozvinutá, naproti tomu byla vysoce ceněna péče poskytovaná profesionálními poskytovateli. Cílem zákona bylo pomoci především zdravotně postiženým občanům a seniorům při zajišťování domácí péče, podpora byla rovněž věnována zabezpečení pečujících osob s cílem snížit poptávku po pobytových službách.

Pomoc je podle tohoto zákona poskytována zdravotně postiženým ženám starším 60 let a mužům starším 65 let, kteří mají v Izraeli trvalé bydliště. Její poskytování je podmíněno výší příjmů, nicméně hranice příjmů je nastavena na úrovni trojnásobku průměrné mzdy. V roce 1996 nedosáhlo na tuto pomoc pouze 1 % žadatelů. Nelze však vyloučit, že testování příjmů odradilo značný počet potencionálních žadatelů o pomoc především z řad seniorů.

⁹⁴ *Social Services Reform – Human Thinkers Think*. Dostupné z: <https://www.molsa.gov.il/SocialServicesReform/Pages/SocialServicesReformPage.aspx>.

Pomoc je poskytována žadatelům ve formě věcné pomoci (nikoli peněžitých dávek), tedy zajištěním osobní péče, pomoci s vedením domácnosti (např. pomoc s přípravou jídla), zajištěním dohledu, dopravy do denních centrech, poskytnutím inkontinenčních pomůcek nebo asistenčních technologií. O konkrétní formě poskytnutí pomoci rozhodují místní odborné výbory Národního institutu pojištění. Tento postup byl experimentálně zaveden od roku 2008.

Služby podle tohoto zákona přestaly být poskytovány státem, ale jsou poskytovány autorizovanými neziskovými organizacemi na základě smlouvy s uživateli služeb, došlo k vytvoření „quasi“ trhu, který přispěl k privatizaci služeb a k jejich rychlému rozvoji.

V březnu 2009 byly služby poskytovány více než 135 tisícům osob, z toho bylo cca 70 % mužů. V porovnání s rokem 1989 se jejich počet zvýšil více než šestkrát. Z celkového počtu uživatelů bylo 4,8 % uživatelů ve věku 65–69 let, 10,4 % uživatelů ve věku 70–74 let, 21 % uživatelů ve věku 75–79 let, 28 % uživatelů ve věku 80–84 let a 32,7 % uživatelů bylo starších než 85 let. Z hlediska rodinného složení 47 % uživatelů žilo samo, 39,8 % uživatelů žilo s partnerem a 13,2 % uživatelů žilo s rodinným příslušníkem (dcerou nebo synem). Je tedy zřejmé, že se zvyšujícím se věkem se zvyšuje podíl osob, jimž je poskytována pomoc.

S poskytováním péče v domácnosti souvisí dva problémy – finanční zátěž spojená se zajištěním potřebných služeb z vlastních prostředků a snížením příjmů z ekonomické aktivity a samotné poskytování péče rodinnými příslušníky. Zákon o dlouhodobé péči přispěl ke snížení rozsahu služeb zajišťovaných z vlastních prostředků v důsledku rozvoje celého sektoru služeb, snížil se i objem péče

poskytované rodinnými příslušníky. Z provedeného šetření, které bylo realizováno rok poté, co zákon vstoupil v platnost, vyplynulo, že poskytovatelé sociálních služeb poskytl v průměru 23 hodin péče týdně v porovnání s 21 hodinami péče před implementací zákona.

Jedním z cílů zavedení zákona bylo snížit poptávku po péči poskytované v pobytových zařízeních. Z provedeného šetření vyplynulo, že po přijetí zákona se snížil počet osob v pobytových zařízeních a počet osob, čekajících na umístění v nich o 25 %, přičemž po přijetí zákona byla péče v pobytových zařízeních poskytována uživatelům s vyšší potřebou péče a starším osobám. Po přijetí zákona řada čekatelů na umístění svůj nástup buď odložila, nebo svoji žádost vzala zpět. Lze tedy konstatovat, že cíl zákona se podařilo naplnit, výrazně se zvýšil rozsah péče poskytované v domácnostech jednotlivých uživatelů služeb.

Privatizace sociálních služeb přispěla k rychlému rozvoji služeb v oblasti domácí péče, pokud služby byly poskytovány státem, poskytovatelé služeb by nemohly pružně reagovat na rostoucí požadavky uživatelů služeb. Neprokázalo se však, že privatizací tohoto sektoru se výrazně zvýšila kvalita poskytovaných služeb, tuto skutečnost lze přičítat tomu, že celý sektor je státem regulován a uživatel má relativně malý prostor pro vyjádření vlastní předvolby.

Ukazuje se, že rozsah péče poskytované profesionálními poskytovateli významně nesnižuje rozsah péče poskytované rodinnými pečujícími vzhledem k tomu, že profesionální poskytovatelé nedokáží naplnit všechny potřeby uživatelů služeb. Je proto třeba usilovat o koordinaci péče poskytované uživatelům služeb v zájmu minimalizace rozsahu jejich nenaplněných potřeb.

Úspěšné poskytování péče uživatelům profesionálními poskytovateli závisí na navázání důvěryhodných mezilidských vztahů mezi pracovníky poskytovatele a uživateli služeb. Poskytování péče navíc komplikuje vysoký stupeň variability potřeb seniorů a jejich rodin. Pracovník domácí péče totiž často narušuje složitý rodinný vztah, na rozdíl od péče poskytované v pobytových zařízeních není při poskytování domácí péče možné zajistit její efektivní kontrolu. Jedním z aspektů práce v domácí péči je navíc izolace pracovníků od sebe navzájem, proto se pracovníci nemohou spoléhat na vzájemné vedení a podporu.⁹⁵

Doporučení pro Českou republiku

Izraelský systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče ukazuje, že privatizace tohoto sektoru je cestou vedoucí k rozvoji služeb. Vytvoření „quasi“ tržního prostředí s nastavenými regulačními mechanismy ze strany státu je cestou, kterou je možno postupovat i v naší zemi. V tomto smyslu je proto nutno realizovat opatření především v oblasti organizace a financování sociálních služeb.

1.3.9 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Rusku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Rusko, oficiálním názvem Ruská federace, je s rozlohou 17 098 246 km² největším státem světa. Zabírá značnou část východní Evropy a téměř celou severní Asii. S počtem více než 146 milionů obyvatel

⁹⁵ SCHMID, H. *Israel's Long-Term Care Insurance Scheme*. Dostupné z: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/1207>.

je Ruská federace devátá nejlidnatější země na světě. Rusko se člení na 8 federálních okruhů nebo na 12 ekonomických rajónů, které se dále dělí na 85 subjektů.

Federální okruhy Ruské federace jsou jednotkou státní správy Ruska, nejsou subjekty federace, nemají zastoupení v ruském parlamentu, nemají právní subjektivitu. V čele každého federálního okruhu stojí zplnomocněný představitel, jmenovaný prezidentem Ruské federace. Federální subjekty v současnosti zahrnují 22 republik, 46 oblastí, 9 krajů, 4 autonomní okruhy, 1 autonomní oblast a dále 3 federální města.

Podle ústavy z roku 1993 a jejích pozdějších změn sestávala Ruská federace k 1. lednu 2015 z 85 subjektů. V Radě federace (horní komoře Federálního shromáždění) mají ale všechny subjekty rovné zastoupení dvěma poslanci. Z každého subjektu vybírá jednoho zákonodárný sbor a jednoho gubernátor.

V roce 2019 měla Ruská federace celkem 146,749 milionu obyvatel, z toho bylo 25 937 tisíc osob (tj. 17,7 %) ve věku 0–14 let, 98 028 tisíc osob (tj. 66,8 %) ve věku 15–64 let a 22 700 tisíc osob (tj. 15,5 %) bylo starších 65 let. V městských aglomeracích žije více než 109 milionů obyvatel, tj. téměř 75 % z celkového počtu, přitom v roce 1926 byl poměr zcela opačný, tj. na venkově žily čtyři pětiny obyvatel. Většinu obyvatel tvoří ženy, je jich 78,6 milionu (tj. 54 %), mužů je 68,1 milionu (tj. 46 %). Průměrná délka života při narození v roce 2019 činila 73,34 let (u mužů 68,24 let, u žen 78,17 let).

Podle prognózy počtu obyvatel by měl celkový počet obyvatel do roku 2036 klesnout na cca 143 milionů, přičemž počet osob do

15 let by měl klesnout na 20,4 milionu, počet osob v produktivním věku by měl vzrůst na 88,1 milionu a počet obyvatel v poproduktivním věku by měl klesnout na 34,5 milionu (jeho podíl by měl klesnout na 14,2 %).

Legislativní rámec dlouhodobých sociálně-zdravotních služeb

Systém sociálních služeb pro obyvatelstvo v Rusku prošel v posledních letech zásadními změnami a byl zásadně modernizován v roce 2013. Místo zastaralých federálních zákonů byl přijat federální zákon č. 442 ze dne 28. prosince 2013 „O základech sociálních služeb pro občany v Ruské federaci“, který vstoupil v platnost 1. ledna 2015. Tento zákon upravuje právní, ekonomické i organizační základy činnosti v oblasti sociálního zabezpečení, služby občanům v Ruské federaci, tj. činnosti při poskytování sociálních služeb, pravomoci regionálních a federálních vládních orgánů Ruské federace v oblasti sociálních služeb obyvatelstvu, povinnosti a práva poskytovatelů a příjemců sociálních služeb.

Hlavní důvody pro implementaci zákona spočívaly v rozdílech v rozsahu práv občanů na sociální služby v různých regionech a také v dostupnosti a kvalitě poskytování sociálních služeb v nich a v nutnosti zajistit individuální posouzení potřeby sociálních služeb s následným rozhodnutím o nároku na přiměřený rozsah poskytovaných služeb. Jedním z hlavních cílů tohoto zákona je dát sociálním službám tržní charakter, nový zákon tedy ukončil princip státního monopolu v institucích sociálních služeb a zavedl konkurenční prostředí v této oblasti.

Zákon specifikuje druhy sociálních služeb, materiální stránku sociálních služeb, identifikuje princip organizace poskytování sociálních služeb a kontrolu nad prováděním těchto služeb. Nejdůležitějším principem sociálních služeb se stává systém individualizace služeb, kdy žadateli o službu je odborným posouzením stanoven tzv. „individuální program“. Za přínos lze rovněž považovat zavedení jednotných norem sociálních služeb pro obyvatele Ruské federace a systém dohledu nad kvalitou služeb. Princip soutěže je dále upravován federálním zákonem č. 189 ze dne 13. července 2020 O státní (obecní) sociální objednávce pro poskytování státních (obecních) služeb v sociální oblasti. V tomto zákoně je upraven proces výběru poskytovatelů, kteří jsou pověřeni poskytováním sociálních služeb a kteří jsou financováni z veřejných rozpočtů. Tento zákon upravuje vedle sociálních služeb také oblast paliativní péče a další oblasti, jako cestovní ruch, sport, lázeňství a podporu zaměstnanosti. Uvedené federální zákony jsou prováděny řadou prováděcích předpisů, které vydává především federální ministerstvo práce a sociální ochrany.

Základem pro posouzení nároku klienta na poskytování sociálních služeb je jeho písemná nebo elektronická žádost (nebo jeho zákonného zástupce) o poskytování sociálních služeb. Žádost lze podat přímo na nejbližší subjekt Ruské federace nebo prostřednictvím některého z registrovaných poskytovatelů služeb. Občan je považován za osobu potřebující sociální služby, pokud nastanou okolnosti, které zhoršují nebo mohou zhoršit jeho životní podmínky. Z hlediska dlouhodobé péče se jedná o následující okolnosti:

- úplná nebo částečná ztráta schopnosti samoobsluhy, samostatného pohybu, zajištění základních životních potřeb v důsledku nemoci, úrazu, věku nebo zdravotního postižení;

- přítomnost zdravotně postižené osoby nebo osoby se zdravotním postižením v rodině, včetně zdravotně postiženého dítěte nebo zdravotně postižených dětí, které potřebují neustálou vnější péči;
- nedostatek příležitostí poskytovat péči (vč. dočasné) zdravotně postižené osobě, dítěti a nedostatek péče.

Autorizovaný orgán subjektu Ruské federace nebo oprávněná organizace rozhodne o uznání občana, který potřebuje sociální službu, nebo o odmítnutí sociální služby do pěti pracovních dnů ode dne podání žádosti. Proti rozhodnutí o odmítnutí sociálních služeb se lze odvolat k soudu. Rozhodnutí o potřebě sociální služby má formu „individuálního programu“, což je dokument, který uvádí formu sociálních služeb, typy, objem, frekvenci, podmínky, podmínky poskytování sociálních služeb, seznam doporučených poskytovatelů sociálních služeb. Tento „individuální program“ je jakýmsi „voucherem“, který je uplatněn u poskytovatelů, kteří byli zařazení do sítě podporované z veřejných zdrojů. S poskytovateli těchto služeb osoba uzavírá smlouvu určující obsah a rozsah služeb a činností. Individuální program má pro občana nebo jeho zákonného zástupce doporučující charakter, pro poskytovatele sociálních služeb je však povinný.

Zákon člení služby z hlediska formy na terénní, ambulantní a pobytové a z hlediska druhů pak na služby:

- zaměřené na podporu života příjemců sociálních služeb v každodenním životě;
- sociálně-lékařské, zaměřené na udržení a zachování zdraví příjemců sociálních služeb organizováním péče, poskytováním pomoci při provádění činností zlepšujících zdraví, systematickým sledováním příjemců sociálních služeb za účelem zjištění odchylek jejich zdravotního stavu;

- sociálně-psychologické, poskytování pomoci při nápravě psychologického stavu příjemců sociálních služeb pro adaptaci v sociálním prostředí, vč. poskytování psychologické pomoci anonymně pomocí linky pomoci;
- sociálně-pedagogické, zaměřené na prevenci odchylek v chování a rozvoji osobnosti příjemců sociálních služeb, formování jejich pozitivních zájmů (mimo jiné v oblasti volného času), organizaci jejich volného času a pomoc rodině při výchově dětí;
- sociálně-pracovní, zaměřené na pomoc při zaměstnání a při řešení dalších problémů souvisejících s adaptací na práci;
- sociálně-právní, zaměřené na poskytování pomoci při získávání právních služeb, a to i bezplatně, při ochraně práv a oprávněných zájmů příjemců sociálních služeb;
- za účelem zlepšení komunikačního potenciálu příjemců sociálních služeb se zdravotním postižením;
- urgentní sociální služby.

Plánování rozvoje sociálních služeb je založeno na centralistickém řízení z úrovně federálního ministerstva práce a sociální ochrany, tj. stanovení pokynů, metodik a výpočtů, které následně aplikují níže postavené subjekty federace. Jedná se o poměrně komplikovaný, ale především na statistikách, rozpočtových možnostech a pevných algoritmech založený systém. Tento systém obsahuje nejen stanovení kapacit, ale také například maximální vzdálenost služby od aglomerace a ve velmi rozsáhlé míře určení kapacit a časové náročnosti jednotlivých úkonů služeb. Na základě centrálně stanovených závazných předpisů a metodik je pak sestaven celkový plán ustavení a rozvoje sítě služeb a dílčí plány na úrovni subjektů federace. Prováděcí předpisy na federální úrovni jsou velmi podrobné a zabývají se v podstatě celým spektrem okolností, které definují

poskytování sociálních služeb, tedy měřením potřeb a kapacit, hmotnými podmínkami služby a v neposlední řadě pak výkonovými (ergonomickými) parametry služby. Např. pro kvantifikaci potřeb služeb v domovech pro seniory (gerontologických centrech) a v domovech se zvláštním režimem (gerontopsychiatrických centrech) je podle federálního doporučení stanovena optimální kapacita jednoho zařízení na 10 tisíc osob starších 75 let.

Financování tohoto plánu je pak určeno federálními rozpočtovými zákony a na základě objemu vyčleněných prostředků vydává federální ministerstvo práce a sociální ochrany rámcový rozsah sociálních služeb (počet organizací a jejich kapacity), který je v daném rozpočtovém období „ufinancovatelný“, a tato kompetence je přímo uložena zákonem.

Všechny organizace poskytující sociální služby se mohou dobrovolně registrovat v centrálním registru poskytovatelů, přičemž musí splňovat zákonem stanovené požadavky. Zápis do registru je pak následně opravňuje účastnit se veřejných zakázek a přijímat klienty disponující „voucherem“ na sociální službu. Stejně tak jsou všichni příjemci sociálních služeb zapsáni v registru příjemců sociálních služeb. Součástí tohoto registru je také seznam poskytovatelů sociálních služeb, kteří jim služby poskytují, a smluv, které s nimi uzavřeli. Zápis v tomto registru je podstatný pro některé z principů financování sociálních služeb.

Financování dlouhodobých sociálně-zdravotních služeb

Obecně je v Ruské federaci zavedeno vícezdrojové financování sociálních služeb, ovšem drtivou část těchto zdrojů tvoří prostředky

z rozpočtových zdrojů subjektů federace. K základním zdrojům financování patří:

- finanční prostředky z rozpočtů rozpočtového systému Ruské federace;
- charitativní příspěvky a dary;
- finanční prostředky příjemců sociálních služeb při poskytování sociálních služeb za úplatu nebo částečnou platbu (regulováno prováděcími předpisy ministerstva práce a sociální ochrany);
- příjmy z podnikatelské a jiné výdělečné činnosti vykonávané organizacemi sociálních služeb a další zdroje, které zákon nezakazuje.

Obecně platí, že Ruská federace a subjekty federace financují náklady organizací, které samy zřizují (obdobně jako příspěvkové organizace v ČR).

Neziskové a další subjekty jsou financovány prostřednictvím dotací, ovšem za předpokladu, že činnost těchto organizací byla „objednána“ prostřednictvím procesů, které upravuje zákon O státní (obecní) sociální objednávce pro poskytování státních (obecních) služeb v sociální oblasti. Tento zákon velmi podrobně upravuje jak hmotnou, tak procesní část celého procesu, jedná se o období procesu zadávání veřejných zakázek.

Pokud občan, který je zapsán v registru příjemců na základě individuálního programu, čerpá sociální službu u subjektu, který je zapsán v registru poskytovatelů, ale není financován z rozpočtových zdrojů, pak příslušný subjekt federace proplácí náklady na službu poskytovateli služeb kapitačně.

Míra postižení je obdobně jako v ČR určována expertně federálním úřadem „kanceláří lékařsko-sociální expertízy“. Občanům, kterým je přiznán status osoby se zdravotním postižením, pak z tohoto titulu plynou různé nároky, tj. především v oblasti důchodového zabezpečení. Kritériem pro stanovení zdravotního postižení je sociální nedostatečnost vyžadující sociální ochranu nebo pomoc v důsledku poruchy zdraví s trvale výraznou poruchou tělesných funkcí způsobenou chorobami, následky úrazů nebo vad vedoucí k výraznému omezení jedné z kategorií životní činnosti nebo jejich kombinace.

Pro 1. skupinu zdravotně postižených, která odpovídá zhruba III. a IV. stupni příspěvku na péči v ČR, jsou indikovány:

- neschopnost samoobsluhy nebo úplná závislost na ostatních;
- neschopnost samostatného pohybu a úplná závislost na ostatních;
- neschopnost orientace (dezorientace);
- neschopnost komunikovat;
- neschopnost kontrolovat své chování.

Pro 2. skupinu zdravotního postižení, která odpovídá zhruba II. stupni příspěvku na péči v ČR, jsou indikovány:

- schopnost samoobsluhy pomocí asistenčních zařízení nebo s pomocí ostatních;
- schopnost samostatného pohybu s použitím pomocných zařízení nebo s pomocí jiných osob;
- pracovní neschopnost nebo schopnost vykonávat práci ve speciálně vytvořených podmínkách za použití pomůcek nebo speciálně vybaveného pracoviště za pomoci dalších osob;
- neschopnost učit se nebo schopnost učit se pouze ve speciálních vzdělávacích institucích nebo ve speciálních programech doma;

- schopnost orientovat se v čase a prostoru vyžadující pomoc druhých;
- schopnost komunikovat pomocí asistenčních zařízení nebo s pomocí jiných osob;
- schopnost částečně nebo úplně ovládat své chování pouze s pomocí cizích lidí.

Pro 3. skupinu zdravotního postižení, která odpovídá zhruba I. stupni příspěvku na péči v ČR, jsou indikovány:

- schopnost samoobsluhy pomocí pomocných zařízení;
- schopnost samostatného pohybu s delšími výdaji času, roztržitostí výkonu a snížením vzdálenosti;
- schopnost učit se ve vzdělávacích institucích obecného typu, s výhradou zvláštního režimu vzdělávacího procesu nebo s použitím pomůcek, s pomocí dalších osob (s výjimkou školicího personálu);
- schopnost vykonávat pracovní činnosti podléhající snížení kvalifikace nebo snížení objemu výrobních činností, nemožnost vykonávat práci v jejich profesi;
- schopnost orientovat se v čase a prostoru s výhradou použití pomůcek;
- schopnost komunikace charakterizovaná snížením rychlosti, snížením objemu asimilace, příjmu a přenosu informací.

Celý systém zajišťování sítě služeb včetně jejich financování je pravděpodobně stále ve fázi zrodu. Jedná se o nové zákonné předpisy, které byly přijaty v roce 2020. Uváděný popis tohoto systému je tedy spíše teoretický.

Kvalita dlouhodobých sociálně-zdravotních služeb

Z hlediska kvality sociálních služeb existují v systému Ruské federace dva způsoby dohledu nad kvalitou, tj. stejně jako v ČR kontrola plnění registračních podmínek a dále pak nezávislé hodnocení kvality.

Způsob provádění nezávislého hodnocení kvality je zakotven přímo v zákoně, stejně tak výstupy z hodnocení kvality jsou povinně zveřejňovány na webových stránkách subjektů federace.

Nezávislé hodnocení kvality podmínek poskytování služeb organizacemi sociálních služeb umožňuje posouzení podmínek poskytování služeb podle takových obecných kritérií, jako je otevřenost a dostupnost informací o organizaci sociálních služeb. Nezávislé hodnocení kvality provádějí speciálně ustanovené „veřejné rady“ (sověty), a to na všech úrovních subjektů federace. Nařízení o veřejné radě pro nezávislé hodnocení kvality schvaluje státní orgán, podle kterého byla uvedená veřejná rada zřízena. Složení veřejné rady pro nezávislé hodnocení kvality podmínek poskytování služeb organizacemi sociálních služeb se schvaluje na období tří let. Při vytváření veřejné rady pro nezávislé hodnocení kvality nového funkčního období se mění alespoň třetina jejího složení. Počet členů veřejné rady pro nezávislé hodnocení kvality nesmí být nižší než pět osob, členové vykonávají svoji činnost dobrovolně. Nezávislé hodnocení kvality podmínek poskytování služeb organizacemi sociálních služeb provádějí veřejné rady alespoň jednou za tři roky ve vztahu ke stejné organizaci.

Doporučení pro Českou republiku

S ohledem na fakt, že se jedná o velmi „čerstvě“ kodifikovaný systém sociálních a sociálně-zdravotních služeb, je jen velmi obtížné odkázat se na funkční prvky systému, které by mohly být pro ČR poučné či inspirativní. Přesto a v rámci možnosti srovnání s ohledem na rozdílnou sociokulturní tradici a velikost zemí je možné upozornit na některé nanejvýš zajímavé prvky systému:

- Systém „voucherů“ na sociální službu, který je založen na expertním posouzení, umožňuje vhodnou distribuci způsobu uspokojování potřeb a současně také ekonomické řízení systému služeb. Velkou nevýhodou systému je to, že pokud není spotřebována sociální služba, pak dle dohledaných informací neexistuje dostatečná podpora neformální péče. Z dostupných informací lze také těžko odhadnout, jaká je faktická dostupnost sociálních služeb, a to přesto, že jak geografická, tak i druhová a ekonomická dostupnost služeb má být garantována zákonem a prováděcími předpisy.
- Výhodou systému „voucherů“ je možnost kapitační platby. Pro ČR může být tento systém zajímavý minimálně z hlediska možnosti pozorování chování systému v praxi, pokud je tato varianta financování sociálních služeb v ČR teoreticky diskutována.
- Dalším zaznamenáníhodným prvkem systému v Ruské federaci je nezávislé hodnocení kvality. Tento systém je opravdu pojat velice široce a obsahuje jak odborné, tak i laické prvky. Jistě by stálo za další analytickou práci věnovat se studiu výstupů z těchto nezávislých hodnocení.

1.3.10 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Norsku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Norsko, které je konstituční monarchií, je administrativně rozděleno na 18 krajů⁹⁶ a celkem 422 samosprávných obcí. Hlavní město Oslo je považováno současně za kraj a samosprávné město. V každém kraji je král reprezentován guvernérem. Norsko má rovněž dvě integrální zámořská teritoria, a to ostrovy Jan Mayen a Špicberky, a tři antarktická a subarktická závislá území – Bouvetův ostrov, Ostrov Petra I. a Zemi královny Maud. Zákonodárná moc je v rukou parlamentu, který je volen na čtyři roky, moc výkonná je v rukou vlády v čele s ministerským předsedou.

Norsko není členem EU, je však její téměř integrální součástí. Členství Norska v EU není v současné době aktuální, občané se v minulosti dvakrát vyslovili proti členství Norska v EU, v posledních letech se počet odpůrců vstupu země do EU ustálil okolo 70 %.⁹⁷

K 1. lednu 2020 žilo na území Norska celkem 5,367 milionu obyvatel, do roku 2060 by se podle demografické projekce měl počet obyvatel Norska zvýšit na cca 6,7 milionu osob.⁹⁸ Z hlediska demografického složení patří Norsko v evropském kontextu k „mladým“ zemím,

⁹⁶ Kraji jsou Akershus, Aust-Agder, Buskerud, Finnmark, Hedmark, Hordaland, More og Romsdal, Nordland, Oppland, Oslo, Rogaland, Sogn og Fjordane, Telemark, Troms, Trøndelag, Vest-Agder, Vestfold a Østfold.

⁹⁷ Norsko – vztahy země s EU. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/norsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/#section-cf66c6a7-3fa2-4cb1-813c-d263d20540ff>.

⁹⁸ European Demographic Data Sheet 2020 Vienna: Vienna Institute of Demography and International Institute for Applied Systems Analysis, 2016. Dostupné z: <http://www.populationeurope.org/data>.

ve věkové skupině 67–79 let je v současné době cca 10,1 % osob, nad 80 let je pouze 4,2 % z celkového počtu obyvatel. Průměrná délka života při narození činila v roce 2018 u žen 84,5 let a u mužů 81,1 let.

V letech 2015–2016 se počet obyvatel Norska zvýšil v průměru o 48 tisíc osob ročně, zásadní podíl na přírůstku obyvatelstva má migrace občanů ze států EU/EHP a přistěhovalců z třetích zemí, které kulminovalo během migrační vlny v Evropě v roce 2015. V následujících letech se vláda snaží redukovat počty nově příchozích azylantů zpřísněním přistěhovalecké politiky.

V roce 2014 překročil počet cizích státních příslušníků žijících v Norsku podíl 10 %, největší národnostní menšinu tvoří občané Polska (99 tisíc), následují občané Švédska (45 tisíc), Litvy (41 tisíc) a dále Somálska, Německa a Iráku. Hromadné uprchlické vlny od poloviny 90. let 20. století se projeví ve vyšším počtu občanů Bosny a Hercegoviny, Eritrey, Íránu, Kosova, Pákistánu a Sýrie žijících v Norsku (každá z národností čítá přes 10 tisíc občanů).⁹⁹

Legislativní rámec služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Legislativa neobsahuje žádnou konkrétní definici dlouhodobé péče. Organizace, financování a poskytování sociálních služeb jsou v Norsku upraveny zákonem o službách v oblasti zdraví a péče (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.) z roku 2011 a zákonem o národním pojištění (folketrygdloven) z roku 1997.

⁹⁹ *Norsko – základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled.* Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/norsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/#section-cf66c6a7-3fa2-4cb1-813c-d263d20540ff>.

Tak jako ve většině vyspělých států je poskytování dlouhodobých sociálních služeb upraveno společně v legislativě upravující oblast zdravotní péče.

Norská vláda odpovídá za poskytování zdravotní péče v souladu se stanoveným cílem rovného přístupu ke zdravotní péči bez ohledu na věk, rasu, pohlaví, příjmy nebo bydliště. Podle těchto principů se postupuje i při poskytování sociálních služeb, speciální právní úprava, která by upravovala jejich poskytování a financování, neexistuje. Za poskytování primární zdravotní a sociální péče odpovídají obce, přičemž norské ministerstvo zdravotnictví se na jejich poskytování podílí pouze nepřímým prostřednictvím vydávání právních předpisů a koncipováním mechanismů financování. Na poskytování odborné péče se ministerstvo podílí přímo, neboť je vlastníkem (zřizovatelem) nemocnic a současně zpracovává směrnice určené správním orgánům regionálních úřadů zdravotní péče.

V rámci uvedených zákonů jsou obce zodpovědné za poskytování dlouhodobé péče a za smluvní zajištění této péče se soukromými poskytovateli. Sdílení nákladů za institucionalizovanou péči je založeno na výši příjmů a pohybuje se mezi 75 % až 85 % příjmu klienta.¹⁰⁰ Rozsah péče v domácím prostředí nebo v pečovatelském domě určuje obec. Pouze asi 3 % pečovatelských domů je soukromých, podíl soukromých společností poskytujících domácí péči je ještě nižší. Klientům může být poskytována péče v domácnosti i další služby soukromými subjekty i jako doplněk k službám, které zajišťuje obec. V některých hustě osídlených oblastech mají pacienti sami možnost

¹⁰⁰ Ve všech dostupných podkladech, které charakterizují systém poskytování, financování a řízení, se hovoří o pacientech.

zvolit si poskytovatele domácí péče nebo zřizovatele pečovatelského domu. Lidé mladší 67 let s trvale omezenými funkcemi, kteří žijí trvale doma, mají právo na osobního asistenta, který jim pomůže zabezpečovat jejich základní životní potřeby podle jejich individuálních preferencí. Velmi málo klientů si platí individuální celodenní péči, kterou poskytují ošetrovatelky. Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu je často poskytována na zvláštních odděleních v rámci specializovaných ošetrovateľských domů.¹⁰¹

Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou v Norsku financovány v rámci standardních mechanismů z daní, žádné samostatné schéma financování dlouhodobé péče není zavedeno, sociální služby jsou financovány místními úřady jako součást zdravotnických a pečovatelských služeb.

Za poskytování dlouhodobých sociálních služeb jsou zodpovědné obce, které mají ve své kompetenci i problematiku plánování jejich rozvoje. K tomu, aby klientovi byly sociální služby poskytovány buď v domácím prostředí, nebo v pečovatelském domě, musí klient zdravotní péči potřebovat, právo na její zajištění je omezeno dostupnými zdroji, ochranu mu však poskytuje skutečnost, že je definován minimální standard zdravotní péče tak, aby byla řádně zajištěna.

Sociální služby zajišťují jak pomoc v domácnosti při zvládání všech běžných aktivit denního života klienta, tak i krátkodobé pobyty v pečovatelských zařízeních, které představují významnou

¹⁰¹ LINDAHL, A. K. *The Norwegian Health Care System*. Dostupné z: <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>.

odlehčovací pomoc pro rodinné příslušníky pacientů doma. Součástí sociálních služeb jsou rovněž služby poskytované v domovech pro seniory, bydlení pro postižené děti a diskreční peněžní dávky (discretionary cash benefits). Tyto služby mohou být klientovi poskytovány z důvodu nemoci, zdravotního postižení, věku atd., klient musí být také zcela závislý na praktické nebo osobní pomoci při zvládnutí běžných aktivit každodenního života.

Pracovníci v sociálních službách

Kvalifikace sociálních pracovníků v Norsku není plošně regulována, záleží pouze na poskytovateli služeb, jaké si stanoví požadavky na jejich vzdělání a výcvik svých pracovníků. Nepřímo jsou podmínky kvalifikace stanoveny organizací EQUASS, nároky jsou tak stanoveny na komerční bázi, nikoli státem nebo obcí.¹⁰² Lze proto soudit, že vzdělanější uchazeč je pro poskytovatele atraktivnější než uchazeč nevzdělaný. Vzhledem k velké územní rozloze a velké samostatnosti obcí je však pravděpodobné, že v méně urbanizovaných oblastech jsou kladeny na pracovníky v sociálních službách menší nároky než na uchazeče z oblastí velmi zalidněných.

Kvalita sociálních služeb

Tak jako nejsou kvalifikační podmínky sociálních pracovníků stanoveny na centrální ani obecní úrovni, tak ani kvalita sociálních služeb není na těchto úrovních žádným způsobem limitována nebo regulována. Nepřímo je garantem kvality sociálních služeb

¹⁰² EQUASS 2018 – Prinsipper, kriterier og indikatorer for godkjenning fra EQUASS Assurance. Dostupné z: <https://www.equass.be/images/Documents/EQUASS2018/other-languages/Norwegian/Assurance-2018-Prinsipper-kriterier-og-indikatorer.pdf>.

organizace EQUASS, která na komerční bázi nabízí certifikaci kvality poskytovaných služeb podle svých standardů. Tato certifikace není povinná, její rozsah však určuje standard, k němuž by i necertifikovaná střediska měla směřovat. Certifikovaná střediska se musí podrobovat kontrolám a inspekcím, certifikace má platnost dva roky.¹⁰³

Služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Systém dlouhodobých služeb v Norsku patří k tzv. skandinávskému modelu, který je mj. typický významným vlivem místních samospráv při jejich poskytování a organizaci. Tato skutečnost se promítá do široké nabídky sociálních služeb všem sociálním skupinám, tedy i např. rodinám s dětmi, s tím, že důraz je položen na poskytování služeb v domácím prostředí. Sociální ochrana je považována za klíčové občanské právo, důraz je kladen na řešení otázek zaměstnanosti a na zajištění služeb pro rodinu obecně. Severské země bývají často označovány jako „státy sociální péče“, protože poskytují sociální péči a zdravotnické služby jak dětem, tak i starším osobám převážně prostřednictvím veřejného sektoru.¹⁰⁴

Rozvoj péče o starší osoby zaznamenal v Norsku tři milníky:

- V 80. letech došlo k rozšíření počtu zařízení pro institucionální péči v reakci na dramatický nárůst počtu seniorů, nedostatek práce a potřebu zajistit rovnost pohlaví v rodinném a pracovním životě, počet ošetrovatelských domů se více než zdvojnásobil, současně

¹⁰³ EQUASS 2018 – Prinsipper, kriterier og indikatorer for godkjenning fra EQUASS Assurance. Dostupné z: <https://www.equass.be/images/Documents/EQUASS2018/other-languages/Norwegian/Assurance-2018-Prinsipper-kriterier-og-indikatorer.pdf>.

¹⁰⁴ SIROVÁTKA, T. a J. VÁLKOVÁ. *Understanding care policies in changing times: experiences and lessons from the Czech republic and Norway*. Brno: Centre for the Study of Democracy and Culture Masaryk University, 2017. ISBN 978-80-7325-425-4.

využívání domácí péče (jako alternativa k rezidenční péči) mobilizovalo členy rodiny, aby sdíleli odpovědnost s poskytovateli veřejné péče.

- V roce 1986 byla přenesena odpovědnost za poskytování služeb na obce s cílem podpořit integrovaný přístup k poskytování péče, následně do systému služeb začali vstupovat soukromí poskytovatelé, nicméně doposud je 90 % institucionální péče zajišťováno veřejnými subjekty.
- V posledních letech byl posílen důraz na poskytování péče v domácím prostředí, přijetím zákona o službách v oblasti zdraví a péče v roce 2011 došlo k rozšíření okruhu osob, kterým jsou služby poskytovány, zatímco do té doby byl důraz kladen na zajištění péče o nejstarší věkové skupiny, po přijetí tohoto zákona je péče poskytována všem skupinám bez ohledu na věk, služby jsou tak stále častěji využívány mladšími lidmi, preventivní role domácí péče se změnila na péči ošetrovatelskou a lékařskou.¹⁰⁵

Dlouhodobá péče je poskytována všem obyvatelům, pro její přiznání neexistuje žádná čekací doba ani věková hranice, v právních předpisech není stanovena ani žádná minimální úroveň závislosti na péči, která by okamžitě přinášela klientovi výhody, ani žádná metoda hodnocení závislosti. O poskytování služeb rozhoduje obec na základě posouzení lékařů nebo jiných kvalifikovaných pracovníků (např. fyzioterapeutů), jejich hodnocení je založeno na potřebě zdravotní péče nebo na tom, jak osoba zvládá vykonávat běžné činnosti každodenního života. V působnosti obce je rovněž přehodnocení závislosti klienta dle

¹⁰⁵ HORÁK, P., M. HORÁKOVÁ, M. L. SEEBERG a J. T. JESSSEN. *Care policies and governance in Norway and the Czech Republic*. in Sirovátka T. a J. Válková. *Understanding care policies in changing times: experiences and lessons from the Czech republic and Norway*. Brno: Centre for the Study of Democracy and Culture Masaryk University, 2017. ISBN 978-80-7325-425-4.

svého uvážení. V legislativě neexistuje žádná metoda hodnocení závislosti. Hodnocení je založeno na potřebě zdravotní péče nebo na tom, jak daná osoba zvládá běžné činnosti každodenního života. Aby mohla být pacientovi poskytována dlouhodobá péče podle zákona o zdravotních a pečovatelských službách, musí pacient potřebovat „požadovanou zdravotní péči“.

Při poskytování péče v domácnosti je osobám závislým na péči poskytována praktická pomoc podle jejich individuální potřeby, služby jsou k dispozici nepřetržitě, praktická pomoc zahrnuje různé služby, jako je např. osobní hygiena, čištění domu, nakupování, účast při návštěvách úřadů nebo na volnočasových aktivitách. Klientům jsou rovněž nabízeny krátkodobé pobyty v pečovatelských domovech, které představují odlehčovací opatření pro rodinné příslušníky, kteří poskytují péči v domácím prostředí, délka těchto krátkodobých pobytů není limitována. Žádné limity nejsou stanoveny ani při poskytování služeb v obecních pečovatelských domech, v domovech pro seniory ani z hlediska bydlení např. handicapovaných dětí.

Poskytování těchto služeb je podporováno poskytováním krátkodobých technických pomůcek od jiných obecních zdravotnických a pečovatelských služeb. Služby v domácnosti jsou také podporovány dlouhodobou technickou pomocí (invalidní vozíky, telekomunikační služby) z Národního systému pojištění podle zákona o národním pojištění.

Domácí ošetrovatelská péče a osobní asistence jsou klientům poskytovány bezplatně, za jiné služby poskytované v domácnosti platí klienti poplatky pouze v omezené míře.

Za poskytování dlouhodobé péče v pečovatelských domech musí pacient zaplatit 75 % ze svých příjmů nad 8 700 NOK (= 898 eur) a až do tzv. základní částky (Grunnbeløpet) ve výši 99 858 NOK (= 10 311 eur), maximálně však do výše 85 % nákladů na místo v ošetrovatelském domově v dané obci. Při stanovení výše platby klienta se přitom nepřihlíží k jeho majetku ani jeho kapitálovým aktivám.

Osobám se zdravotním postižením, které potřebují dlouhodobou péči, je podle zákona o národním pojištění poskytována základní dávka (grunnstønad) a dávka pro doprovod (hjelpetønad). Základní dávka, která je určena na pokrytí dodatečných nákladů v důsledku trvalé nemoci, zranění nebo postižení, je poskytována v šesti různých sazbách podle úrovně dodatečných nákladů v rozmezí od 8 232 NOK (= 850 eur) do 41 052 NOK (= 4 239 eur) ročně. Dávka pro doprovod je určena k pokrytí nákladů speciálních návštěv nebo péče. Standardní výše dávky činí 14 748 NOK (= 1 523 eur), přičemž pro zdravotně postižené děti do 18 let lze dávku zvýšit ve třech úrovních, a to až do výše 88 488 NOK (= 9 137 eur). Podmínkou pro poskytování této dávky je skutečnost, že péče je poskytována neformálním pečovatelem. Poskytnutí dávek není limitováno výší příjmu klienta.

Tyto peněžité dávky jsou doplňkem věcných dávek, je úkolem obce rozhodnout, jakou kombinací věcných a peněžitých dávek mohou být uspokojeny potřeby osob vyžadujících péči.

Neformálním pečovatelům, kterým poskytovaná péče vytváří „zvláštní zátěž“, je obcí vyplácena tzv. diskreční peněžitá dávka (omsorgslønn), o rozsahu této zvláštní zátěže i výši dávky rozhodují v každém konkrétním případě obce.

Dávky, které jsou při poskytování dlouhodobé péče poskytovány, jsou valorizovány podle výše inflace, nepodléhají zdanění a mohou být poskytovány v kombinaci s důchodovými dávkami, jinými dávkami i příjmy.¹⁰⁶

Celkem byla v roce 2013 poskytována péče 271 406 osobám, z toho byla poskytována:

■ domácí pomoc	40 991 osobám
■ domácí ošetrovatelská péče	75 011 osobám
■ domácí pomoc a domácí ošetrovatelská péče	63 856 osobám
■ krátkodobá péče v pobytových zařízeních	9 082 osobám
■ dlouhodobá péče v pobytových zařízeních	33 968 osobám
■ jiné domácí služby	48 498 osobám ¹⁰⁷

Doporučení pro Českou republiku

Norský systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče může být pro ČR inspirací pouze z hlediska možného poskytování celého spektra služeb z úrovně jednotlivých obcí. Samotná realizace těchto principů v praxi je však prakticky nerealizovatelná, neboť by vyžadovala provedení zásadní reformy veřejné správy v ČR, která by vyústila v zásadní snížení počtu obcí v naší zemi. V současné době je totiž v ČR podle výsledků Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2011 celkem 6 251 obcí, z toho 5 644 z nich má méně než 2 tisíce osob (v těchto obcích žije 28,2 % obyvatel). V těchto obcích lze obtížně prosazovat

¹⁰⁶ <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTablesSearchResultTree.jsp>.

¹⁰⁷ HORÁK, P., M. HORÁKOVÁ, M. L. SEEBERG, a J. T. JESSSEN. *Care policies and governance in Norway and the Czech Republic*. in Sirovátka T. a J. Válková. *Understanding care policies in changing times: experiences and lessons from the Czech republic and Norway*. Brno: Centre for the Study of Democracy and Culture Masaryk University, 2017. ISBN 978-80-7325-425-4.

sociální služby na profesionální úrovni, navíc obce s rozšířenou působností nemají žádnou povinnost ve své samosprávné působnosti poskytovat sociální služby pro občany, kteří žijí v malých obcích v jejich spádovém území.¹⁰⁸

Inspiraci lze v norském systému spatřovat v propojení systému organizace, financování a řízení služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče z místní úrovně. Český systém vychází z historických tradic, kdy jsou oba typy péče navzájem oddělené a za jejich organizaci zodpovídají jiná ministerstva. Vzhledem k problémům, které jsou v současné době identifikovány při poskytování služeb na lůžkách následné péče,¹⁰⁹ je však zřejmé, že pokud by mělo dojít k propojení obou typů péče, měly by základní principy jejich poskytování vycházet ze standardů kvality sociálních služeb, které garantují poskytování péče na podstatně vyšší úrovni, než je tomu na lůžkách následné péče ve zdravotnických zařízeních.

1.3.11 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Portugalsku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Portugalsko je republikou, dělí se na 18 distriktů¹¹⁰ v kontinentální části a dva autonomní regiony (Azory a Madeira), které jsou dále děleny do 308 obcí a 3 092 farností. Po reformě územně-správního

¹⁰⁸ PRŮŠA, L., P. BAREŠ, M. HOLUB a M. ŠLAPÁK. *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2015. ISBN 978-80-7416-234-3.

¹⁰⁹ *Léčebny pro dlouhodobě nemocné – Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. Brno: Veřejný ochránce práv, 2017. ISBN 978-80-87949-61-0. Dostupné z:

https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf.

¹¹⁰ Distrikty jsou Lisabon, Leiria, Santarém, Setúbal, Beja, Faro, Évora, Portalegre, Castelo Branco, Guarda, Coimbra, Aveiro, Viseu, Bragança, Vila Real, Porto, Braga a Viana do Castelo.

dělení v roce 2013 upadal význam distriktů na úkor nově vzniklých tzv. „meziokresních společenství“ a „metropolitních oblastí“. V kontinentálním Portugalsku existuje 21 meziokresních společenství a dvě metropolitní oblasti¹¹¹.

V roce 2019 mělo Portugalsko celkem 10,277 milionu obyvatel, do roku 2060 by měl počet obyvatel klesnout na 8,3 milionu. V roce 2018 činila střední délka života 78,3 let u mužů a 84,5 let u žen.

Legislativní rámec služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Oblast dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je upravena řadou zákonů a vyhlášek v oblasti sociálního pojištění, sociálního zabezpečení a národní zdravotní služby. K nejdůležitějším právním předpisům patří:

- zákon č. 90/2009 ze dne 31. srpna 2009, o systému zvláštní ochrany v případě zdravotního postižení, znovu vydaný v konsolidovaném znění zákonnou vyhláškou č. 246/2015 ze dne 20. října 2015, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 17 ze dne 6. března 2000, o sociální pomoci seniorům, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 448 ze dne 6. prosince 2006, o ochraně a podpoře práv osob se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů;
- zákon č. 2, o sociální pomoci;
- zákon č. 6/2009 ze dne 6. září, o statusu neformálního pečovatele;

¹¹¹ Meziokresních společenství jsou *Alentejo Central, Alentejo Litoral, Algarve, Alto Alentejo, Alto Minho, Alto Tâmega, Ave, Baixo Alentejo, Beira Baixa, Beiras e Serra da Estrela, Cávado, Douro, Lezíria do Tejo, Médio Tejo, Oeste, Região de Aveiro, Região de Coimbra, Região de Leiria, Tâmega e Sousa, Terras de Trás-os-Montes, Viseu Dão Lafões* + metropolitní oblast *Lisabonu*, metropolitní oblast *Porta*.

- zákonná vyhláška č. 101/06 ze dne 6. června 2006, o národní síti integrované kontinuální péče, znovu publikovaná v konsolidovaném znění v zákonné vyhlášce č. 136/2015 ze dne 28. července 2015;
- vyhláška č. 343/2015 ze dne 12. října 2015, o normách pro nemocniční a ambulantní pediatrickou péči v rámci národní sítě dlouhodobé integrované péče.

Služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Dávky na dlouhodobou péči jsou přiznávány osobám, které nemohou vykonávat samy každodenní činnosti a které potřebují nepřetržitou pomoc jiné osoby. Ve všeobecném systému sociálního zabezpečení mohou mít příjemci invalidního, starobního či pozůstalostního důchodu a zdravotně postižené děti nárok na dávky na dlouhodobou péči. V systému sociálního pojištění a v nepríspevkovém systému jsou rozlišovány dva stupně závislosti důchodců:

- do I. stupně patří osoby neschopné vykonávat samostatně základní každodenní činnosti;
- do II. stupně patří osoby, které jsou již v situaci závislosti prvního stupně a jsou navíc upoutané na lůžko nebo trpí vážnou demencí.

Zdravotně postižené děti musí být závislé do té míry, že vyžadují trvalou pomoc jiné osoby po dobu nejméně šesti hodin denně.

Věcné dávky mohou být poskytovány formou domácí péče nebo částečné či úplné ústavní péče. Domácí péče zahrnuje například každodenní péči, zajištění osobního pohodlí, úklid, dovážku jídla a doprovod k lékaři. Opatrovnické rodiny zajišťují dočasné nebo trvalé začlenění seniorů nebo zdravotně postižených dospělých, starají se o splnění jejich základních potřeb včetně zdravotní péče.

Částečná ústavní péče může být poskytována v různých formách. Noční stacionáře poskytují ubytování seniorům, kteří jsou opuštěni a potřebují pomoc v průběhu noci od 18.00 do 8.00 hod. Denní stacionáře pečují o seniory nejméně osm hodin denně. Centra denní péče a podpory nezávislosti poskytují pomoc po dobu osmi hodin denně. Chráněné dílny pečují o osoby s vážným zdravotním postižením a centra pro sociální a pracovní opatření o osoby s méně závažnými duševními poruchami. Domy pečovatelské služby pro přechodný pobyt se starají o zdravotně postižené děti a mladistvé od 6 do 16 let věku.

Ústavní péče je poskytována v různých typech ústavů:

- domy pečovatelské služby pro trvalý pobyt seniorů, kteří jsou nebo se mohou stát vážně závislími;
- domovy pro osoby starší 16 let s trvalým nebo dočasným zdravotním postižením;
- centra pro podporovaný život pro osoby s trvalým duševním zdravotním postižením;
- chráněná centra pro dospělé, kteří trpí vážnými psychickými poruchami, které se pravděpodobně stanou trvalými;
- centra pro nezávislý život pro podobné dospělé, kteří si zachovávají určitý stupeň nezávislosti;
- dočasná pečovatelská centra pro naléhavé případy pro seniory v obtížných sociálních situacích.

Léčebnou rehabilitaci následující po hospitalizaci poskytují sanatoria a centra pro středně dlouhou rehabilitaci, která nabízejí i sociální a psychologickou podporu. Dlouhodobá a podpůrná centra jsou určena k sociální podpoře a udržovací léčbě osob trpících chronickými patologickými stavy. Centra pro paliativní péči poskytují podporu a pomoc v nemocničním prostředí nevyléčitelně nemocným.

Integrovaným podpůrným opatřením, které spojuje vzdělávací, zdravotní a sociální pomoc dětem do šesti let, které jsou zdravotně postižené, nebo jim hrozí vysoké riziko mentální retardace, je předškolní intervence.

Síť dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je organizována na regionální a místní úrovni.

Příjemcům invalidního, starobního a pozůstalostního důchodu ze všech systémů, kteří potřebují trvalou pomoc jiné osoby, je vyplácen příspěvek na dlouhodobou péči. Výše této měsíčně vyplácené dávky závisí na výši sociálního důchodu a na stupni invalidity, v současné době činí 105,9 eur v I. stupni závislosti nebo 190,61 eur ve II. stupni závislosti, vyplácí se 14krát ročně (vč. bonusu na Vánoce a na dovolenou).

Příspěvek na pomoc jiné osoby je měsíční dávka přiznávaná zdravotně postiženým dětem. V roce 2020 činí její výše 110,41 eur měsíčně. Doplněk dlouhodobé péče se vyplácí příjemcům zdravotního postižení, seniorům a pozůstalým, kteří potřebují trvalou pomoc třetí strany, výše dávky činí 95,31 eur nebo 180,02 eur měsíčně v závislosti na stupni závislosti.¹¹²

Ve všeobecném systému sociálního zabezpečení i v nepříspěvkovém systému určují neschopnost z hlediska sociálního zabezpečení lékařské komise. V rámci systému sociálního zabezpečení a národní zdravotní služby působí lékařské týmy v národní síti integrované dlouhodobé péče.

¹¹² <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>

Dávky na dlouhodobou péči poskytují zejména profesionální poskytovatelé, kteří patří do národní sítě integrované dlouhodobé péče.

Mezi profesionální poskytovatele patří různé typy právnických osob, jako jsou nemocnice, zdravotní střediska, okresní centra sociálního zabezpečení, soukromé ústavy sociální solidarity, nevládní organizace, orgány místní správy a ziskové organizace. Neformální péče je uznávána, nikoli však do takové míry, aby představovala rozhodující faktor v možnosti ponechat osoby v jejich domovech. Neformální pečovatelé jsou obvykle rodinní příslušníci, přátelé, sousedi závislých osob a dobrovolníci. Status neformálního pečovatele byl schválen v roce 2019, rozsah finanční pomoci těmto osobám je ověřován během pilotních experimentů v roce 2020.

Závislost se posuzuje na základě konkrétního hodnocení schopnosti dané osoby nezávisle vykonávat základní každodenní činnosti (např. vedení domácnosti, pohyb po domě a osobní hygienu). Uvedená schopnost příjemců příplatku na dlouhodobou péči může být na základě jejich žádosti nebo na základě rozhodnutí příslušné instituce znovu přezkoumána.¹¹³

Doporučení pro Českou republiku

Z dostupných informačních zdrojů je zřejmé, že v Portugalsku jsou služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče poskytovány v typologicky stejném rozsahu, jako je tomu u nás. Inspiraci lze

¹¹³ Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Portugalsku.

Dostupné z: https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Portugal_cs.pdf.

hledat zejména v pravidelné valorizaci výše příspěvků poskytovaných osobám vyžadujícím služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a v možnosti otestovat v praxi výši a podmínky hmotného zabezpečení pečujících osob.

1.3.12 Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v Estonsku

Administrativně-správní členění země, struktura obyvatelstva

Estonská republika je rozdělena na 15 administrativních jednotek — krajů¹¹⁴, které se člení na samosprávné celky, jimiž mohou být buď samosprávná statutární města, nebo obce nemající městský status, které mohou sestávat z jednoho nebo více sídel. Sídla se podle velikosti, významu a historické tradice dělí na města, městyse, městečka, vesnice a usedlosti. Většina měst a městysů tvoří samostatnou samosprávnou jednotku, zatímco městečka, vesnice a usedlosti bývají v samosprávné obce sdruženy s dalšími okolními sídly.

K 1. lednu 2020 měla Estonská republika celkem 1,329 milionu obyvatel, z toho v předproduktivním věku do 14 let bylo 16 % osob, ve věku 15–64 let bylo 64 % osob a v poproduktivním věku bylo 20 % osob. Do roku 2060 by měl počet obyvatel klesnout na 1,2 milionu osob. V roce 2018 činila průměrná střední délka života u mužů celkem 74 let a u žen 82,7 let.¹¹⁵

¹¹⁴ Kraji jsou Harjumaa, Hiiumaa, Ida-Virumaa, Järvamaa, Jõgevamaa, Läänemaa, Lääne-Virumaa, Pärnumaa, Põlvamaa, Raplamaa, Saaremaa, Tartumaa, Valgamaa, Viljandimaa a Võrumaa.

¹¹⁵ Estonsko: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/estonsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/>.

Legislativní rámec služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Dlouhodobá péče je poskytována v rámci systémů zdravotní péče a sociálního zabezpečení. Systém zdravotní péče poskytuje ústavní a domácí ošetrovatelskou péči, systém sociální péče se dělí na služby poskytované státem a na služby poskytované nebo organizované místními vládami. Systém sociální péče obecně poskytuje různé typy služeb dlouhodobé péče – rezidenční, ambulantní služby denní péče a domácí služby. Dlouhodobé služby poskytované na národní úrovni jsou určeny pouze pro osoby s duševními poruchami, místní samosprávy organizují péči o seniory a služby pro osoby se zdravotním postižením.

Systém zdravotní péče je založen na povinném solidárním pojištění a všeobecném přístupu ke zdravotnickým službám poskytovaným poskytovateli působícími podle soukromého práva. Systém sociální péče je založen na univerzálním přístupu k sociálním službám.

Některé specifické výhody pro neformální pečovatele poskytují místní samosprávy.

Služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Systém dlouhodobé péče v Estonsku se skládá z ošetrovatelské a ze sociální péče. Služby lze rozdělit na komunitní služby, kde je příjemci poskytována podpora v jeho vlastním bytě, a na institucionální služby, při jejichž poskytování je péče poskytována příjemci v pobytových zařízeních. Místní vlády přitom určují spektrum domácích služeb a příslušné podmínky pro jejich získání. Jednotlivé obce poskytují v případě potřeby sociální bydlení nebo pomáhají osobám, které

potřebují pomoc při přizpůsobení bydlení, nebo jim pomáhají vhodné bydlení najít.

Institucionální péče je poskytována v zařízeních sociální péče, které poskytují příjemcům přiměřenou péči podle jejich stupně závislosti a jejich věku.

Na podporu neformální péče je místními vládami vyplácen příspěvek pečovatele opatrovníkům nebo osobám pečujícím o zdravotně postižené osoby starším 18 let.

Rozvoj domácí ošetrovatelské péče je stále v rané fázi především kvůli problémům souvisejícím s financováním této péče. Domovy s pečovatelskou službou nejsou součástí systému zdravotní péče, a proto v zásadě neposkytují lékařské služby.

Rozsah potřeby péče posuzuje místní sociální pracovník, který přitom bere v úvahu vedle potřeb vyplývajících ze závislosti rovněž preference potenciálního příjemce a jeho rodiny. Potřebu ošetrovatelské péče hodnotí lékař (praktický lékař nebo lékař specialista). Lékaři se zapojují, aby posoudili způsobilost, nikoli aby poskytovali dlouhodobou péči. Interdisciplinární hodnotící tým provádí posouzení úrovně závislosti příjemce a na základě toho nastaví osobní ošetrovatelský plán péče. Tento tým se skládá z lékařů se specializací na geriatrii, zdravotní sestry, sociálního pracovníka a dalších odborníků.

Existují tři stupně postižení podle věku. U dítěte do 16 let a u osob v důchodovém věku se stupeň zdravotního postižení určuje na základě potřeby osobní asistence, vedení a dohledu. Pokud osoba

vyžaduje nepřetržitou péči po celý den, jedná se o absolutní postižení, v případě, že péči vyžaduje každý den, jedná se o těžké zdravotní postižení a v případě, kdy péči vyžaduje alespoň jednou týdně, jedná se o mírné zdravotní postižení.

U osoby v produktivním věku (od 16 do důchodového věku) se stupeň zdravotního postižení určuje na základě omezení účasti na každodenních činnostech a společenském životě. V případě, kdy je osoba v těchto činnostech úplně omezena, se jedná o absolutní postižení, pokud existují určitá omezení, jedná se o těžké zdravotní postižení, a v případě, kdy neexistuje žádné omezení, se jedná o mírné postižení.

Služby dlouhodobé péče jsou financovány obcemi, rozpočet se skládá hlavně z podílu daní z příjmu, který jim přidělila centrální vláda. Služby komunitní péče obvykle nevyžadují spoluúčast jednotlivce nebo jeho rodiny. V domovech ústavní péče se příjemci péče podílejí na krytí nákladů až 65 %, vláda však v rámci sociální pomoci hradí veškeré náklady příjemcům a jejich rodinám, pokud nemají dostatek finančních prostředků.

Poskytovateli služeb mohou být organizace soukromého sektoru, nevládní instituce, organizace místní samosprávy, státní nadace (většinou v systému zdravotní péče) nebo společnosti spravované státem. Požadavky na veřejně financované poskytovatele dlouhodobé péče upravuje zákon o sociální péči a další předpisy, jako je ochrana zdraví v ústavech péče. Poskytovatelé musí splnit tyto hlavní podmínky:

- musí být držiteli licence k poskytování dlouhodobé pobytové pečovatelské služby, která je udělována estonskou radou sociálního pojištění od roku 2020;
- musí mít zpracovaný podrobný plán péče;
- musí být držitelem kvalifikace „pečovatel“ nebo jiné odborné kvalifikace.

Místní vlády ve svých předpisech upravují podmínky týkající se peněžitých dávek pro neformální pečovatele. V souladu se zákonem o rodinném právu jsou dospělí předci a potomci příbuzní v prvním a druhém stupni povinni poskytovat výživné. Na základě tohoto ustanovení některé místní vlády nevyplácejí peněžitě dávky neformálním pečovatelům. Některé místní orgány poskytují úlevovou péči s cílem podporovat neformální pečovatele.

Poskytovateli domácí ošetrovatelské péče jsou nemocnice, organizace soukromého sektoru, osoby samostatně výdělečně činné, nevládní instituce a instituce místní správy s licencí k poskytování těchto služeb. Domácími poskytovateli služeb jsou místní samosprávy, soukromé a nevládní organizace nebo osoby samostatně výdělečně činné. Služby zvláštní péče poskytují orgány s licencí poskytování na tyto služby, může se jednat o organizace ze soukromého nebo nevládního sektoru, státní společnosti nebo nadace. Poskytování služeb není časově limitováno, služby jsou poskytovány po celou dobu potřeby na základě provedeného posouzení.

Ambulantní služby jsou zpravidla poskytovány místními vládními nemocnicemi. Denní péči zajišťují denní centra, kde jsou během dne nabízeny sociální služby, osobní rozvoj a zájmové činnosti, senioři nebo zdravotně postižené osoby mohou tato zařízení navštěvovat dle vlastní potřeby. Denní centra nabízejí také služby pro lidi s demencí.

Geriatrické hodnocení a ošetrovatelská péče jsou hrazeny z estonského fondu zdravotního pojištění, který navrhuje různorodé schéma financování toho, co je nad rámec zdravotní péče. Spolu s omezenými rozpočty místní správy tak dochází k významným finančním omezením dlouhodobé péče. Díky tomu čelí dlouhodobá péče nedostatku lůžkových kapacit a personálu.

Preventivní ani rehabilitační opatření nejsou v Estonsku součástí dlouhodobé péče, tato opatření jsou součástí zdravotní péče.

V posledních letech klade Estonsko důraz na zajištění fiskální udržitelnosti výdajů na dlouhodobou péči a na zvýšení její dostupnosti. V tomto smyslu jde o to, nastavit mix veřejného a soukromého financování (uvažuje se o možnosti zavedení soukromého pojištění dlouhodobé péče) a rozšiřovat domácí péči tak, aby bylo možné čelit rostoucímu počtu závislých osob. Přitom má být kladen důraz na optimalizaci rozsahu poskytované péče adekvátně potřebám seniorů a zdravotně handicapovaných občanů. V tomto smyslu má být kladen důraz na poskytování efektivní domácí péče a na zlepšení podpory rodinných pečujících např. prostřednictvím flexibilních pracovních podmínek, zajištěním respitní péče, náhradou ušlé mzdy nebo krytím výdajů vzniklých v důsledku poskytování péče a finančním zajištěním pečujících osob¹¹⁶.

Doporučení pro Českou republiku

Z dostupné odborné literatury je zřejmé, že Estonsko v současné době řeší při poskytování dlouhodobé péče obdobné problémy jako Česká republika. Z tohoto pohledu se jeví jako účelné sledovat postup realizace uvažovaných změn a sledovat poznatky získané z jejich aplikace v praxi. Z kvantitativních hledisek je vybavenost Estonska místy v pobytových zařízeních dlouhodobé péče na vyšší úrovni, než je tomu v naší zemi, z tohoto pohledu je proto vhodné vzít si inspiraci z přístupu, který k řešení existujících problémů Estonsko volí. K tomu, aby bylo možno doporučit v naší zemi realizaci konkrétního řešení, není v odborné literatuře dostatek informací.

¹¹⁶ *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019. ISBN 978-92-79-98852-3.

2

Systémy dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a zavádění inovativních přístupů pohledem dotázaných expertů z vybraných zemí

V rámci projektu byla klíčová pozornost věnována realizaci dotazníkového šetření mezi experty ve vybraných zemích s cílem inspirovat se zahraniční praxí v oblasti dlouhodobé péče. Je zřejmé, že tento záměr vyžadoval kromě samotného popisu inspirativních forem dlouhodobé péče (long term care = LTC) zpracování také alespoň rámcové charakteristiky systému v dané zemi, zachycení obecnějších i specifických podmínek pro zavádění inovativních postupů a služeb do praxe. V neposlední řadě pak vyžadoval samotnou charakteristiku nových forem LTC zaváděných aktuálně do praxe a zmapování dosavadních zkušeností s těmito formami.

Pojem dlouhodobá péče je přitom vymezen poměrně obecně a jako takový zahrnuje značné množství institucionálních forem určených pro poskytování péče. Liší se také způsob ukotvení dlouhodobé péče v sociálně-politických systémech, vč. mechanismů a opatření na její podporu. Z těchto důvodů jsou systémy dlouhodobé péče velmi různorodé a jejich uspořádání se odvíjí od uspořádání, fungování a financování systémů sociálního zabezpečení a zdravotnictví, je ovlivněno řadou důležitých národních institutů, jako jsou např. sociálněpojistné systémy, systém zdravotního pojištění, míra (de)centralizace systému sociální správy, vč. kompetencí regionálních a lokálních samospráv atd.

Získané poznatky vycházejí z reflexe situace v této oblasti ve 12 vybraných zemích, které se přitom velmi odlišují uspořádáním svých systémů pro zajištění LTC i způsobem jejich ukotvení v systémech zdravotní péče a/nebo sociální ochrany, a to jak mezi sebou navzájem, tak zpravidla i od uspořádání a ukotvení systému dlouhodobé péče v ČR. Záměrem přitom primárně není podrobnější rozbor jednotlivých popisovaných přístupů a forem zajištění dlouhodobé péče nebo možností jejich zavádění do českých podmínek, ale především přiblížení klíčových podmínek a stěžejních perspektiv důležitých pro zavádění inovativních přístupů a nových trendů. Klíčové okolnosti předurčující fungování systému LTC a možnosti zavádění inovativních přístupů totiž odrážejí širší škálu obecnějších společenských, politických a ekonomických podmínek nebo trendů a spoluurčují je proměny, jimiž soudobé společnosti procházejí v souvislosti s probíhajícími technologickými změnami.

Pro získání relevantních informací o systémech LTC v jednotlivých zemích, resp. o inovativních přístupech k poskytování této péče se jako vhodný nástroj ukazoval expertní dotazník vyplněný zahraničními korespondenty. Vzhledem k různorodosti národních obsahů pojmu dlouhodobá péče, lišícím se podmínkám pro její poskytování i odlišným předpokladům pro zavádění inovativních postupů v této oblasti v jednotlivých zemích v dotazníku dominovaly otevřené otázky, v rámci nichž mohli zástupci jednotlivých zemí odpovídajícím způsobem charakterizovat konkrétní kontext v příslušné zemi i stěžejní specifické charakteristiky systému LTC, prostor pro inovace v této oblasti atd.

Kvůli existenci řady podstatných rozdílů mezi sledovanými zeměmi nemohlo ani použití dotazníkového formuláře u většiny otázek zajistit plnou srovnatelnost získaných odpovědí, je ale zřejmé, že použití dotazníku s výraznou převahou otevřených otázek umožnilo získat více standardizované odpovědi, než by tomu bylo při řízeném rozhovoru. Zároveň platí, že pro potřeby zjištění poznatků z různých zemí je dotazník s převahou otevřených otázek vhodnější než řízený rozhovor také proto, že řízené rozhovory s experty na sledovanou problematiku by patrně vůbec nebylo možné realizovat v obdobném rozsahu jako v případě dotazníkového šetření. Při korespondenční formě jsou navíc získané poznatky mnohem méně ohroženy rizikem zkreslení, které by při používání jiného než mateřského jazyka tazatelem a dotazovaným bylo při mluvené řeči bezpochyby větší, než tomu je při písemném vyplňování odpovědí na otázky, jejichž české i anglické znění bylo dostatečně prodiskutováno v rámci přípravy dotazníku a u kterých byl zajištěn profesionální překlad do angličtiny.

V rámci korespondenčního dotazníkového šetření mezi zahraničními experty byly zjišťovány odpovědi na otázky spadající do těchto tematických okruhů:

- základní údaje o organizaci, kterou dotázaní experti zastupovali;
- možnosti vlivu této organizace na společenské a politické podmínky pro fungování LTC;
- základní charakteristika systému LTC v příslušné zemi (v tomto smyslu tato pasáž doplňuje informace o systémech dlouhodobé péče v jednotlivých zemích, které jsou uvedeny v předchozí kapitole);
- celkové hodnocení systému LTC v dané zemi;
- předpoklady pro zavádění inovací v rámci systému LTC;
- veřejná diskuse a příprava legislativy umožňující zavádění inovativních forem LTC;
- nové formy LTC uvedené do praxe za posledních pět let.

Okruh oslovených expertů byl navržen ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR, která velmi úzce spolupracuje s obdobnými subjekty v zahraničí. Bylo vytipováno celkem 12 zemí (Belgie¹¹⁷, Estonsko, Francie, Holandsko, Itálie, Izrael, Německo, Norsko, Portugalsko, Rusko, Slovensko a Švédsko), ve kterých byly osloveny organizace, které se problematice dlouhodobé péče dlouhodobě věnují. Okruh zahraničních respondentů, od nichž byly získány požadované informace, tak zahrnoval kromě zemí reprezentujících členské státy EU i další země tak, aby byly získány i informace o systémech v zemi, kde je dlouhodobě kladen silný důraz na inovace a která má i velmi rozvinuté mechanismy na podporu inovativních postupů (Izrael), nebo tam, kde

¹¹⁷ V dalším textu uváděné charakteristiky se týkají Vlámského regionu.

mezinárodní komparace může do srovnání vnést další hlediska, která nemusejí být platná nebo dostatečně zřetelná u členských zemí EU. Z členských zemí EU tak bylo možné tři z nich vnímat jako země nacházející se v západní části Evropy (Belgie, Francie, Holandsko), dvě reprezentovaly středoevropský prostor (Německo, Slovensko), dvě jižní Evropu (Itálie, Portugalsko) a dvě severní Evropu, resp. Skandinávii a Pobaltí (Estonsko, Švédsko). Uvedené země přirozeně není možné schematicky přiřadit pouze k některé z uvedených kategorií (např. Norsko rovněž náleží mezi skandinávské země a toto hledisko může být důležitější než to, že není členem EU, Německo může být současně chápáno jako součást střední i západní části Evropy dle zvoleného přístupu apod.). Tato charakteristika je tedy uvedena pouze pro ilustraci značné různorodosti těchto zemí.¹¹⁸

Vysoká variabilita zemí zařazených do srovnání výrazným způsobem předurčila i způsob vyhodnocení poznatků. Při hodnocení jednotlivých odpovědí na většinu sledovaných otázek byly primárně seskupeny shodné či podobné odpovědi, ke kterým byl uveden výčet zemí, jichž se daná skupina odpovědí týkala, případně byl u každé z těchto tematických kategorií v tabulkových přehledech uveden výčet dalších podrobných odpovědí za jednotlivé země.

V případě vyhodnocení několika otázek se jako vhodnější naopak jevilo prezentovat společně celou korespondenty uvedenou odpověď a odpovědi korespondentů neseskupovat do společných kategorií.

¹¹⁸ Je zřejmé, že vyjmenované země reprezentují země s odlišným celkovým uspořádáním sociálněpolitických systémů i jejich odlišnou genezi, což jsou faktory, které podstatným způsobem determinují i přístup k systémům LTC v příslušné zemi, země zahrnuté do výzkumu se totiž vyznačují charakteristikami odpovídajícími odlišným modelům sociální politiky z hlediska jejich typologického rozlišení (více k typologii modelů sociální politiky viz např. KREBS, V. a kol. Sociální politika. Praha: ASPI, 2007. ISBN: 978-80-7357-276-1).

To se týkalo situací, kdy se odpovědi dvou nebo více korespondentů postihující určité společné charakteristiky v jiných důležitých ohledech výrazněji lišily a kdy bylo vhodné přiblížit všechny charakteristiky jednotlivých sledovaných zemí společně. V těchto případech byly odpovědi řazeny podle zemí abecedně.

Zatímco prezentace zjištěných dat podle jednotlivých identifikovaných a rozlišených témat umožňuje popis sledovaného tématu podle stěžejních okolností a perspektiv a je díky němu možné identifikovat charakteristiky a podmínky, které lze považovat za klíčové při snaze o zavádění inovací v systému LTC, prezentace poznatků podle jednotlivých zemí zprostředkovává ucelenější představu o charakteristikách sledovaných zemí a umožňuje zachycení jejich variability a alespoň rámcové podchycení nejdůležitějších rozdílů mezi nimi. První z obou přístupů tak má za cíl spíše identifikaci a popis významných determinant a podstatných charakteristik, druhý uvedený způsob prezentace údajů je vhodný např. u přehledu služeb nebo zařízení působících v systému LTC v každé zemi. Tento přístup byl použit také v případech, kdy charakter získaných odpovědí neumožnil odpovídající klasifikaci odpovědí nebo by případná klasifikace odpovědí vedla k nežádoucímu omezení variability odpovědí a ke snížení ilustrativnosti dotazníkovým šetřením získaných informací (nicméně toto riziko snížení variability a ilustrativnosti odpovědí při snaze o jejich klasifikaci se týkalo jen některých zjišťovaných otázek, v ostatních případech proto naopak bylo možné uplatnit první popsany postup). Tento postup prezentace dat byl používán také tehdy, pokud bylo potřebné preferovat snahu o komplexní popis situace v dotázaných zemích a vyhnout se útržkovitě nebo roztržštěné prezentaci dat, k níž by došlo při použití prvního uvedeného postupu.

2.1 Základní charakteristika dotázaných institucí

Oslovení experti v jednotlivých zemích reprezentovali organizace vykonávající zpravidla velmi široké spektrum různých aktivit. Z charakteristik uvedených korespondenty, respektive jimi uvedených webových odkazů bylo zároveň patrné, že jednotlivé agendy se značně prolínají, že jedna organizace vykonávala často současně více různých agend nebo že určitou organizaci nelze jednoznačně přiřadit pouze k určité kategorii. Uvedený přehled různých agend je tak poměrně schematický a nemusí zcela vyčerpávat okruh vykonávaných činností, i přesto však zprostředkovává alespoň rámcovou informaci o okruhu dotázaných organizací.

Na základě odpovědí korespondentů bylo možné rozlišit tato zaměření jejich organizace z hlediska jejich hlavních činností nebo agend:¹¹⁹

- rozvoj politik na státní úrovni (Estonsko – korespondent reprezentoval centrální instituci veřejné správy – ministerstvo zodpovědné za LTC);
- platforma pro sdružování poskytovatelů sociálních služeb či podobných organizací na národní nebo mezinárodní úrovni (Belgie, Francie, Slovensko);
- zajištění služeb v oblasti dlouhodobé péče (Francie, Holandsko, Itálie, Švédsko), včetně specializované léčby osob vyžadujících služby dlouhodobé péče (Izrael);

¹¹⁹ Doslovné znění otázky č. 29 dotazníku v češtině: „V rámci tohoto dotazníkového šetření byly osloveny instituce a organizace s poměrně odlišným zaměřením. Uveďte proto, prosím, hlavní činnosti, kterým se Vaše instituce nebo organizace věnuje, popřípadě stěžejní agendy, které v souvislosti s těmito činnostmi vykonáváte. Současně v následujícím poli také, prosím, uveďte webové stránky, na nichž lze zjistit více informací o Vaší instituci nebo organizaci.“

- vzdělávací aktivity pro členské organizace, odborníky apod. (Francie, Rusko, Slovensko);
- advokační služby v oblasti LTC, právní a administrativní podpora členským organizacím v oblasti LTC, podpora organizací při jednání s politiky, prosazování práv seniorské generace apod. (Francie, Portugalsko, Rusko, Slovensko);
- další služby a aktivity podporující organizace LTC v dalších ohledech (např. různé technické služby apod. – Německo, Portugalsko);
- výzkum a inovace (inovace týkající se jak služeb, tak produktů – Norsko).

Někteří korespondenti tak reprezentovali organizace přímo poskytující LTC, zatímco další zastupovali organizace sdružující poskytovatele LTC nebo zajišťující pro ně jiné druhy služeb. Tuto okolnost je potřebné zohlednit i v otázce zaměřené na okruh zajišťovaných aktivit.¹²⁰

V pěti zemích bylo z odpovědí na předchozí otázku zřejmé, že aktivity uvedené korespondentem vyvíjí jím reprezentovaná organizace, tj. v jednom případě ministerstvo zodpovědné za LTC (Estonsko) a ve čtyřech případech organizace přímo poskytující LTC (v Holandsku, Itálii, Izraeli a Švédsku). U dalších pěti korespondentů (Belgie, Portugalsko, Norsko, Rusko, Slovensko) naznačovaly odpovědi na předchozí otázku, že okruh činností realizovaných v oblasti LTC je patrně realizován spíše členskými organizacemi sdruženými v jejich organizaci. Z odpovědí dvou korespondentů (Francie, Německo) nebylo zřejmé, zda se přehled činností uvedených

¹²⁰ Doslovné znění otázky č. 30 dotazníku v češtině:

„V následujícím seznamu, prosím, vyberte všechny druhy služeb, jež zajišťuje Vaše organizace, nebo je zajišťují organizace sdružené ve Vaší asociaci.“

v této otázce týká přímo organizace, již dotázaný reprezentuje, nebo jejích členských organizací.

Organizace reprezentované korespondenty nebo organizacemi sdruženými v jejich asociaci zajišťovaly nejčastěji pobytové sociální služby (uvedeno sedmi dotázanými), ambulantní sociální služby (stacionáře), sociální služby poskytované v domácnostech (obojí uvedeno šestkrát) a pobytové zdravotní služby nebo lůžkovou zdravotnickou péči (obojí uvedeno pětkrát). Ambulantní zdravotní služby (stacionáře), stejně jako zdravotní služby poskytované v domácnostech zajišťovaly tři dotázané organizace (případně organizace sdružené v korespondentem reprezentované organizaci). Sedm organizací (členů asociace) realizovalo další typy aktivit nebo plnilo různé další funkce (rozvoj politik na státní úrovni, různé technické služby, plnění role zastřešující organizace pro poskytovatele sociálních služeb, reprezentace zájmů na úrovni EU, výzkum a inovace (služeb a produktů).

Pět dotázaných organizací mělo mezinárodní nebo evropskou působnost¹²¹ (Belgie, Holandsko, Itálie, Německo, Norsko), šest národní (Estonsko, Francie, Izrael, Portugalsko, Rusko, Slovensko) a jedna lokální (Švédsko). Z dvanácti dotázaných organizací jich devět uvedlo, že jejich organizace je aktivní při prosazování legislativních změn (aktivity v této oblasti nevyvíjely organizace sídlící v Itálii a v Izraeli, korespondent z Estonska u této otázky neuvedl odpověď, byť v tomto případě koncipování legislativních opatření bezpochyby představuje jednu ze stěžejních agend jím

¹²¹ Doslovné znění otázky č. 35 dotazníku v češtině: „Označte, prosím, územní rozsah působení Vaší organizace (vyberte, prosím, nejvýše postavenou možnost, která se Vás týká)“ (možnosti odpovědi: 1. evropská nebo mezinárodní úroveň, 2. národní úroveň, 3. regionální úroveň, 4. lokální úroveň).

reprezentované instituce)¹²². Aktivitu zaměřenou na podporu, metodické vedení nebo vzdělávání¹²³ vyvíjely všechny organizace.

2.2 Základní charakteristiky systému LTC v dotázaných zemích

Možnosti zavádění inovací v oblasti dlouhodobé péče závisí na straně jedné na nastavení obecnějších schémat na podporu inovací v různých sektorech ekonomiky, na straně druhé jsou do značné míry přirozeně podmíněny i aktuálním uspořádáním systému dlouhodobé péče v dané zemi. Je zřejmé, že v tomto druhém ohledu může situace v jednotlivých zemích vykazovat značné množství odlišností v řadě různých parametrů a pro každou zemi mohou být charakteristické velmi rozličné specifické prvky. Z těchto důvodů byli korespondenti hned v úvodu dotazování požádáni o charakteristiku systému dlouhodobé péče v jejich zemi, jež přitom popsali postupně z těchto čtyř základních hledisek:

- finanční nástroje určené osobám (pojištění, nepojistné dávky apod.);
- služby, zařízení – profesionální (regulované) služby;
- pečující osoby – profesionálové, osoby poskytující péči neformálně (soukromě);
- další nástroje na podporu rozvoje dlouhodobé péče na národní, regionální nebo lokální (municipální) úrovni nebo na podporu příjemců dlouhodobé péče.¹²⁴

¹²² Doslovné znění otázky č. 31 dotazníku v češtině: „Prosazuje Vaše organizace v oblasti svého působení změny legislativy?“

¹²³ Doslovné znění otázky č. 34 dotazníku v češtině: „Vývíjí Vaše organizace aktivity, jejichž cílem je podpora, metodické vedení nebo vzdělávání členských nebo jiných organizací (např. pořádání odborných seminářů, propagační aktivity, vydavatelská činnost apod.)? Pokud ano, specifikujte, prosím, tyto aktivity podrobněji.“

¹²⁴ Doslovné znění otázky č. 1 dotazníku v češtině: „Pojem dlouhodobá péče je definován v metodice SHA 2011 WHO (<https://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>), přičemž okruh nástrojů, které do této

Finanční nástroje, které jsou určeny osobám, jako např. pojištění nebo pojistné dávky, korespondenti charakterizovali z těchto několika stěžejních perspektiv:

- konstatování neexistence takových nástrojů na národní úrovni, případně ve výrazně decentralizovaných systémech státní správy jejich neexistence v regionu, jehož situaci korespondent charakterizoval;
- tematizace regionálních odlišností v rámci systému LTC týkajících se i finančních nástrojů, přiblížení role a významu národních, respektive regionálních finančních nástrojů, vymezení jejich působnosti či rozdělení jejich kompetencí apod.;
- vymezení nebo rozlišení typu finančních nástrojů, případně jejich klasifikace, podle základního principu pro vznik nároku na jejich čerpání (rozlišení pojistných a nepojistných dávek), podle zdroje financování (rozpočty, dotace) či statusu nebo klíčových charakteristik instituce, která je spravuje (veřejnoprávní/soukromoprávní, národní/regionální/obecní, vyjmenování okruhu konkrétních subjektů podílejících se na poskytování péče);
- specifikace principů, které byly vnímány jako stěžejní při koncipování finančních nástrojů;
- specifikace účelu, na který jsou finanční prostředky poskytovány, okruh beneficentů, okruh prioritních oblastí podpory;
- specifikace významu jednotlivých uvedených nástrojů v systému (zda jde o jeden z hlavních nástrojů financování, nebo má v systému LTC spíše okrajový význam);

kategorie spadají, již každá země vymezuje samostatně. Charakterizujte, prosím, v krátkosti jednotlivé typy nástrojů zajištění dlouhodobé péče ve Vaší zemi, případně uveďte také odkazy na národní dokumenty, ve kterých je okruh těchto nástrojů specifikován.“ K této obecné otázce byla následně přiřazena čtyři základní hlediska vyjmenovaná v tomto výčtu (i ve zde uvedeném seznamu se jedná o jejich doslovné znění v češtině) a u každého z nich byl ponechán prostor pro samostatnou odpověď.

- podrobná deskripce uvedených finančních opatření, uvedení určitých stěžejních parametrů a charakteristik, jako např. podmínek pro získání nároku na určitý příspěvek, otázka povinné účasti v pojistném systému nebo vzájemné srovnání významu povinných a soukromých pojistných systémů v rámci systému LTC.

Charakteristiky uváděné korespondenty jsou shrnuty v následující tabulce, ve které byly jednotlivé kategorie odpovědí zařazeny do výše uvedených tematických okruhů (přičemž poslední čtyři uvedené perspektivy byly v tabulce shrnuty v rámci jedné kategorie).

kategorie uváděných výroků (hodnocená perspektiva)	uváděné charakteristiky systému LTC, resp. role finančních nástrojů určených osobám v tomto systému
v zemi/regionu chybějí nástroje tohoto typu speciálně zaměřené na LTC ¹²⁵	• neexistence na národní úrovni (Estonsko, Portugalsko, Slovensko) • neexistence v příslušném regionu (Itálie)
souvvislosti s administrativním uspořádáním země (regionální odlišnosti, vymezení působnosti, rozdělení kompetencí apod.)	• provoz služeb LTC je financován převážně z federálního rozpočtu, část prostředků na jejich provoz pochází z dotací z regionálních programů na podporu péče o osoby, které mají obtíže při sebeobsluze (Rusko) • specifické právní předpisy pro oblast LTC jsou výhradně v působnosti každého z 21 regionů (Itálie), respektive jde o 4 diferencované systémy odrážející členění země podle komunitního a regionálního principu (Belgie – na federální úrovni regulovaný systém sociálního zabezpečení a schémata sociální pomoci) • LTC je regulována na národní úrovni, municipalitám ale příslušejí určité kompetence jako např. povinnost municipalit posuzovat potřeby starších osob a poskytovat služby (Švédsko), nebo částečné financování LTC obcemi (Holandsko)
vymezení, základní rozlišení finančních nástrojů, případně jejich základní charakteristiky (dávky pojistné a nepojistné, zdroj financování)	• zmíněno pouze pojistné financování (Izrael – existuje veřejné i soukromé) • financování na národní úrovni částečně z daní a částečně na bázi pojištění: veřejné pojištění i spoluúčast pojištěn (Holandsko), vzájemné zdravotní pojištění a doplňkové univerzální zdravotní pojištění pro lidi v chudobě (Francie), existence pojistných a nepojistných dávek (Německo, Norsko; v Německu včetně dávek poskytovaných v rámci systému pojištění na zajištění dlouhodobé péče)

vymezení, základní rozlišení
finančních nástrojů, případně
jejich základní charakteristiky
(dávky pojistné a nepojistné,
zdroj financování)

- financování na národní úrovni pouze z daní (Estonsko, Portugalsko, Rusko, Slovensko, Švédsko)¹²⁶
- financování na regionální úrovni částečně z daní a částečně na bázi pojištění (Vlámský region Belgického království)
- financování na regionální úrovni pouze z daní (hodnocený region Italské republiky)
- včástečné financování LTC nebo poskytování určitých forem podpory ze strany municipalit (Estonsko, Holandsko)
- doplňková spoluúčast příjemců služeb v závislosti na příjmu beneficianta (Švédsko), rozlišení beneficiantů z řad starších osob, kteří jsou zproštěni finančního příspěvku, míra finanční participace těchto beneficiantů podle jejich příjmů je diferencována odlišným způsobem u různých dávkových schémat a příspěvků a pro tuto skupinu osob byla vytvořena daňová zvýhodnění na podporu využívání služeb LTC (Francie)
- role zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven (Estonsko, Francie, Holandsko, Izrael, Norsko)

jiné důležité parametry
systému LTC

- východiskem systému jsou tyto zásady: univerzální přístup, decentralizace a svobodný výběr poskytovatele (Norsko), respektive zásada solidarity (Estonsko)
- při potřebě poskytnutí LTC lze finanční prostředky čerpat podle dvou různých schémat pro zajištění péče: jednoho pro terénní péči poskytovanou v domácnostech a dalšího pro péči poskytovanou v pobytových zařízeních (v domovech s pečovatelskou službou) (Německo)
- omezený prostor pro soukromé zdravotní pojištění (Norsko)
- role příspěvků poskytovaných přímo pečujícím osobám je v systému LTC zcela zanedbatelná (zroveň se velmi liší v různých regionech). Stejnějní roli v něm má především institucionální poskytování péče, tj. péče poskytovaná organizacemi provozujícími sociální služby (Rusko)
- povinná účast v soukromém systému zdravotního pojištění (Norsko)

Tabulka č. 7: Finanční nástroje určené osobám v rámci systému LTC

Zdroj: vlastní zpracování.

¹²⁵ Tj. využívají se obecnější regulace v rámci sociálního a zdravotního systému.

¹²⁶ Slovenský korespondent konstatoval, že „na Slovensku neexistuje žádné pojištění ani nepojistné dávky pro dlouhodobé pojištění“. Dále však uvedl informace týkající se dvou existujících nepojistných dávek, které sice zjevně nebyly navrženy primárně jako finanční nástroje systému LTC (pro který v této zemi, jak ukazují i další odpovědi korespondenta, doposud nebyla vytvořena specifická a/nebo dostatečně komplexní regulace a řídí se v mnoha ohledech legislativou regulující oblasti sociálního zabezpečení a zdravotní péče, přičemž specifická východiska a principy pro oblast dlouhodobé péče se do těchto schémat zatím promítly jen částečně nebo vůbec). Totéž platí v případě Estonska, kde byla rovněž konstatována neexistence specifického systému pro zajištění LTC a současně uvedeny nástroje, které se této oblasti týkají, jakkoli jsou koncipovány jako součást sociálního či zdravotního systému a nikoli jako specifický nástroj pro oblast LTC. Podobná situace nicméně může být příznačná i pro některé další země, ve kterých nebyla takto explicitně vyjádřena,

Další hodnocenou charakteristikou systému LTC byla specifikace služeb a zařízení, které ji poskytují. V odpovědích na tuto otázku korespondenti uvedli přehled služeb, které jsou součástí systému LTC, jejich charakteristiku, případně okruh činností, které zahrnují, jednotlivé odpovědi však nebylo možné zahrnout do obecnějších kategorií).

země	popis
Estonsko	Služby zajišťované v rámci zdravotního systému: domácí a ústavní ošetrovatelská péče; služby zajišťované v rámci sociálního systému státem: podpora osob s mentálním postižením (jejich podpora v běžném životě, podpora v oblasti zaměstnání, podporované bydlení a zařízení pobytových služeb) a služby zajišťované obcemi, jež jsou relevantní pro oblast LTC (tj. především domácí péče, služby osobní asistence, zajištění přepravy).
Francie	Služby domácí péče (s lékařskou péčí nebo bez ní), domy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, denní centra (pro osoby s kognitivními poruchami), dočasné ubytování pro zajištění krátkodobého ubytování pro seniory, kteří žijí doma.
Holandsko	Úklidové služby poskytované příjemcům péče, poskytnutí vybavení či pomůcek (např. invalidní vozíky), denní péče, krátkodobá péče v domovech s pečovatelskou službou, zdravotní služby, domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou.
Itálie	Poskytování péče sestrami, realizace aktivizačních programů (animačních aktivit), poskytování odborné péče v různých oblastech, koordinace aktivit, finanční služby, prádelna, duchovní služby.
Izrael	V rámci zdravotního systému: zdravotnická zařízení, včetně těch provozovaných neziskovými organizacemi. V rámci sociálního systému: domovy pečovatelské služby pro seniory, domovy pečovatelské služby pro lidi, kteří trpí duševními chorobami, domácí ošetrovatelská péče, domácnosti s pečovatelskou službou, domácí pečovatelské služby, společnosti zajišťující zahraniční pracovníky, kteří jsou zaměstnaní jako pečovatelé.
Německo	Terénní služby: zajištění stravy, nakupování, úklid, zajištění doprovodu; pobytové služby: zajištění veškeré péče.

a „pouze“ to v některých případech dostatečně jasně naznačují i některé další korespondenty uváděné souvislosti (např. v případě Ruska). Bez podobně explicitních vyjádření o neexistenci nástrojů (v tomto případě tedy finančních) jako v případě Slovenska či Estonska ale nelze na základě uvedených souvislostí u dalších zemí dovozovat, zda a jak je systém dlouhodobé péče ve sledovaných zemích rozvinutý nebo autonomní a nakolik se vychází z jiných východisek a principů, nebo zda je založen na právních normách regulujících jiné příbuzné oblasti. Záměrem zde předloženého přehledu není hodnotit jednotlivé zde charakterizované systémy LTC, ale spíše nastínit variabilitu jejich podoby a různé specifické charakteristiky, které mohou v řadě ohledů výrazně ovlivňovat i potenciál pro inovace systému LTC v příslušné zemi.

Portugalsko	Bydlení s pobytovou péčí, denní centra, domácí péče, bydlení s dlouhodobou zdravotní péčí.
Rusko	Domácí péče (s cílem kompenzovat osobě obtíže při zajištění všedních denních činností potřebných pro život ve vlastní domácnosti), střediska denní péče o seniory (zaměřená na pomoc starším lidem při socializaci a na aktivní stárnutí), pobytová zařízení (tři základní cíle: zajistit ubytování, když osoba nemůže nebo je pro ni obtížné i s využitím domácí péče obstarat všední denní činnosti, poskytnout služby lidem se závažnými kognitivními poruchami a pokrýt potřebu poskytnout pobytovou službu z humanitárních důvodů osobám v nepříznivé sociální situaci – především starším lidem, pro něž je potřebné zajistit rezidenční péči).
Slovensko	Žádné služby a zařízení LTC neexistují. Služby a zařízení dlouhodobé péče zajišťují běžné sociální služby
Švédsko	Domy s pečovatelskou službou, apartmány se službami, bydlení pro seniory, domácí péče, ošetrovatelská péče, zajištění každodenních činností, údržbářské a správcovské práce, možnost přepravy, podpora rodin a blízkých přátel.
Vlámský region Belgického království	Pomoc a asistence nelékařské povahy poskytované třetími osobami osobám se sníženou autonomií v obytném, polobytovém nebo ambulantním prostředí.

Tabulka č. 8: Přehled a specifikace služeb LTC nebo zajišťovaných činností v jednotlivých zemích
Zdroj: vlastní zpracování.

Někteří korespondenti k výčtu a charakteristice služeb doplnili také další související okolnosti. Ty bylo možné rozlišit do tří obecnějších kategorií:

- organizační zajištění služeb;
- role různých aktérů při poskytování služeb;
- uvedení priorit či opatření s cílem zlepšit možnosti poskytování služeb.

Z hlediska organizačního zajištění služeb:

- jsou pobytovým službám stanoveny minimální rozměry místnosti (Itálie);
- terénní služby jsou zajištěny převážně profesionálně, ale část jich je zajištěna v rámci komunity nebo rodinou a příbuznými. Většina

pobytových služeb zajišťuje kromě péče i svůj vlastní provoz, pouze pro menší část poskytovatelů těchto služeb zajišťují servisní služby externí organizace. Tyto servisní služby mohou dodávat organizace splňující zákonem definované standardy kvality při poskytování těchto služeb. V dalších ohledech nejsou tyto organizace omezeny, takže se může jednat o regionální, celostátní i mezinárodní organizace a může jít o organizace, které spolupracují nejen s organizacemi LTC, ale i nemocnicemi, školami, podniky nebo státními institucemi (Německo);

- na úhradu péče doma, nákladů spojených s doprovodem, komunitní péči, na nákup služeb denních center nebo jiných služeb a na nákup voucherů na čerpání služeb je určen příspěvek poskytovaný lidem s uznaným zdravotním postižením a omezenou potřebou asistence. Poskytovány jsou také příspěvky kompenzující dodatečné náklady vyplývající z nedostatku či snížení autonomie (příspěvek na pomoc starším osobám, integrační příspěvek) (Vlámský region Belgického království).

Z hlediska role různých aktérů při poskytování služeb:

- vybrané druhy sociálních služeb (viz tabulka č. 8) zajišťuje stát, zajištění ostatních sociálních služeb je delegováno na obce. Poskytování zdravotních služeb se řídí podle legislativy pro tuto oblast (Estonsko).
- obce mají povinnost poskytnout přiměřenou, vysoce kvalitní zdravotní péči a sociální služby každému, kdo je potřebuje, bez ohledu na věk či diagnózu. Stát zodpovídá za nastavení jednotných podmínek za pomoci právní regulace a finančních nástrojů (Norsko).

Z hlediska priorit a podpůrných opatření:

- preferovaným modelem jsou pobytová zařízení poskytující i terénní služby (Německo);
- součástí systému zdravotní péče jsou preventivní domácí návštěvy u starších osob. Počet obcí, které je praktikují, roste (Norsko);
- na celostátní úrovni jsou realizována opatření na podporu toho, aby starší lidé žili déle ve svých domovech. Díky tomu se snížil počet míst v domovech s pečovatelskou službou a byly místo toho postaveny nové domovy, ve kterých mají obyvatelé své vlastní byty, v nichž obec zajišťuje služby a dohled (Norsko).

Další významnou charakteristikou systému LTC, jíž korespondenti charakterizovali, byl okruh poskytovatelů péče, resp. zejména otázka, jaké jsou možnosti a rozsah zapojení do poskytování péče u profesionálních organizací a odborných pracovníků a u osob poskytujících péči neformálně (soukromě). Dva dotázaní (Itálie, Vlámský region Belgického království) uvedli informace o okruhu služeb bez dalšího upřesnění okruhu poskytovatelů těchto služeb nebo podmínek pro jejich poskytování. V odpovědích pěti korespondentů (Estonsko, Francie, Německo, Rusko, Slovensko) bylo explicitně vyjádřeno, že v zemi je poskytována profesionální i neformální péče. Devět korespondentů uvedlo doplňující informace týkající se zajištění profesionální péče (viz následující tabulka č. 9) a dva (Francie, Německo) také doplňující informace týkající se neformální péče. Také v tomto případě byly odpovědi korespondentů značně různorodé, a jsou proto prezentovány samostatně.

země	popis
Francie	Společně s dalšími odborníky (zdravotní sestry, lékaři a sociální pracovníci) profesionální péči zajišťují také medicínsko-psychologičtí asistenti (to jsou odborníci věnující se konkrétně poskytování péče seniorům), gerontologičtí asistenti péče (tato pozice byla vytvořena za účelem péče o lidi s demencí v pečovatelském domě), asistenti sociálního života (poskytují pomoc v každodenním životě a pomáhají vyrovnat se s obtížemi způsobenými věkem, nemocemi, zdravotním postižením nebo sociálními problémy).
Holandsko	Všechny organizace poskytující péči jsou soukromé, ale financovány jsou z veřejných zdrojů. Služby některých organizací zajišťujících péči o seniory jsou plně hrazeny z veřejných prostředků, ale část seniorů preferuje organizace nabízející více služeb nebo lepší bydlení, které si hradí sami. V takovém případě hradí senioři menší část nákladů sami, přičemž její výše je závislá na jejich příjmu. Existuje téměř 400 organizací zajišťujících pravidelnou péči o seniory, kteří provozují více než 2 000 zařízení.
Itálie	V systému LTC působí mj. několik soukromých a družstevních poskytovatelů péče.
Izrael	Pro fungování systému LTC v zemi jsou důležité organizace zprostředkovávající pracovní příležitosti v tomto sektoru zahraničním pracovníkům.
Německo	Většinu poskytovatelů péče tvoří církevní nebo charitativní organizace, což má historické kořeny. Tento segment trhu se začal více rozvíjet po zahájení pojištění dlouhodobé péče a ve chvíli výraznějšího otevření této oblasti pro uplatnění tržních principů v tomto segmentu trhu začala působit řada soukromých subjektů. V současné době je téměř 50 % všech poskytovatelů péče soukromých a jde o tržně orientované subjekty.
Norsko	Většinou je profesionální péče zajišťována obcemi, částečně ji ale zajišťují také soukromí poskytovatelé.
Portugalsko	Bydlení s pobytovou péčí – 2 418 zařízení (1 707 neziskových a 711 podnikatelských subjektů), denní centra – 2 086 zařízení (2 030 neziskových, 56 podnikatelských), domácí péče – 2 707 zařízení (2 276 neziskových a 431 podnikatelských), bydlení s dlouhodobou zdravotní péčí – 665 zařízení (628 neziskových a 37 podnikatelských).
Rusko	Profesionální péči poskytují vládní (zejména regionální, částečně obecní) poskytovatelé a nevládní sektor. Role nevládního sektoru je okrajová a jeho význam se liší v jednotlivých regionech. V oblasti ústavní péče rychle roste význam soukromých subjektů zaměřených na dosahování zisku. Kvůli nedostatečné regulaci ale roste význam převážně nelegálních dodavatelů, kterým nezáleží na kvalitě života a právech příjemců. Záměrem federální vlády je zvýšit podíl nestátního sektoru na ústavní péči na 12–15 %. V oblasti domácí péče působí v rámci nevládního sektoru ziskové i neziskové subjekty. Podíl neziskových (a částečně i tržních) subjektů významně narostl díky administrativní transformaci státních (obecních) institucí na nestátní. Za zvýšením podílu nestátních subjektů tak nebyly reformy, které by umožnily větší participaci soukromých iniciativ v oblasti LTC, ale formální přeměna statusu institucí, které již v systému LTC působily.

Slovensko

V zemi neexistuje specifický systém pro LTC, odpovídající služby jsou zajišťovány obecně v rámci sociálního nebo zdravotního systému.

Švédsko

Okruh poskytovatelů je velmi široký a zahrnuje obecní, ziskové a neziskové organizace. Místní správa nejprve posoudí osobní situaci seniorů. Jakmile jim přizná nárok na využití služeb, mohou si senioři sami vybrat konkrétního poskytovatele, přičemž pro účely objednání služeb je využíván poukázkový systém.

*Tabulka č. 9: Kontext a další upřesnění týkající se poskytování profesionální péče
Zdroj: vlastní zpracování.*

V souvislosti s neformální péčí byla uvedena tato další upřesnění:

- o staré rodiče se ve Francii stará 4,3 milionu lidí.
- soukromě je péče zajištěna do určité míry v rámci tzv. „šedého trhu“. V některých bohatých domácnostech je péče zajištěna tak, že rodina sama uzavírá smlouvu s cizinci (obvykle z východní Evropy), kteří žijí v domě a jsou pacientovi k dispozici 24 hodin. Odhaduje se, že tímto způsobem je v Německu zaměstnáno asi 30 až 40 tisíc ošetrovatelských pracovníků.

Poslední charakteristikou systému LTC, jež byla od korespondentů zjišťována, bylo, zda a jaké další nástroje jsou případně využívány na podporu rozvoje dlouhodobé péče na národní, regionální nebo lokální (municipální) úrovni nebo na podporu osob, které jsou příjemci dlouhodobé péče.

Podle čtyř korespondentů (Francie, Německo, Slovensko, Vlámský region Belgického království) již byla dosavadní charakteristika systému LTC vyčerpávající a nebyla v této oblasti realizována žádná další podpůrná opatření. Dva korespondenti již pouze poněkud upřesnili své odpovědi týkající se financování systému (Švédsko) a okruhu poskytovatelů LTC (Itálie) a jejich odpovědi byly zapracovány do vyhodnocení předchozích otázek. Další nástroje

a opatření uvedená šesti dalšími korespondenty shrnuje následující tabulka.

země	popis
Estonsko	- Místní autority mohou vyvinout vlastní specifické služby pro osoby, které potřebují LTC nebo pro neformální pečovatele. - V případech péče o zdravotně postižené děti mohou pečující osoby využít možnosti čerpání pracovního volna a sociálních dávek zakotvených v pracovněprávní a zdravotní legislativě.
Holandsko	V případech úrazů hradí náklady spojené s následným přehodnocením zdravotního stavu zdravotní pojišťovny.
Izrael	Podpora systému LTC a poskytování finančních prostředků ministerstvem sociálních věcí a sociálními odbory obcí.
Norsko	- Informování veřejnosti prostřednictvím veřejného webu (helsenorge.no), který spravuje Ředitelství pro eHealth a je připravován ve spolupráci s různými aktéry ze zdravotní oblasti. Tento systém umožňuje propojit informace o potřebách beneficianta se službami dostupnými v příslušné obci. - Za asistenční technologie pro zdravotně postižené osoby a rehabilitační aktivity zodpovídají regionální střediska asistenčních technologií. - Rehabilitační programy pro seniory jsou realizovány v rámci programu Každodenní rehabilitace. Zajišťuje je interdisciplinární tým s pečovatelem, ergoterapeutem a fyzioterapeutem. - Kvalitní a smysluplný životní program nabízí seniorům organizace Joy of Life for Elderly. Tato organizace současně pracuje s dobrovolníky a vyvinula systém certifikace pro pečovatelské domovy.
Portugalsko	- Systém LTC mohou svojí činností podporovat odbory sociálního zabezpečení regionálních samospráv. - Parlament přijal právní úpravu definující status neformálních pečujících osob, doposud ale nebyly na základě této legislativy přijata žádná konkrétní opatření.
Rusko	V kompetenci regionálních autorit je rozhodování o výši finanční podpory, která bude poskytována příbuzným pečujícím o osoby se zdravotním postižením.

Tabulka č. 10: Další nástroje a opatření systémů dlouhodobé péče

Zdroj: vlastní zpracování.

V osmi dotázaných zemích za poskytování LTC zodpovídaly státní nebo federální instituce, v pěti obce a ve čtyřech fondy nebo garanční systémy a regulační orgány (viz následující tabulka č. 11).¹²⁷

typy podpůrných institucí	země
neuvedeno	Izrael, Norsko
žádné zaměřené výhradně na LTC (bylo to explicitně vyjádřeno)	Itálie, Rusko, Slovensko
státní, případně federální orgány (ministerstva, poradní orgány, státní instituce, řízení a plánování, státní programy)	Estonsko, Francie, Holandsko, Německo, Portugalsko, Rusko, Švédsko, Vlámský region Belgického království
regionální a místní orgány (obce, odbory realizující sociální nebo zdravotní agendu)	Estonsko, Francie, Německo, Portugalsko, Švédsko
fondy, pojistné systémy, garanční systémy, regulační orgány (např. ochrana spotřebitele, standardy kvality, inspekční činnost)	Francie, Holandsko, Německo, Vlámský region Belgického království
asociace, podporující organizace bez další specifikace	Itálie

Tabulka č. 11: Instituce zaměřené na podporu LTC

Zdroj: vlastní zpracování.

2.3 Předpoklady pro zavádění inovací v rámci systému LTC v dotázaných zemích

Z celkové charakteristiky systému LTC z hlediska možností zavádění inovací¹²⁸ vyplynulo, že na podporu zavádění inovací vznikly specializované programy ve dvou zemích (Estonsko, Francie). V dalších dvou zemích (Itálie, Portugalsko) usnadňovaly zavádění inovací určité charakteristiky systému LTC a ve třech zemích (Izrael, Německo, Rusko) byl pouze částečný prostor pro zavádění inovací. Podle belgického korespondenta nastavení systému LTC zavádění inovací neumožňuje. Na obecnější společenské faktory ve své

¹²⁷ Doslovné znění otázky č. 2 dotazníku v češtině: „Uveďte, prosím, okruh institucí, které jsou na centrální, regionální a lokální (municipální) úrovni zodpovědné za oblast dlouhodobé péče, v krátkosti specifikujte kompetence, které jim přísluší. Působí ve Vaší zemi instituce, které mají dlouhodobou péči ve výhradní agendě? Jaké další instituce se podílejí na fungování systému dlouhodobé péče ve Vaší zemi?“

¹²⁸ Doslovné znění otázky č. 13 dotazníku v češtině: „Do jaké míry podle Vás stávající uspořádání národního systému dlouhodobé péče umožňuje zavádění nových a inovovaných forem péče do této oblasti?“

odpovědi poukázali tři dotázaní, přičemž v Norsku a ve Švédsku byly popsány předpoklady pro zavádění inovací nebo faktory, které jejich zavádění napomáhají, a v Holandsku překážky, které jejich zavádění brání. Slovenský korespondent se k otázce nevyjádřil s ohledem na absenci specifické regulace LTC.

oblast	doplnění nebo vysvětlení
země nemá specifickou regulaci systému LTC	(Slovensko)
současný systém inovace vůbec neumožňuje	• Systém financování blokuje inovace a zavádění různých hybridních řešení (Belgie).
omezené možnosti zavádění inovací, pouze určitý prostor pro změny	• Inovace narážejí na malou ochotu ministerstva zdravotnictví schvalovat inovace (Izrael). • Možnosti jsou omezené díky silné regulaci a rigiditě systému (Německo). • Bez další specifikace (Rusko).
zavádění inovací umožňují některé všeobecné charakteristiky systému LTC	• Velmi tomu napomáhá především dostupnost center poskytujících LTC (Itálie). • Systém je značně otevřený změnám i inovacím. Např. pobytové služby LTC před 10 lety neexistovaly, systém je ale nastavený tak, že se celou tuto dobu mohly tyto služby rozvíjet. To platí obecně, tedy i pro technologické inovace. Systém je tak dostatečně otevřený a umožňuje zavádění i aktuálně probíhajících inovací. Jednou z nich je vznik rezidenčních zařízení specializovaných na demenci, jež umožní vyvíjet specifický výzkum, nové léčebné postupy a šířit specifická školení pro zaměstnance všech odborností (Portugalsko).
specializované programy podporující inovace (podrobný popis)	Estonsko: • Vláda vypsal dva programy poskytující finanční podporu na transfer inovativních nápadů využívajících digitální technologie do oblasti sociálního zabezpečení a poskytování služeb; projekty financované z těchto výzev jsou zatím na počátku, jejich dopady zatím nelze zhodnotit. • Cílem prvního programu je pomoci při vývoji a pilotování nových služeb a řešení v sociálním sektoru (např. je v rámci něho realizován projekt na zlepšení komunikace mezi službami a koordinovaného využívání jejich kapacit, dále budou z programu financovány další poměrně různorodé projekty – projekty rozvíjející prostředí elektronických služeb, platform digitální komunikace, aplikací pro sledování stavu atd.). Digitální řešení vyvinutá pomocí grantů jsou z velké části vyvíjena a poskytována soukromým sektorem. Výzva k inovaci ESF je koordinována vzdělávacím kompetenčním centrem Innove.

specializované programy
podporující inovace
(podrobný popis)

- Cílem druhé výzvy je přizpůsobit v domovech dlouhodobé péče fyzické prostředí, aby lépe vyhovovalo potřebám péče o lidi s demencí. Zlepšila se bezpečnost osob s diagnostikovanou demencí při přijímání služeb dlouhodobé péče a zlepšily se možnosti poskytovatelů služeb, jak poskytovat služby LTC osobám s demencí a bylo podpořeno využívání asistenčních služeb určených pro osoby s demencí. Z tohoto programu tak lze přizpůsobit venkovní i vnitřní prostory pečovatelských zařízení i pořízovat nezbytné vybavení pro zajištění bezpečnosti, zachování dobré kvality života a pro každodenní podporu osob s demencí (např. pořízení různých asistenčních technologií, GPS systémů pro monitorování pohybu a detekci pádu apod.).
- Kromě těchto dvou hlavních programů byl také zahájen projekt na podporu integrovaného poskytování služeb, který pro estonské orgány vytvoří sadu mechanismů umožňujících efektivněji využívat data, měřit dopad integrované péče a motivovat k poskytování integrované péče. Bylo také realizováno několik hackatonů v oblasti sociální péče s cílem najít nová inovativní řešení pro tuto oblast.

Francie:

- Regionální intervenční fond (FIR) poskytuje finanční prostředky na udržení změn v systému poskytování zdravotní péče.
- Vláda také vytvořila rámec na podporu inovativních přístupů.

obecnější společenské
předpoklady (ztěžující
i podpůrné)

- V zemi je značná ochota vyvíjet a implementovat inovativní řešení (Norsko).
- Inovativní formy poskytování péče může zavádět místní samospráva, ve zdravotní oblasti je mohou zavádět regiony. Místní i regionální vlády musejí dodržet standardy stanovené na poskytování péče, to ale neomezuje prostor pro jejich kreativitu (Švédsko).
- Zavádění inovací brání určitý konservatismus a strach ze změn. Je ale stále více a více zřejmé, že inovace jsou skutečně nezbytné. (Holandsko).

Tabulka č. 12: Hodnocení nastavení systému LTC z hlediska možností zavádění inovací

Zdroj: vlastní zpracování.

Některé charakteristiky systému LTC, jež nejvíce přispívají k zavádění inovací, resp. které jim nejvíce brání, naznačily některé odpovědi korespondentů uvedené již při jejich celkovém hodnocení systému LTC. V dalších dvou samostatných otázkách tak doplnili nové souvislosti již pouze někteří z dotázaných. Mezi charakteristikami systému, které usnadňovaly zavádění inovací,¹²⁹ tak korespondenti uvedli:

- obecnější ekonomické a politické (národní a mezinárodní) předpoklady: obecná digitální kapacita země, mezinárodní spolupráce, omezený rozpočet atd. (Estonsko);
- systémové a společenské předpoklady: malá velikost země, relativně malá populace, tlak na zdravotnické a sociální služby související s demografickými změnami, velký rozsah neformální péče (Estonsko);
- zaměření ekonomiky na nové technologie a jejich politická podpora: rychlý technologický pokrok, zavedená infrastruktura pro informační a komunikační technologie, implementovaná koncepce e-státu (Estonsko);
- zvyšující se důraz na potřeby příjemce péče a přizpůsobování služeb těmto potřebám (Holandsko), nutnost reflektovat potřeby, měnit se, být inovativní (Německo);
- zvyšující se důraz na zachování sociálních sítí klientů a na práci s nimi při zajišťování jejich potřeb namísto toho, aby řadu potřeb zajišťovali profesionální pečovatelé – cílem je posun od přístupu „o někoho se postarat“ k přístupu „něco dotýcnému zajistit“ (Holandsko);
- rostoucí nedostatek odborníků přispívá k pozitivnějšímu přístupu k inovacím (Holandsko);
- zvyšující se finanční podpora výzkumu a inovací (Norsko), rozsáhlý výzkum na podporu zlepšení dlouhodobé péče o seniory, který je realizován na všech úrovních a současně je politickou prioritou (Švédsko);
- velmi silný zájem řešit sociální problematiku a dlouhá tradice systému (Portugalsko);

¹²⁹ Doslovné znění otázky č. 14 dotazníku v češtině: „Jaké charakteristiky současného systému podle Vás nejvíce podporují možnosti zavádění inovací do systému dlouhodobé péče?“

- rozšíření organizací (ziskových i neziskových), které zajišťují služby LTC, po celé zemi (Portugalsko);
- výraznější nastavení zdravotního systému na podporu služeb LTC (Rusko).

Jako charakteristiky systému, které zavádění inovací bránily nebo ztěžovaly,¹³⁰ korespondenti uvedli:

- chybějící politická vůle vytvořit systém dlouhodobé péče (Slovensko);
- skutečnost, že se lokální (obecní) úroveň nemůže podílet na vytváření a managementu současného systému LTC (Rusko);
- neochota riskovat, neochota přijmout realitu, politické překážky, chybějící odvaha ke změnám, obava z toho, že dojde k chybám (Izrael, Německo, Norsko);
- přílišná byrokracie nebo regulace (Itálie, Izrael, Francie);
- nedostatek veřejných financí (Portugalsko);
- omezená kapacita pro investice do sociálních inovací (Estonsko), nevhodné nastavení finančních pobídek, které neumožňují zavádění inovací: např. domácí péče se hradí podle hodin strávených v domě klientů, ale pokud by byla část těchto hodin nahrazena telemonitorováním a telemedicínou, pak by to sice znamenalo vyšší náklady při pořízení technologií, ale rozpočet na poskytování domácí péče by se snížil; současné finanční mechanismy přitom možnost úspory nákladů díky investicím do inovací nezohledňují (Holandsko);
- rozdělení mezi financováním léčení (které je hrazeno ze zdravotního pojištění) a financováním péče (které je hrazeno hlavně okresem) (Francie);

¹³⁰ Doslovné znění otázky č. 15 dotazníku v češtině: „Co podle Vás naopak nejvíce brzdí možnosti dalšího rozvoje v této oblasti?“

- nedostatečná připravenost poskytovatelů služeb a také uživatelů služeb (postoje, finanční způsobilost, současný právní rámec) (Estonsko), nedostatek inovační kultury (Norsko);
- integrovaný systém péče nenabízí poskytovatelům dostatečnou podporu při implementaci, používání a monitorování nových technologií v rámci jejich každodenních aktivit (Estonsko).

Jeden z dotázaných (Švédsko) hodnotil současný vývoj příznivě a podle jeho názoru by zavádění mohl ztížit pouze nedostatek prostředků, toho se ale korespondent neobával a předpokládal, že zdroje budou dostačující. V rámci stávajícího nastavení systému LTC tak nezaznamenal žádnou jeho současnou charakteristiku, jež by zásadním způsobem ztěžovala možnosti zavádění inovací.

Celkový zájem o zavádění inovativních forem péče v zemi¹³¹ hodnotilo celkem devět dotázaných, přičemž šest z nich jej hodnotilo příznivě (Holandsko, Izrael, Norsko Portugalsko, Rusko, Švédsko). Ve dvou případech byla příznivá obecná hodnocení doprovázena určitými výhradami – v případě Itálie bylo poukázáno na spíše deklaratorní zájem bez konkrétních projevů, v případě Francie byly uvedeny oblasti, ve kterých by bylo žádoucí dosáhnout změn (odklon od institucionálního přístupu). Belgický korespondent konstatoval, že v jeho zemi není téměř žádný zájem o zavádění inovativních změn. Dva korespondenti přiblížili některá důležitá východiska pro zavádění inovací v zemi nebo obecně charakterizovali inovační potenciál v jejich zemi:

¹³¹ Doslovné znění otázky č. 16 dotazníku v češtině: „Máte celkově pocit, že je ve Vaší zemi zájem o to, aby se v oblasti dlouhodobé péče zaváděly nové a inovativní formy dlouhodobé péče? Můžete, prosím, jmenovat subjekty nebo instituce, které mají podle Vás největší zájem na zavádění nových a inovativních forem dlouhodobé péče a které jejich zavádění nejvíce podporují? Jaké nové nebo inovativní formy poskytování dlouhodobé péče tyto subjekty nebo instituce nejvíce podporují?“

- Stejně jako v každém sektoru existují i v sektoru péče o starší osoby rychlí inovátoři, následovníci a konzervativci, nejde nutně o malá versus velká města nebo města versus venkov (Holandsko).
- LTC je v současnosti na vysoké úrovni, a je proto poměrně omezená možnost pro zavádění rozsáhlejších inovací – spíše je potřebné pokračovat ve vývoji existujících mechanismů a v některých případech je doplnit novými (Německo).
- Možná je to poněkud netradiční pohled na problematiku, ale je potřeba pohled na péči přesunout od důrazu na otázky „co je v zákoně“ nebo „jak je nastaveno financování“, k otázce, jaká je a měla by být pozice pacienta v systému (Německo).

Následně korespondenti přiblížili okruh subjektů nebo institucí, které mají největší zájem na zavádění nových a inovativních forem dlouhodobé péče, a jejich roli. Z údajů uvedených v následující tabulce č. 13 je patrné, že okruh subjektů, které mají na zavádění inovací největší zájem, je velmi široký a zahrnuje centrální i regionální autority, asociace sdružující poskytovatele dlouhodobé péče, klienty nebo i samotné poskytovatele LTC, stejně jako výzkumné organizace a vládní nebo pojišťovací fondy. Role subjektů byla specifikována pouze několika korespondenty a zahrnovala jak obecněji koncepční činnost (Německo) nebo výzkumnou podporu (Holandsko), tak upřesnění konkrétního okruhu oblasti inovací, na něž se subjekty zaměřují (Norsko, Rusko, Švédsko). Ve dvou případech bylo v této souvislosti poukázáno na určité specifické limity ztěžující možnosti zavádění inovací jako např. příliš roztržitý přístup subjektů poskytujících LTC (Belgie) nebo obecnější společenské faktory ztěžující schopnost patientských organizací prosadit změny (Slovensko).

země	subjekt, okruh subjektů	upřesnění role subjektů
Belgie	X	většina subjektů se zaměřuje na jednotlivé dílčí problémy, ale systém je potřeba přepracovat celkově
Estonsko	soukromé podniky, univerzity, klastr propojující Estonské zdravotnictví	X
Francie	Národní fond solidarity pro samosprávu (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA), regionální zdravotnické agentury, okresy, doplňkový penzijní fond	X
Holandsko	výzkumné instituce (např. organizace Vilans, ZonMw, TNO)	podpůrná úloha pro organizace LTC
Itálie	X	X
Izrael	široká škála organizací zodpovědných za zdravotnictví včetně Národního pojišťovacího institutu	
Německo	především federální ministerstvo zdravotnictví	prosazování nových vizí a přístupů a tvorba podmínek vhodných pro jejich zavádění
Norsko	centra pro rozvoj ústavních služeb a služeb domácí péče	inovace v oblastech každodenní rehabilitace a implementace sociálních technologií
Portugalsko	svaz charitních organizací (União das Misericórdias Portuguesas) sdružující 400 organizací a asociace CNIS (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade) sdružující 3500 neziskových organizací po celé zemi, obě asociace jsou vysoce nezávislé na veřejném financování	X
Rusko	- regionální ministerstva v oblasti sociální ochrany za podpory federálních úřadů - soukromí poskytovatelé LTC	regionální ministerstva (zminěna byla spolupráce s regionálními ministerstvy v Moskvě, Karélii, Permské oblasti a Volgogradské oblasti): technologie na podporu deinstitucionalizace • soukromé společnosti: technologie pro práci s osobami s demencí
Slovensko	největší zájem o změnu mají poskytovatelé sociálních služeb a organizace pacientů	klienti většinou nemohou iniciovat změnu, i proto, že se v tomto směru jen velmi zřídka angažují jejich příbuzní
Švédsko	univerzity, regionální a obecní výzkumná střediska	různé oblasti – rozvoj kvalifikace personálu, úpravy fyzického prostředí, technická podpora atd.

Tabulka č. 13: Okruh subjektů nebo institucí, které mají největší zájem na zavádění nových a inovativních forem dlouhodobé péče, a jejich role

Zdroj: vlastní zpracování.

Sedm dotázaných zemí (Estonsko, Francie, Holandsko, Izrael, Německo, Norsko a Švédsko) uvedlo, že veřejné instituce podporovaly zavádění nových forem dlouhodobé péče.¹³² Opačně situaci hodnotilo pět dotázaných (Belgie, Itálie, Portugalsko, Rusko, Slovensko). Zavádění nových forem LTC podporovaly především centrální instituce státní správy (Estonsko, Izrael, Holandsko), případně veřejné fondy (Francie), resp. veřejné rozpočty (Švédsko). Existenci institucí nebo postupů podporujících zavádění inovací na regionální nebo lokální úrovni zmínili tři dotázaní (Estonsko, Německo, Švédsko).

V zemích, kde bylo zavádění nových forem LTC veřejnými institucemi podporováno, byly pro zavádění inovací vyčleněny samostatné kapitoly v rozpočtu (Švédsko) nebo byly inovace prioritou dotačních programů pro oblast LTC (Francie, Holandsko, Německo). V Estonsku mělo zavádění inovací oporu v implementaci národní koncepce e-státu a v Izraeli zvyšovala inovační potenciál existence specializovaného oddělení ministerstva. Norský korespondent uvedl aktivity významné pro zavádění inovací (jednalo se o členství v mezinárodních a národních sítích a účast na konferencích), ale nespécifikoval formy jejich veřejné podpory nebo okruh institucí, které je podporují.

Ve všech dotázaných zemích byli poskytovatelé dlouhodobé péče při zavádění inovací aktivní a zaváděli do praxe nové formy LTC,¹³³ ve dvou případech přitom bylo poukázáno na to, že tak ale činí pouze

¹³² Doslovné znění otázky č. 17 dotazníku v češtině: „Je podle Vás v současnosti zavádění nových forem dlouhodobé péče podporováno ze strany veřejných institucí a organizací? Pokud ano, jakými prostředky?“

¹³³ Doslovné znění otázky č. 18 dotazníku v češtině: „Jsou podle Vás poskytovatelé služeb v oblasti dlouhodobé péče sami ochotní uvádět do praxe nové formy dlouhodobé péče?“

někteří poskytovatelé (Německo) nebo že někteří poskytovatelé mají limitované možnosti zavádění inovací (Portugalsko). Korespondenti v dalších upřesněních uváděli také některé další důležité okolnosti, které možnosti a přístup poskytovatelů k zavádění inovací ovlivňovaly. Jednalo se o:

- překážky nebo omezení, náklady či nutnost investic (Belgie, Portugalsko);
- motivaci samotných poskytovatelů k zavádění nových forem LTC s ohledem na potřebu reagovat na vývojové trendy, situaci na trhu, případně vzhledem k ekonomickému přínosu inovací apod. (Francie, Izrael, Německo, Švédsko);
- rozdílnost přístupu mezi poskytovateli k zavádění inovací (Holandsko);
- význam veřejné podpory (Švédsko);
- absenci další podpory, respektive absenci jakýchkoli dalších subjektů (než poskytovatelů sociálních služeb), kteří by v oblasti LTC zaváděli inovace (Slovensko).

Technologický vývoj, např. používání ICT v oblasti dlouhodobé péče¹³⁴ představoval podle všech dotázaných důležitý faktor pro zavádění nových forem péče. Kromě obecného hodnocení významu tohoto faktoru nebo posouzení současné praxe z tohoto hlediska poukázali korespondenti např. na tyto důležité oblasti, ve kterých jsou technologické otázky důležité pro zavádění inovací systému LTC – kvalita života příjemců dlouhodobé péče, uspokojení jejich potřeb nebo zajištění jejich bezpečnosti. Velice často byly tematizovány velmi různorodé aspekty týkající se podpory ICT při poskytování péče, zlepšení kvality poskytování služeb nebo jejich managementu.

¹³⁴ Doslovné znění otázky č. 19 dotazníku v češtině: „Do jaké míry podle Vás možnosti zavádění inovací v oblasti dlouhodobé péče akceleroje technologický vývoj, např. používání ICT v této oblasti?“

skupina odpovědí	doplnění, upřesnění
obecné hodnocení významu ICT pro zavádění inovací nebo charakteristika současné praxe	• Obecné zhodnocení značného významu, potenciálu nebo přínosu ICT (Francie, Holandsko, Izrael, Norsko, Rusko, Slovensko, Švédsko), případně konstatování jeho významu v mnoha oblastech každodenního života seniorů či osob se zdravotním postižením – v jejich domácnostech, v komunitách, ve zdravotnictví a v sociální péči (Estonsko, Německo). • Zavádění inovací a rozšiřování používání asistenčních technologií v oblasti sociální péče zlepšuje možnost využití zdrojů, znalostí a osvědčených postupů. To významně posiluje stávající kapacitu především u takových skupin pracovníků, jako jsou pečovatelé v menších obcích, neformální pečovatelé, různé podpůrné sítě apod. (Estonsko). • Roli ICT při zavádění nových forem péče nelze hodnotit všeobecně, je odlišná u různých technologických řešení (Portugalsko). • Jde pouze o jeden z faktorů přispívajících k zavádění nových forem LTC (Itálie). • Technologie je jen nástrojem, důležitější je provedení zásadnějších systémových změn (Belgie). • Technická řešení se v současnosti již v praxi uplatňují velmi zřetelně (Estonsko, Izrael, Německo, Švédsko). • Aplikace ICT a různé start-up podniky zaměřené na rozvoj oblasti LTC mohou reagovat na aktuální výzvy v oblasti dlouhodobé péče. V Izraeli existuje technologický inkubátor zaměřený na technologie pro seniory. Na trhu je také řada produktů, které zlepšují kvalitu života pacientů a slouží ke sledování jejich zdraví (Izrael).
okolnosti, které ztěžují možnosti širšího využití ICT	• Vzhledem k velkému odlivu vzdělaných a kvalifikovaných pracovníků sociálních služeb do jiných odvětví hospodářství, případně do zahraničí, jsou v tomto odvětví většinou pracovníci, kteří často nemají dovednosti potřebné k používání technologických nástrojů (Slovensko).
možnost poskytovat péči kvalitněji, lepší management, vliv na personální agendu, usnadnění výkonu práce, efektivnější výkon činností či využití ICT při jejich evidenci nebo kontrole	• Využití ICT zmírňuje hlavní problémy související s řízením a poskytováním péče, k nimž patří například nutnost rozdělit čas mezi více klientů, (u neformálních pečujících) chybějící pečovatelské dovednosti, které by byly podloženy praxí („evidence based knowledge“), vysoká zátěž pečovatelů, nerovnoměrná dostupnost pečovatelských služeb a nedostatečné systémy podpory neformálních pečovatelů (Estonsko). • Zlepšení organizace práce, komunikace s kolegy a klientem (Francie). • Podpora, zmírnění pracovních nároků či „uvolnění kapacity“ zaměstnanců pro další činnosti spojené s poskytováním služeb (Německo). • Sledování výkonu plánu péče o děti (Rusko). • Algoritmy provádění procedur péče (Rusko).

kvalita života, uspokojení potřeb uživatelů služeb nebo zajištění jejich bezpečnosti

- Zlepšení kvality života pacientů (Izrael), respektive seniorů a osob se zdravotním postižením (Estonsko).
- Tísňové tlačítko pro starší osoby žijící ve vlastních domácnostech i v pobytových zařízeních (Portugalsko), sledování zdravotního stavu pacienta (Izrael).
- Využívání GPS při vyhledání ztracených seniorů (Portugalsko).
- Elektronické náramky, které spustí poplach, pokud se starší osoba začne pohybovat mimo vymezenou oblast (Portugalsko).

Tabulka č. 14: Význam ICT při zavádění nových forem dlouhodobé péče

Zdroj: vlastní zpracování.

K otázce možností spolupráce mezi poskytovateli LTC a podnikatelskými subjekty, jejichž aktivity mohou podporovat rozvoj a zavádění technologických inovací,¹³⁵ se vyjádřilo deset dotázaných. Jejich odpovědi bylo možné rozlišit do těchto čtyř kategorií:

- průběh komunikace mezi těmito dvěma sektory, prolínání jejich aktivit, spolupráce a výměna informací, případně možnosti přenesení inovací z jiných oborů do sektoru LTC;
- celkově vysoký význam inovativních technologií v ekonomice (rozvinutá technologická infrastruktura, zájem podnikatelských subjektů v oblasti technologií o spolupráci s LTC apod.) jako stěžejní předpoklad pro zavádění inovací v systému LTC;
- možnosti spolupráce determinují především charakteristiky systému LTC;
- programy a regulace na podporu komunikace mezi sektory.

¹³⁵ Doslovné znění otázky č. 20 dotazníku v češtině: „Jak hodnotíte současné možnosti spolupráce mezi poskytovateli dlouhodobé péče a subjekty, které se primárně zaměřují na jiné oblasti podnikání (tj. v oblasti dlouhodobé péče nepůsobí) a svými aktivitami mohou podporovat rozvoj a zavádění technologických inovací v oblasti dlouhodobé péče (subjekty působící v oblastech jako ICT, automatizace, stavebnictví, doprava). Mohou tyto subjekty podporovat rozvoj a zavádění inovací v oblasti dlouhodobé péče subjekty např. v rámci specifických programů, organizačních platform apod.?”

Z odpovědí korespondentů bylo patrné, že faktory, které mohou podporovat nebo bránit spolupráci mezi sektorem LTC a subjekty zavádějícími technologické inovace, jsou velmi různorodé a k rozvoji této spolupráce mohou přispět jak opatření zaměřená přímo na interakci obou sektorů (Portugalsko), tak také opatření zaměřená na podporu technologického sektoru (Estonsko, Izrael) i sektoru LTC (Německo, Slovensko). Pro podporu spolupráce technologického sektoru a sektoru LTC jsou velmi důležité jak cílené vládní či regionální programy a projekty (Estonsko, Německo, Rusko), tak i zájem uspět v tržním prostředí při současné snaze dostat všem potřebným standardům a regulacím (Norsko).

K otázce možností spolupráce mezi poskytovateli LTC a subjekty zaměřenými na organizační strukturu a řízení (včetně personálního), kapitalizaci nebo finančnictví¹³⁶ se vyjádřilo deset dotázaných. Jejich odpovědi bylo možné rozlišit do těchto čtyř kategorií:

- obecné konstatování prospěšnosti spolupráce organizací LTC se subjekty zaměřenými na tyto oblasti;
- průběh komunikace mezi těmito dvěma sektory, prolínání jejich aktivit, spolupráce a výměna informací, případně možnosti přenesení inovací z jiných oborů do sektoru LTC;
- situace v odvětvích zaměřených na organizační strukturu a řízení (včetně personálního), kapitalizaci nebo finančnictví jako stěžejní předpoklad pro zavádění inovací v této oblasti do systému LTC;

¹³⁶ Doslovné znění otázky č. 21 dotazníku v češtině: „Jaký je podle Vás v současnosti potenciál pro spolupráci mezi poskytovateli dlouhodobé péče a subjekty, které se primárně zaměřují na jiné oblasti podnikání (tj. v oblasti dlouhodobé péče nepůsobí) a svými aktivitami mohou podporovat rozvoj a zavádění organizačních a řídicích (personálních, kapitalizačních atd.) inovací v oblasti dlouhodobé péče (subjekty působící v oblastech jako pojišťovnictví, personalistika, obchod, marketing, klientská podpora apod.). Mohou tyto subjekty podporovat rozvoj a zavádění inovací v oblasti dlouhodobé péče subjekty např. v rámci specifických programů, organizačních platforem apod.“

- možnosti spolupráce determinují především charakteristiky systému LTC.

Z odpovědi dotázaných osob vyplynulo, že vzájemné interakce mezi sektorem LTC a subjekty zaměřenými na organizační strukturu a řízení (včetně personálního), kapitalizaci nebo finančnictví mohou být účinně podpořeny obdobnými postupy, jako tomu bylo v případě spolupráce sektoru LTC se sektorem inovací, tj.:

- opatřeními zaměřenými na systém LTC (Německo, Rusko, Slovensko);
- opatřeními zaměřenými na další spolupracující subjekty (Holandsko, Norsko, Portugalsko) nebo
- přímo podporou samotné vzájemné spolupráce subjektů z obou sektorů (Izrael).

2.4 Zavádění nových forem LTC v jednotlivých zemích

V sedmi dotázaných zemích probíhaly odborné diskuse o zavádění nových forem LTC nebo přípravy na jejich zavádění.¹³⁷ Z tohoto počtu ve čtyřech zemích (Holandsko, Německo, Rusko, Norsko) probíhala diskuse o možnostech, předpokladech a rizicích nebo podobě zaváděných forem péče. Ve dvou zemích (Rusko, Švédsko) byly přiblíženy vládní plány a strategie v této oblasti, ve dvou zemích (Estonsko, Švédsko) byly přiblíženy technologie, které jsou využívány nebo se jejich využití předpokládá a v jedné zemi byla zavedena nová forma poskytování LTC (Francie). Německý korespondent

¹³⁷ Doslovné znění otázky č. 24 dotazníku v češtině: „Uvažuje se v brzké době o zavedení nějaké nové formy péče nebo forem péče do praxe? O jakých nových formách péče, respektive možnostech jejich zavedení se v současnosti nejvíce diskutuje?“

poukázal na skutečnost, že jakkoli je pro oblast LTC charakteristická výrazná vnitřní dynamika, vnější okolnosti (legislativní podmínky) neumožňují zavádění inovativních přístupů v této oblasti.

aktuální trendy, příprava pro zavádění nových technologií nebo prostředí pro jejich zavádění	doplnění nebo vysvětlení
netýká se, dotázaný nemá bližší informace o této oblasti	Belgie, Itálie, Izrael, Portugalsko, Slovensko
diskuze o problematice, vyjasnění podmínek pro rozvoj a uplatnění nových forem LTC, využití inovací při jejím poskytování apod.	• Předmětem značných diskuzí je využívání senzorů v bytech starších lidí s cílem zabránit jejich pádu nebo jejich pohybu po ošetřovatelském domově během noci. Tyto možnosti totiž na jedné straně zlepšují bezpečnost klientů, ale současně představují i zásah do jejich soukromí. Současně může být díky jejich využití noční služba poskytována efektivněji, protože je v noci potřeba méně profesionálů. Téma je proto ale současně i předmětem diskusí s odborovými svazy atd. (Holandsko). • Potřebnost vyjasnění forem péče považovaných za inovativní a dosažení obecnější shody v tomto ohledu (Německo). • Probíhá diskuse o formách zajištění péče v těchto oblastech: - paliativní péče doma; - rozvoj asistovaného bydlení pro lidi s kognitivní poruchou a - poskytování péče založené na činnosti multidisciplinárního týmu (Rusko). • Sociální robotika a používání robotů (Norsko).
rostoucí možnosti využití nových technologií	• Vzhledem k rostoucí možnosti uplatnění biosenzorů, robotiky, automatizace a umělé inteligence se otevírá stále více možností pro inovace ve všech oblastech praxe (Estonsko). • Mobilní poplachové systémy, digitální zámky, infračervené senzory, pokročilá a snadno ovladatelná komunikační zařízení, zdravotní péče prostřednictvím digitálního spojení (Švédsko).
nové formy poskytování LTC	• Ošetřovatelský dům „za zdmi“, jehož cílem je poskytovat služby domácí péče podobné pečovatelskému domu (Francie).
strategie, vládní plány, reformy, nové přístupy	• V současnosti jsou do praxe zaváděna opatření, která by měla podpořit zaměření poskytované péče na člověka, bohužel zaváděná opatření jsou jen formální a nedochází ke změnám v kvalitě poskytované péče ve smyslu proklamovaných cílů (Rusko). • Tvorba nové architektury pro domovy pro seniory a pečovatelské domy (Švédsko).

značnou vnitřní dynamiku vývoje v oboru LTC brzdí vnější okolnosti (legislativa)

- Ošetrovatelství se sice stále vyvíjí (aniž by přitom bylo nutné všechny změny okamžitě považovat za „nové formy“), ale stávající právní rámec prostor neposkytuje prostor pro vznik a rozvoj skutečně nových forem LTC (Německo).

Tabulka č. 15: Diskuze o zavádění nových forem LTC a přípravy na jejich zavádění
Zdroj: vlastní zpracování.

Příklady a charakteristiku inovativních přístupů zavedených do systému LTC během období nepřekračujícího pět let¹³⁸ přiblížilo deset dotázaných. V rámci těchto příkladů byly uváděny tyto formy nebo přístupy k poskytování LTC:

- nové typy pobytových zařízení (Itálie, Portugalsko);
- nové způsoby využití komunity, využití kapacit neformálních pečovatелů a podobných kapacit (Německo, Rusko);
- využívání nových technologií při poskytování péče (Holandsko, Estonsko, Izrael, Německo, Norsko, Švédsko);
- rozvoj a rozšiřování stávajících aktivit a programů (Norsko);
- úpravy systému podpory, financování, organizační úpravy, propojování systémů, rozšíření možností zapojení dalších subjektů apod. (Estonsko, Francie, Švédsko).

nově zavedený inovativní postup	doplnění nebo vysvětlení
netýká se	Belgie, Slovensko
nové typy pobytových zařízení	• Solidární domy (Itálie). • Specializovaný rezidenční pobyt pro starší osoby s demencí (Portugalsko).
nové způsoby využití komunity, využití kapacit neformálních pečovatелů a podobných kapacit	• Rozvíjí se koncepce péče o lidi, kteří potřebují péči v malých skupinách o 7–9 osobách (Německo). • Adoptivní rodiny pro starší osoby (Rusko).

¹³⁸ Doslovné znění otázky č. 22 dotazníku v češtině: „Můžete, prosím, uvést příklad nebo příklady nových nebo inovativních forem péče, které se staly součástí národního systému dlouhodobé péče až během posledních cca pěti let?“

využívání nových
technologií při
poskytování péče

- Medido – zařízení umístěné v domácnostech klientů žijících ve svých domácnostech, které zajišťuje dodání léku v pravý okamžik a klientům dá signál, kdy si mají vzít lék (Holandsko).
- Integrace poskytování pečovatelské služby pomocí multifunkční ICT infrastruktury, integrace databází o zdravotním stavu pacientů, jejich sdílení různými skupinami pracovníků (a to i pracovníků z různých sektorů – zdravotníků a pracovníků sociálních služeb) usnadňující odborníkům, kteří poskytují péči, koordinaci jejich práce, jednotné zadávání údajů do databáze a zpřístupnění těchto údajů co nejvyššímu počtu subjektů, včetně sociálních pečovatелů a neformálních pečovatелů (Estonsko).
- Elektronické senzory, mozkové hry, roboti, detektory pádu a tlakoměry (Izrael).
- Roste využívání digitálních systémů při ošetrovatelské dokumentaci (Německo).
- Implementace sociálních technologií, jako jsou moderní lékové dávkovače, technologie pro dálkové sledování lidí s chronickými nemocemi, GPS (Norsko).
- Mobilní poplachové systémy, digitální zámky, infračervené senzory, pokročilá a snadno ovladatelná komunikační zařízení, zdravotní péče prostřednictvím digitálního spojení (Švédsko).

rozvoj a rozšiřování
stávajících aktivit
a programů

- Každodenní rehabilitace (Norsko).

úpravy systému podpory,
financování, organizační
úpravy, propojování
systémů, rozšíření
možností zapojení dalších
subjektů apod.

- Dochází k propojování forem péče, tj. (1) propojování léčby a poskytování péče a (2) propojování domácí péče a péče v zařízeních. Příklady (1) SPASAD – služby domácí péče, které poskytují lékařskou péči a pomoc, (2) „pečovatelský dům za zdmi“ – cílem služby je poskytovat domácí péči v podobném rozsahu, jako u služeb poskytovaných pečovatelskými domy (Francie).
- Systém se dlouhodobě soustřeďuje na potřeby starších osob, péče je tomu uzpůsobena, je zajišťována na místní úrovni a zajišťuje široké spektrum služeb. Již před dlouhou dobou také došlo k odklonu od sdílení bytů nebo pokojů v pobytových zařízeních, v současné době je tak asi nejvýznamnějším trendem snaha zajistit péči nebo podporu při každodenních činnostech u specifických cílových skupin (Švédsko).
- Pilotní projekty telemedicíny a telekomunikací. SMART CARE 2013–2016 (Město Tallinn). Cílem projektu bylo vyvinout a pilotně integrovat poskytování pečovatelské služby pomocí multifunkční ICT infrastruktury. Tyto služby byly navrženy tak, aby byly překonány hranice, které obvykle oddělují zdravotní péči od sociální péče. Záměrem je zapojit do tohoto informačního systému také organizace třetího sektoru a neformální pečovatele s cílem usnadnit účinnou péči o sebe a neformální péči. Také u tísňových služeb dojde k jejich převedení na platformu SmartCare ve spolupráci s Ústřední nemocnicí ve východním Tallinnu a praktickými lékaři tak, aby měli starší lidé možnost žít co nejdéle plnohodnotný život ve vlastním domě (Estonsko).

Tabulka č. 16: Inovativní přístupy zavedené do systému LTC během období kratšího než posledních pět let
Zdroj: vlastní zpracování.

Neúspěch snah o zavedení inovativních forem péče během posledních pěti let¹³⁹ konstatovali tři dotázaní. Slovenský korespondent poukázal na časově omezenou realizaci některých zajímavých projektů, u kterých se nepodařilo zajistit další financování po vyčerpání prostředků přidělených na projekt. Ve dvou případech bylo poukázáno na neúspěch některých inovací využívajících technologické prostředky, protože je klienti nepřijali:

- některé projekty využívající při poskytování péče roboty (vzhledem k tomu, že je klienti vnímali jako neosobní nebo z nich měli obavy) (Norsko);
- aplikace a produkty, jež nejsou optimální pro každého pacienta, případně technologie, jež selhaly během testování (Izrael).

Dvou zemí (Belgie, Francie) se tato otázka netýkala a dalších sedm korespondentů konstatovalo, že neví o žádných inovativních formách péče, jež se do praxe nepodařilo zavést. Z nich přitom dva poukázali na obecnější potíže, které celkově ztěžují zavádění inovací:

- nedostatek personálu, díky kterému není při poskytování dlouhodobé péče možné usilovat o zdokonalování forem jejího poskytování a je nutné se soustředit na zajištění jejího základního fungování (Německo);
- současné podmínky limitující možnosti rozvoje partnerství mezi veřejným a soukromým sektorem poskytujícím LTC (Rusko).

¹³⁹ Doslovné znění otázky č. 23 dotazníku v češtině: „Byly během posledních pěti lety do praxe zavedeny nové či inovativní formy dlouhodobé péče, které se neosvědčily nebo musely být předčasně ukončeny? Pokud ano, z jakého důvodu se je podle Vás nepodařilo zavést do praxe?“

2.5 Shrnutí

Systémy LTC se ve sledovaných zemích výrazně lišily např. mírou decentralizace, mírou zapojení regionů a municipalit, mírou využívání pojistných a nepojistných systémů a způsobem financování obecně, odlišnou mírou zapojení veřejného a soukromého sektoru do poskytování LTC, lišícím se prostorem pro profesionální pečovatele a pro poskytování neformální péče, mírou standardizace služeb atd. Účelem provedeného empirického šetření nebylo srovnání systémů LTC z výše uvedených hledisek, ale přiblížení otevřenosti těchto značně různorodých systémů LTC pro zavádění inovací, nastínění podmínek důležitých pro jejich zavádění nebo charakteristika okruhu zaváděných inovativních forem péče.

Schopnost zavádět inovace totiž patří mezi jednu z nejvýznamnějších charakteristik systému LTC, protože na ní závisí to, zda je tento systém schopen odpovídajícím způsobem zareagovat na významné obecnější společenské a ekonomické trendy, které fungování systému LTC výrazným způsobem ovlivňují, respektive na změny, které mohou tyto širší trendy přinášet. V rámci empirického šetření přitom byl mapován široký okruh předpokladů a byly popsány různé vrstvy zachycující schopnost systému reagovat na tyto změny, resp. role různých aktérů při zavádění těchto změn. I v tomto směru je přitom potřebné upozornit nejprve na značně odlišnou situaci ve sledovaných zemích, kdy se v různých zemích výrazně liší nejen propojení mezi sektorem LTC a sektory, které mohou podporovat zavádění inovací (nejen) do této oblasti, ale kdy jsou odlišné podmínky pro zavádění změn v samotném sektoru LTC, liší se míra politické podpory změn v této oblasti a zároveň se sledované země výrazně lišily i z hlediska své inovační infrastruktury, stavu ekonomického a technologického

vývoje nebo míry podpory inovativních řešení obecně (tj. nejen ve vztahu ke službám LTC).

Empirické šetření ukázalo, že zavádění inovací v oblasti LTC je velmi významné mj. kvůli snaze o zajištění udržitelnosti těchto služeb, jež mohou poměrně zřetelně limitovat právě některé aktuální společenské a ekonomické trendy. Technologické inovace také mohou zvyšovat efektivitu těchto služeb, kdy mohou zlepšovat jak možnosti uspokojení potřeb klientů těchto služeb, tak usnadnit nároky kladené na personál, jehož udržení se v současnosti ukazuje jako výrazný problém v řadě systémů LTC (přičemž nedostatek kvalifikovaného personálu se zároveň ukazoval být jednou z významných překážek pro zavádění inovací v tomto sektoru, což dále snižuje atraktivitu systému LTC v očích řady potenciálních zaměstnanců, případně je příčinou odchodu části stávajících zaměstnanců).

Z řady charakteristik, jež podle dotázaných usnadňovaly zavádění inovací, lze jako zvlášť významné vnímat:

- obecnější ekonomické a politické předpoklady jako např. zavedenou infrastrukturu pro informační a komunikační technologie, zaměření ekonomiky na nové technologie a jejich politickou podporu, mezinárodní spolupráci nebo možnosti rozpočtu;
- finanční podporu výzkumu a inovací;
- systémové a společenské předpoklady, např. tlak na zdravotnické a sociální služby související s demografickými změnami;
- pozitivnější přístup k inovacím jako reakci na rostoucí nedostatek odborníků;
- zvyšující se důraz na potřeby příjemce péče a přizpůsobování služeb těmto potřebám, nutnost reflektovat potřeby, měnit se, být inovativní;

- zvyšující se důraz na zachování sociálních sítí klientů a na práci s nimi při zajišťování jejich potřeb namísto toho, aby řadu potřeb zajišťovali profesionální pečovatelé (tj. trend, jehož cílem je odklon od přístupu „o někoho se postarat“ k přístupu „něco dotýcnému zajistit“).

Z okolností, které zavádění inovací v systému LTC naopak spíše ztěžovaly, je třeba poukázat především na:

- chybějící politickou vůli vytvořit systém dlouhodobé péče;
- překážky vyplývající z administrativního uspořádání, z rozdělení kompetencí či z celkového nastavení finančních schémat (např. odlišné schéma pro financování léčby a péče apod.);
- neochotu riskovat, politické překážky, chybějící odvalu ke změnám;
- přílišnou byrokracii nebo regulaci;
- nedostatek veřejných financí, omezenou kapacitu pro investice do sociálních inovací, nevhodné nastavení finančních pobídek, které neumožňují zavádění inovací;
- nedostatečnou připravenost poskytovatelů služeb a také uživatelů služeb.

Jak poukázal jeden z dotázaných, přístup poskytovatelů k zavádění inovací není možné paušálně zhodnotit, i přesto však všichni dotázaní korespondenti konstatovali, že poskytovatelé dlouhodobé péče jsou při zavádění nových forem LTC aktivní. Současně dotázaní upozornili na některé okolnosti, jež jejich možnosti v tomto ohledu limitují (další náklady, nutnost investic, absence další podpory apod.), nebo je mohou k zavádění inovací naopak motivovat (nutnost reagovat na vývojové trendy, situaci na trhu, zájem využít ekonomického přínosu inovací pro rozpočet služeb LTC, možnost využití veřejné podpory).

V posledních pěti letech byly do systému LTC ve sledovaných zemích zavedeny tyto stěžejní inovace:

- byly vytvořeny nové typy pobytových zařízení (tzv. solidární domy, případně specializovaný rezidenční pobyt pro starší osoby s demencí);
- byly zkoušeny nové způsoby zapojení komunity do poskytování péče a využití kapacit neformálních pečovatelských (rozvoj koncepce péče o lidi, kteří potřebují péči v malých skupinách o 7–9 osobách, adoptivní rodiny pro starší osoby);
- při poskytování péče byly využívány nové technologie (např. využívání digitálních systémů, sdílení dat z různých systémů, využití technologií upozorňujících příjemce péče na vhodný čas pro podání léků, respektive upozorňujících personál v případě nenadálé rizikové události postihující příjemce péče apod.);
- rozvíjely se nebo rozšiřovaly stávající aktivity a programy (každodenní rehabilitace);
- měnil se systém podpor, respektive financování, proběhly organizační úpravy, probíhalo propojování systémů nebo se rozšířily možnosti zapojení dalších subjektů apod. (propojování forem péče, příklon k poskytování péče v domácím prostředí, koordinace činnosti různých odborníků při poskytování LTC).

Zavádění některých inovací nicméně současně přináší i určitá rizika nebo vytváří nové tenze a problémy v některých dalších oblastech (např. zajištění ochrany soukromí, ochrana pracovní síly). V těchto, ale i v řadě dalších případech se ukazuje jako velmi významné odzkoušení nových technologií a výzkum dopadů jejich použití na postavení zúčastněných a seznámení se s možnými riziky a nezbytnými předpoklady. Zavádění některých navrhovaných změn bez ověření jejich dopadů by totiž mohlo mít nečekané negativní

dopady, současně ale platí také to, že rezignace na snahu o zavádění změn může znamenat stagnaci poskytovaných služeb a následně vést i ke ztrátě schopnosti systémů LTC reagovat na aktuální společenské a ekonomické trendy a k prohlubování některých negativních trendů v této oblasti. V souvislosti s možnými riziky zavádění nových přístupů poukázali dva dotázaní na neúspěch některých inovací využívajících technologické prostředky, protože je klienti nepřijali (některé projekty využívající při poskytování péče roboty, respektive aplikace a produkty, jež nebyly optimální pro každého pacienta, případně technologie, jež selhaly během testování).

Jak již bylo zmíněno výše, pro systém LTC jsou klíčovými otázkami jeho schopnost reagovat na aktuální společenské trendy a současně i jeho udržitelnost. Právě s ohledem na první z těchto dvou skutečností je tak bezpochyby žádoucím trendem realizace inovativních projektů reagujících na aktuální společenské trendy. Na druhou stranu, jak konstatoval jeden dotázaný, jejich značným limitem je jejich krátkodobost, respektive to, že se nedaří zajistit další financování realizovaných aktivit po vyčerpání prostředků přidělených na projekt.

Pro zavádění změn v systému LTC se na základě odpovědí korespondentů jako nezbytné ukazovaly politická vůle a funkční systém institucí, respektive kapacity těchto institucí (nejenom) pro inovace. Zároveň bylo z výsledků empirického šetření jasné patrné, že při dosažení určité míry komplexity systému LTC se poměrně výrazně zmenšuje prostor pro inovace a je poměrně obtížné zásadním způsobem měnit systémy, které jsou velmi komplexní a do jejichž podoby se promítají odlišné zájmy velkého množství aktérů. Tuto situaci lze ilustrovat výrokem německého korespondenta, podle

něhož je LTC „v současnosti na vysoké úrovni a je proto poměrně omezená možnost pro zavádění rozsáhlejších inovací – spíše je potřebné pokračovat ve vývoji existujících mechanismů a v některých případech je doplnit novými“. Současně se ale ukázalo, že v zemích, ve kterých byla inovacím a výzkumu obecně věnována značná pozornost, lze dosáhnout řady významných inovací i při značné komplexitě systému LTC. Výroky dotázaných korespondentů zároveň ukazují, že zavádění inovací v systému LTC je a mělo by i nadále být předmětem odborné diskuse a případné úpravy systému LTC by měly být podloženy empirickými zjištěními.

Navíc jakkoli tato kapitola zachytila řadu klíčových charakteristik vybraných systémů LTC a reflexi, kterou poskytli dotázaní korespondenti, některá jejich vyjádření současně ukázala, že tyto systémy rozhodně nejsou statické a v uplynulých letech prošly řadou významných změn a především, že se v řadě zemí velmi výrazně proměnila infrastruktura pro inovace. S ohledem na již zmíněné značné množství aktérů podílejících se na fungování systému LTC je třeba při dalším využití poznatků vzít v potaz také to, že systémy LTC ve sledovaných zemích rozhodně nelze vnímat jako jakési „monolity“ a potenciál pro inovace se může na různých úrovních a u různých aktérů velmi lišit. To dokumentuje i výrok holandského korespondenta: *„Stejně jako v každém sektoru existují i v sektoru péče o starší osoby rychlí inovátoři, následovníci a konzervativci. Nejde nutně o malá versus velká města nebo o města versus venkov.“*

3

Systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v ČR

3.1 Dosavadní diskuze nad tvorbou systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Jak již bylo uvedeno, dlouhodobá sociálně-zdravotní péče zahrnuje komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. OECD tuto péči vymezuje jako určité spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit (hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost najíst se samostatně, přesunout se z postele či křesla). Služby dlouhodobé péče tedy potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách a tento stav je setrvalý, může být způsoben jak chronickými onemocněními, tak může být důsledkem zdravotního postižení. Většina z těch, kteří potřebují služby dlouhodobé péče, jsou lidé vyššího věku.¹⁴⁰

Také EU charakterizuje dlouhodobou péči jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak natolik

¹⁴⁰ Long-term Care for Older People. Paris: OECD, 2005. ISBN 92-64-00848-9.

Dostupné z: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page140.

neuspokojivé úrovni, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují zcela logicky jak zdravotní, tak sociální služby. Vzhledem k současným demografickým změnám je třeba považovat za správné či alespoň uspokojivé řešení otázky dlouhodobé péče za důležitou podmínku udržitelnosti zdravotnických služeb a kvality služeb sociálních a zdravotně-sociálních. Dlouhodobou péčí mohou za určitých situací potřebovat lidé všech věkových skupin, nejčastěji jsou to však lidé seniorského věku, potřeba dlouhodobé péče výrazně narůstá ve věku nad 75 let.¹⁴¹

V ČR byla dlouhodobá péče poprvé charakterizována v Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008–2012¹⁴² jako „péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starších osob neoddělitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti“.

První a doposud bohužel poslední návrh legislativně u nás upravit systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče byl učiněn v roce 2011 v rámci Návrhu věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče,¹⁴³ tento návrh však byl odmítnut již na jednání Legislativní rady vlády a dále už nebyl projednáván. Návrh reagoval na skutečnost, že stávající systémy poskytování

¹⁴¹ Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. Praha: MPSV, 2010. ISBN 978-80-7421-021-1.

¹⁴² Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Praha: MPSV, 2008. ISBN 978- 80- 86878- 65-2. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/starnuti_cz_web.pdf/4411f954-d060-881c-0ab0-22d1600948be.

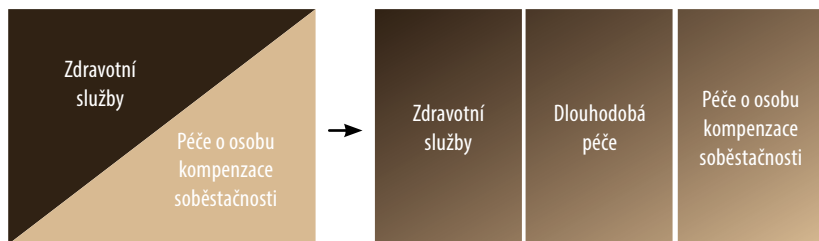
¹⁴³ Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče, Praha: MPSV, 2011 (č.j. 2011/68462 – 223 ze dne 26. října 2011).

¹⁴⁴ PRŮŠA, L. Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-097-4.

sociálních služeb a zdravotní péče fungují jak na celostátní, tak v zásadě i na všech regionálních úrovních izolovaně bez žádoucích průníků, které by zvýšily efektivitu vynakládaných finančních prostředků v obou systémech. V tomto smyslu se jednalo zejména o tyto skutečnosti:

- zdravotní pojišťovny hradily (a bohužel dodnes hradí) náklady lékařem řádně indikované a příslušnými zdravotnickými pracovníky skutečně poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče pouze z cca 20 %;
- ve zdravotnických zařízeních bylo podle vyjádření VZP ČR zhruba 15 tisíc klientů, jímž byla indikována a poskytována zdravotní péče, přestože jim mohla být tato péče poskytována v pobytovém zařízení sociálních služeb, popř. v jejich domácnostech, avšak v důsledku nedostatku těchto kapacit a neschopnosti zdravotních pojišťoven odhalit tuto skutečnost je jim veškerá péče hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění.¹⁴⁴

Změny, které byly navrženy proto, aby se systém služeb dlouhodobé péče stal efektivním, lze schematicky znázornit na následujícím obrázku.



Obrázek č. 1: Dlouhodobá péče v ČR: současný stav a návrh řešení

Zdroj: HEGER, L. Dlouhodobá péče ve zdravotnictví. Konference Dlouhodobá péče v ČR, Praha 24. 5. 2011.

Nicméně ačkoliv byla v rámci výchozích principů jednoznačně deklarována podpora rozvoje služeb dlouhodobé péče v domácím prostředí jednotlivých klientů, naprostá většina návrhu věcného záměru zákona byla věnována problematice poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v pobytových zařízeních. Přitom systémy hodnocení sociálních a zdravotních potřeb klientů dlouhodobé péče měly zůstat izolované. Nepředpokládalo se, že dojde k hodnocení potřeb klientů dlouhodobé péče v jejich přirozeném prostředí společně zástupci sociální a zdravotní sféry tak, jako je tomu např. v Německu.

Jako klíčový prvek pro efektivní fungování systému financování a poskytování dlouhodobé péče je nutno chápat vytvoření „zrcadla“ mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb a mezi poskytováním sociálních služeb (přesněji služeb sociální péče) v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. V konkrétní podobě se jedná především o vyplácení příspěvku na péči klientům v lůžkových zdravotnických zařízeních a financování indikované a skutečně poskytnuté ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb paušální platbou tak, jako je tomu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.¹⁴⁵

Přestože zákony jak v oblasti poskytování sociálních služeb, tak i v oblasti poskytování zdravotní péče by v zásadě měly usilovat o zajištění příznivých životních podmínek pro všechny skupiny

¹⁴⁵ PRŮŠA, L. *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče. Rezidenční péče č. 4/2011. ISSN 1801-8726.*

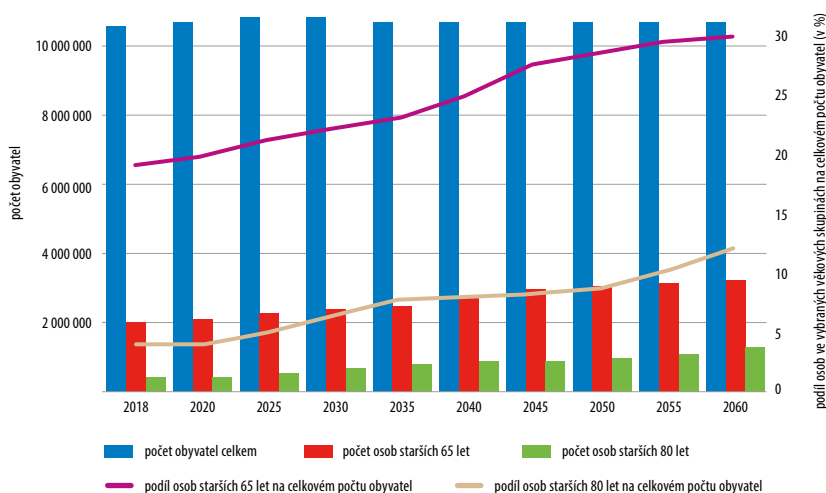
obyvatelstva, v praxi je vidět, že tomu tak v řadě případů není. Zatímco v oblasti poskytování zdravotní péče jsou dnes v praxi již v zásadě uplatňovány tržní principy a jedním z cílů celého zdravotního systému je vytvořit zisk, v oblasti sociálních služeb je úsilí soustředěno na zajištění základních lidských práv a svobod jednotlivců s cílem podporovat rozvoj jejich samostatnosti a motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Snaha o vytvoření zisku při poskytování zdravotní péče se – při velmi dobré úrovni akutní medicíny – odráží ve snižování kvality poskytované následné péče zejména o dlouhodobě nemocné v lůžkových zdravotnických zařízeních a ve snižování dostupnosti domácí zdravotní péče, kterou jsou praktičtí lékaři pod tlakem zdravotních pojišťoven nuceni indikovat pouze v omezeném rozsahu.

V řadě evropských zemí jsou zdravotní péče i sociální služby poskytovány v působnosti jediného resortu, zpravidla ministerstva zdravotnictví. Historické zkušenosti České republiky z konce 80. let minulého století, kdy došlo k dočasnému spojení těchto oblastí pod tehdejší Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí ČSR, však ukazují, že toto řešení nevedlo k žádoucímu propojení obou systémů péče. S úspěchem se nesetkala ani snaha ministerstva práce a sociálních věcí při přípravě zákona o sociálních službách na přelomu 20. a 21. století, kdy v rámci jedné z připravovaných verzí bylo navrženo, aby se všechna zdravotnická zařízení mohla registrovat – při splnění všech zákonem definovaných podmínek – jako poskytovatelé sociálních služeb (obrácený postup již tehdy platná legislativa umožňovala). Tento návrh však byl ze strany jedné z významných asociací českých nemocnic naprosto nekompromisně zamítnut pro jeho údajnou vysokou administrativní náročnost

spočívající v nutnosti vyúčtovat příspěvek na péči. Dnes vidíme, že pravý důvod byl zcela jiný – byla to obava z nenaplnění vysokých nároků kladených na standardy poskytovaných sociálních služeb. Jaké jsou v současné době důsledky tohoto postupu? Jsou to:

- naprosto nedostatečná kvalita poskytované péče na lůžkách následné péče v pobytových zdravotnických zařízeních;
- absence integrovaného systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.

Projekce vývoje obyvatelstva, kterou zpracoval ČSÚ v roce 2018, signalizuje, že v následujících letech dojde v naší zemi k výraznému nárůstu počtu osob starších 65 let a zejména 80 let, což povede k výraznému nárůstu podílu počtu osob v těchto věkových skupinách na celkovém počtu obyvatel (viz graf č. 1).

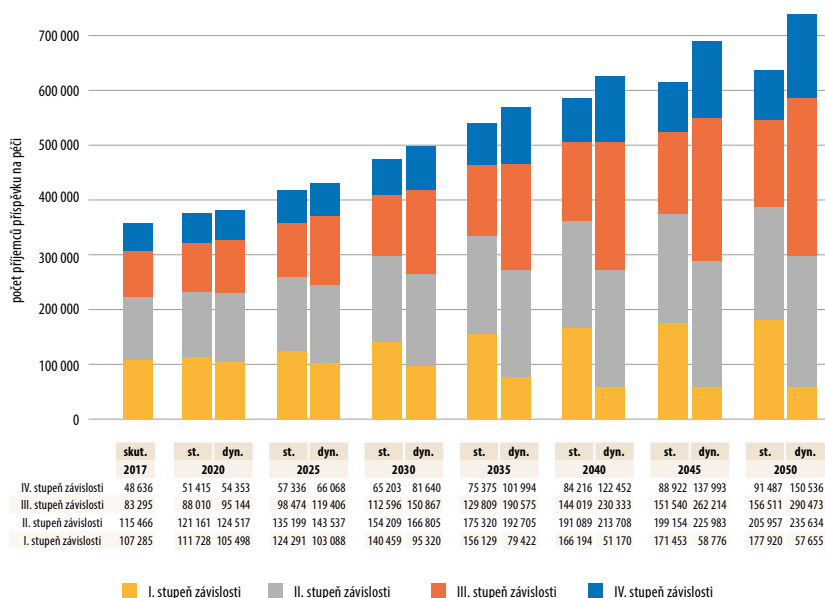


Graf č. 1: Projekce obyvatelstva České republiky 2018–2100

Zdroj: Projekce obyvatelstva České republiky 2018–2100. Praha: ČSÚ, 2018.

Dostupné z: <https://www.czso.cz/cso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>.

Nárůst počtu osob v seniorském věku se promítne v nárůstu počtu příjemců příspěvku na péči. V uplynulém období byly zpracovány dva scénáře vývoje počtu příjemců příspěvku na péči do roku 2050 – statický a dynamický. Na základě takto provedených propočtů lze očekávat, že do roku 2050 vzroste počet příjemců příspěvku na péči ze současných cca 355 tisíc osob na 632–734 tisíc osob (viz graf č. 2).



Graf č. 2: Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči do roku 2050

Zdroj: HORECKÝ, J. a L. PRŮŠA. Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019–2050. Tábor: APSS ČR, 2019. ISBN 978-80-907053-4-0.

Z řady předchozích výzkumů¹⁴⁶ vyplývá, že naše společnost není připravena na to, řešit sociální a zdravotní důsledky vyplývající z očekávaných demografických trendů. Při znalosti konkrétní situace v jednotlivých resortech, projevující se mj. v naprosto odlišných

¹⁴⁶ PRŮŠA, L. Kdo zabezpečí péči o naše seniory? Demografie č. 1/2019. ISSN 0011-8265.

motivacích jednotlivých stakeholderů,¹⁴⁷ je zřejmé, že k vytvoření efektivního systému poskytování sociálních služeb a zdravotní péče především seniorům a zdravotně handicapovaným občanům může dojít pouze na regionální a místní úrovni prostřednictvím účinné koordinace poskytovaných sociálních a zdravotních služeb ze strany místní veřejné správy, popř. jimi zřizovanými subjekty.

3.2 Kvantifikace výdajů na poskytování systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Podle mezinárodní metodiky sledování výdajů na dlouhodobou péči SHA 2011 (A System of Health Accounts 2011) se rozlišují dvě skupiny výdajů:¹⁴⁸

1. dlouhodobá zdravotní péče (HC.3), která zahrnuje tři formy:

- lůžková dlouhodobá péče (HC 3.1), která zahrnuje služby dlouhodobého charakteru poskytované v nemocnicích, v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v týdenních stacionářích apod.;
- denní dlouhodobá péče (HC 3.2), která je poskytována v denních stacionářích, v centrech denních služeb, zahrnuje rovněž odlehčovací služby;
- domácí dlouhodobá péče (HC 3.4) zahrnuje služby poskytované

¹⁴⁷ Např. v oblasti zdravotní péče je člověk stále chápán jako objekt poskytované péče – jako pacient – který nemá prakticky žádnou možnost spolurozhodovat kvůli informačnímu monopolu na straně lékaře o zvolených léčebných postupech a metodách svého léčení, při poskytování sociálních služeb je člověk chápán jako klient, který – pokud je toho schopen – může rozhodovat, popř. spolurozhodovat o formě řešení své sociální situace (tedy o tom, zda mu péče bude poskytována v pobytovém zařízení, nebo v domácím prostředí rodinnými příslušníky, nebo profesionálními poskytovateli).

¹⁴⁸ Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010–2017. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90577099/26000518.pdf/e345ea90-0b2f-4b46-947e-5ae317a3c36d?version=1.1>.

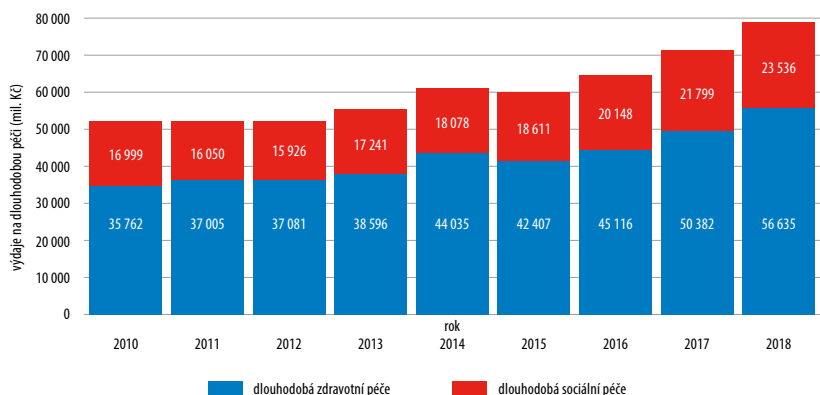
klientům v přirozeném prostředí jejich domova (domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence).

2. dlouhodobá sociální péče (HCR.1), která zahrnuje:

- služby tzv. asistenčního charakteru (dovážka nebo příprava oběda, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické, výchovné a vzdělávací činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů pacienta (klienta));
- peněžité dávky dlouhodobé sociální péče (dávky pro osoby se zdravotním postižením a část výdajů na příspěvek na péči).

Je zřejmé, že toto členění neodráží klasifikaci výdajů na dlouhodobou sociální a zdravotní péči tak, jak jsou tyto výdaje chápány v ČR.

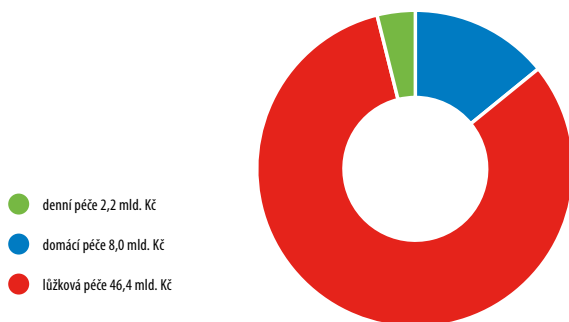
Český statistický úřad dlouhodobě publikuje výsledky zdravotnických účtů. První kvantifikace výdajů na dlouhodobou péči podle nové metodiky SHA 2011 byly publikovány v roce 2017. Podle této metodiky činily v roce 2018 celkové výdaje na dlouhodobou péči 80,2 mld. Kč, z toho 56,7 mld. Kč představovaly výdaje na dlouhodobou zdravotní péči a 23,5 mld. Kč výdaje na dlouhodobou sociální péči (viz graf č. 3).



Graf č. 3: Vývoj výdajů na dlouhodobou péči v letech 2010–2018

Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010–2018, Praha: ČSÚ, 2020.

Dlouhodobá zdravotní péče je složena z řady služeb zdravotní a související osobní péče (např. podávání léků, ošetřování chronických ran, rehabilitace, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů, pomoc při poskytnutí stravy atd.), které pacient čerpá s primárním cílem zmírnit bolest a zvládnout špatný zdravotní stav s určitým stupněm závislosti. Pro účely zdravotnických účtů je členěna na dlouhodobou lůžkovou, denní a domácí péči (viz graf č. 4).

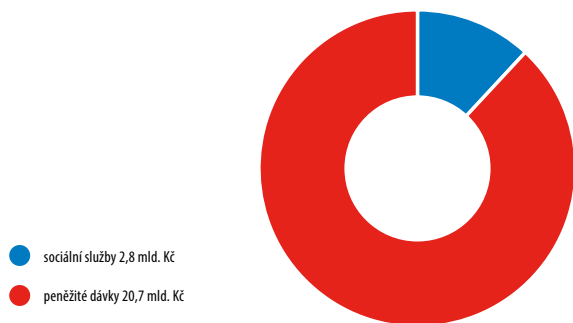


Graf č. 4: Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči v roce 2018 (mld. Kč)

Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010–2018, Praha: ČSÚ, 2020.

Dlouhodobá lůžková péče zahrnuje podle uvedené metodiky lůžkovou péči v různých typech zdravotnických zařízeních (např. v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, ostatních specializovaných léčebnách, hospicích apod.) a v rámci sociálních služeb (v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením, týdenních stacionářích apod.). Nejvíce finančních prostředků z kategorie dlouhodobé lůžkové péče bylo v letech 2010–2018 z veřejných rozpočtů podle této metodiky ČSÚ vydáno na provoz domovů pro seniory, výdaje na tuto péči činily v roce 2018 celkem 14,6 mld. Kč.

Dlouhodobá sociální péče v systému zdravotnických účtů zahrnuje výdaje na služby, které zajišťují pomoc s činnostmi každodenního života, a výdaje na peněžité dávky (viz graf č. 5).

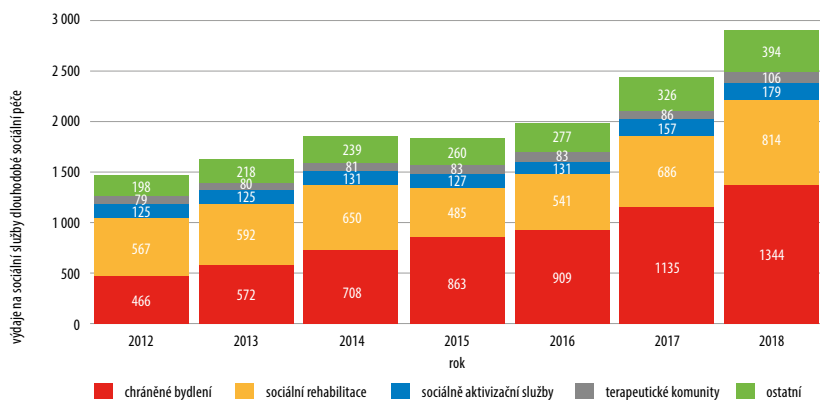


Graf č. 5: Výdaje na dlouhodobou sociální péči v roce 2018

Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010–2016, Praha: ČSÚ, 2019.

V případě sociálních služeb dlouhodobé sociální péče se jedná výhradně nebo převážně o poskytování tzv. asistenčních služeb typu pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid, nákupy, zajištění stravy), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí ubytování, sociálně-terapeutické, výchovné a vzdělávací

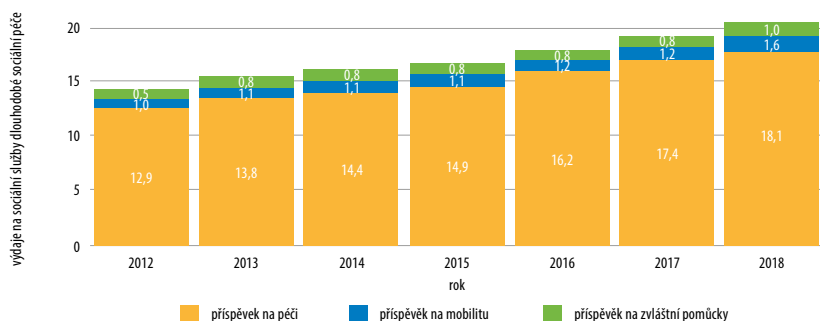
činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (viz graf č. 6).



Graf č. 6: Vývoj výdajů na sociální služby dlouhodobé sociální péče v letech 2012–2018 (mil. Kč)

Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010–2018, Praha: ČSÚ, 2020.

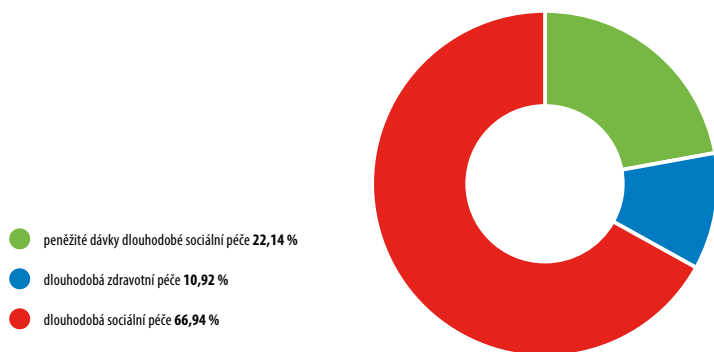
Peněžitě sociální dávky dlouhodobé sociální péče zahrnují podle uvedené metodiky příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcky, nejnákladnější z nich je příspěvek na péči (viz graf č. 7).



Graf č. 7: Vývoj výdajů na peněžitě dávky dlouhodobé sociální péče v letech 2012–2018 (mln. Kč)

Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010–2018, Praha: ČSÚ, 2020.

Pokud bychom měli kvantifikovat výdaje na dlouhodobou péči z pohledu členění, které vychází z kompetencí jednotlivých ministerstev (s využitím metodiky SHA 2011 zohledňující i výdaje na některé sociální dávky), potom při použití údajů statistických ročenek ministerstva zdravotnictví¹⁴⁹ a ministerstva práce a sociálních věcí¹⁵⁰ činily v roce 2018 náklady dlouhodobé sociálně-zdravotní péče celkem 61 966 mil. Kč (viz graf č. 8), tedy o přibližně 18 mld. Kč méně, než je vykazováno ve zdravotnických účtech.



Graf č. 8: Struktura výdajů na dlouhodobou péči v roce 2018 podle kvantifikace VÚPSV
Zdroj: vlastní propočty.

Celkové náklady dlouhodobé zdravotní péče činí podle těchto propočtů pouze 6 766 mil. Kč, z toho náklady v léčebnách pro dlouhodobě nemocné činily 3 476 mil. Kč, náklady na ošetrovatelských lůžkách

¹⁴⁹ Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: ÚZIS ČR, 2019. ISSN 1210-9991.
Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/fj/008280/zdrroccz-2018.pdf>.

¹⁵⁰ Statistická ročenka z oblastí práce a sociálních věcí 2018. Praha: MPSV, 2019.
Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2018+%282%29.pdf/d16a5977-62d8-0ce2-bfd4-15d6118a9700.
Základní ukazatele z oblastí práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2017. Praha: MPSV, 2018. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/975121/Z%C3%A1kladn%C3%AD+ukazatele+z+oblasti+pr%C3%A1ce+a+soci%C3%A1ln%C3%ADho+zabezpečení%C4%8Den%C3%AD+v+%C4%8Cesk%C3%A9+republie+2018+%281%29.pdf/28c53e06-f39e-bf6f-58ff-4a5bde324b51>.

dosáhly úrovně 1 059 mil. Kč, náklady na lůžka hospicového typu činily 224 mil. Kč a náklady domácí zdravotní péče dosáhly úrovně 2 007 mil. Kč. Do těchto nákladů tedy nejsou zahrnuty náklady na služby sociální péče, které jsou poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Celkové náklady dlouhodobé sociální péče dosáhly v roce 2018 úrovně 41 480 mil. Kč, které zahrnují náklady na všechny služby sociální péče. Tedy:

■ domovy pro seniory	14 247 mil. Kč
■ domovy se zvláštním režimem	8 481 mil. Kč
■ domovy pro osoby se zdravotním postižením	6 117 mil. Kč
■ chráněné bydlení	1 249 mil. Kč
■ týdenní stacionáře	377 mil. Kč
■ osobní asistence	881 mil. Kč
■ pečovatelská služba	3 474 mil. Kč
■ tísňová péče	59 mil. Kč
■ průvodcovské, předčitatelské a tlumočnické služby	14 mil. Kč
■ podpora samostatného bydlení	75 mil. Kč
■ odlehčovací služby	813 mil. Kč
■ ostatní	5 693 mil. Kč

Náklady na peněžité dávky dlouhodobé sociální péče dosáhly v roce 2018 úrovně 13 720 mil. Kč, z toho náklady na příspěvek na péči činily 11 095 mil. Kč, náklady na příspěvek na mobilitu dosáhly úrovně 1 648 mil. Kč a náklady na příspěvek na zvláštní pomůcku činily 977 mil. Kč.

K provedené kvantifikaci je nutno uvést:

1. Do nákladů dlouhodobé zdravotní péče jsou zahrnuty pouze ty typy lůžek, které do svých statistik započítává WHO¹⁵¹ a to přesto, že podle odhadů VZP ČR je na interních odděleních nemocnic cca 15 tisíc osob hospitalizováno především ze sociálních důvodů.
2. Do nákladů na dlouhodobé služby sociální péče jsou zahrnuty výdaje na poskytování všech typů služeb sociální péče tak, jak jsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
3. Do nákladů na peněžité dávky dlouhodobé sociální péče jsou zahrnuty v plném rozsahu výdaje na příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.
4. Z hlediska výdajů na příspěvek na péči je nutno vycházet z toho, že tato dávka je určena na krytí nákladů na poskytované sociální služby, a tedy že tyto výdaje jsou již částečně zahrnuty ve výdajích na jednotlivé sociální služby a že podle dříve získaných poznatků¹⁵² je příspěvek na péči v případě, že příjemce této dávky nevyužívá žádnou z forem služeb od registrovaných poskytovatelů, využíván také na úhradu výdajů, které s péčí přímo nesouvisí, nejčastěji se jedná především o úhradu běžných výdajů v domácnosti, úhradu nákladů na bydlení, nákladů na dopravu, úhradu léků, v některých případech je příspěvek na péči vynakládán na nákup jídla a vitamínů, na splátky automobilu, na nákup oblečení a hygienických pomůcek, na spoření či nákup invalidního vozíku.

¹⁵¹ *Beds in nursing and residential care facilities, per 100 000.* Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_23-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-per-100-000/visualizations/#id=27682.

¹⁵² *Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči.* Praha: MARKENT, s. r. o., & VÚPSV, v. v. i., 2011.

V prosinci 2017 pobíralo příspěvek na péči celkem 354,7 tis. klientů v této struktuře (viz tabulka č. 17):

stupeň závislosti	forma péče			žádný reg. poskytovatel	celkem
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení		
I.	9 679	5 090	5 770	86 746	107 285
II.	17 237	4 662	5 064	88 503	115 466
III.	21 741	2 608	3 002	55 944	83 295
IV.	21 146	1 250	1 586	24 654	48 636
celkem	69 803	13 610	15 422	255 847	354 682

Tabulka č. 17: Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2017 podle formy poskytované péče
Zdroj: Vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV.

Za předpokladu, že by tato struktura příjemců příspěvku na péči byla zachována po celý rok 2018, potom by výdaje na tuto dávku příjemcům, kteří:

- využívali terénní služby, činily 896,5 mil. Kč;
- nevyužívali žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů, činily 15 401,9 mil. Kč.

Předpokládáme, že:

- 50 % z objemu výdajů na příspěvek na péči pro příjemce, kteří využívali terénní služby, využili tito příjemci na nákup těchto terénních služeb (tedy 448,3 mil. Kč, které jsou již zahrnuty v objemu výdajů na jednotlivé terénní služby), a ze zbylých 50 % využili příjemci 30 % na úhradu běžných výdajů v domácnosti (tedy v rozporu s úmysly zákonodárce), na sociální služby zajišťované členy rodiny tedy bylo vynaloženo 313,8 mil. Kč;

- 30 % z objemu výdajů na příspěvek na péči pro příjemce, kteří nevyužívali žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů, bylo využito na úhradu běžných výdajů v domácnosti, na sociální služby zajišťované členy rodiny tedy bylo vynaloženo 10 781,3 mil. Kč.

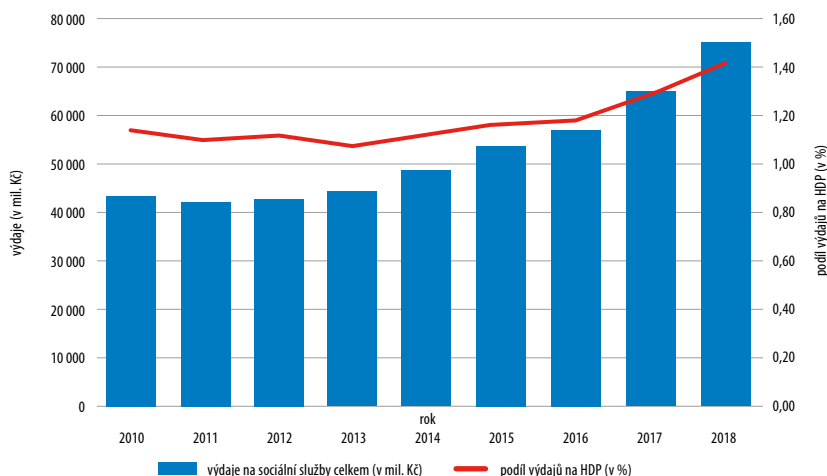
Za těchto předpokladů tedy výdaje na příspěvek na péči, které je podle metodiky SHA 2011 nutno započítat do nákladů na dlouhodobé služby sociální péče, činí 11 095,1 mil. Kč.

3.3 Analýza systému financování sociálních služeb – vybrané hlavní problémy

V roce 2018 bylo na sociální služby vynaloženo celkem 74 766 mil. Kč, z toho činily:

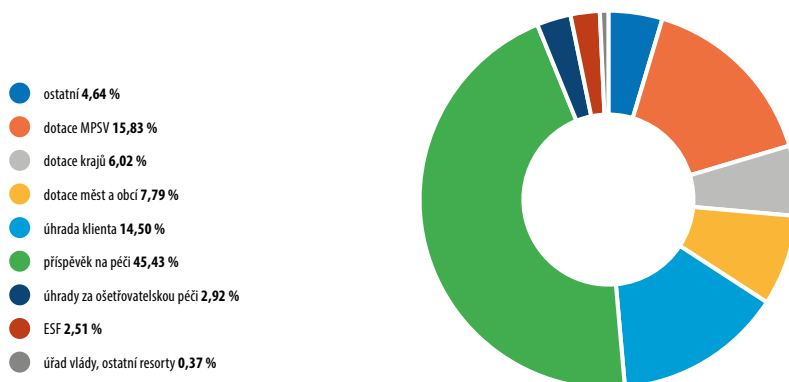
■ dotace MPSV	14 895 mil. Kč
■ příspěvky krajů	10 387 mil. Kč
■ příspěvky obcí a měst	8 947 mil. Kč
■ úhrady klientů za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb a za jednotlivé úkony terénních služeb	9 034 mil. Kč
■ příspěvek na péči	26 013 mil. Kč
■ úhrady za ošetrovatelskou péči	2 250 mil. Kč
■ prostředky EU	1 000 mil. Kč
■ výdaje Úřadu vlády ČR a ostatních resortů	170 mil. Kč
■ ostatní	2 070 mil. Kč

Od roku 2010 vzrostly tyto výdaje o cca 74 %, jejich podíl na HDP se zvýšil z 1,14 % v roce 2010 na 1,41 % v roce 2018 (viz graf č. 9).

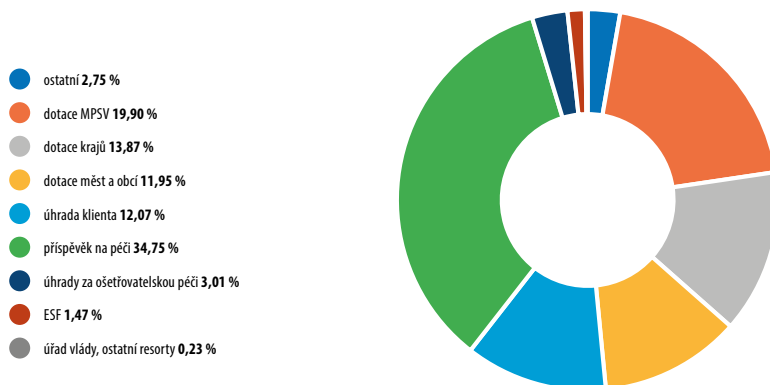


Graf č. 9: Vývoj výdajů na sociální služby a vývoj jejich podílu na HDP v letech 2010–2018
Zdroj: vlastní zpracování.

Během tohoto období se přitom výrazně změnila struktura financování, výrazně se zvýšila závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací z veřejných zdrojů, zatímco podíl předvídatelných zdrojů klesá.



Graf č. 10: Struktura financování sociálních služeb v roce 2010
Zdroj: vlastní zpracování.



Graf č. 11: Struktura financování sociálních služeb v roce 2018

Zdroj: vlastní zpracování.

Náklady na poskytování sociálních služeb jsou přitom výrazně regionálně diferencovány. Např. v domovech pro seniory byly v roce 2018 nejvyšší náklady v hlavním městě Praze (41 475 Kč na jedno místo měsíčně), v Jihočeském kraji (36 788 Kč na jedno lůžko měsíčně) a v Královéhradeckém kraji (35 198 Kč na jedno lůžko měsíčně), nejnižší náklady v Ústeckém kraji (28 011 Kč na jedno lůžko měsíčně), v Plzeňském kraji (28 963 Kč na jedno lůžko měsíčně) a ve Zlínském kraji (30 291 Kč na jedno lůžko měsíčně).

Obdobné rozdíly byly identifikovány i v domovech se zvláštním režimem. V roce 2018 byly nejvyšší náklady v těchto zařízeních v Jihočeském kraji (46 733 Kč na jedno místo měsíčně), v hlavním městě Praze (43 208 Kč na jedno místo měsíčně) a v Královéhradeckém kraji (42 466 Kč na jedno místo měsíčně), naopak nejnižší náklady byly v Plzeňském kraji (31 055 Kč na jedno místo měsíčně), v Ústeckém kraji (36 844 Kč na jedno místo měsíčně) a v Libereckém kraji (38 929 Kč na jedno místo měsíčně).

kraj		2013	2014	2015	2016	2017	2018
hl. město Praha	DS	27 365	28 929	29 743	32 731	37 365	41 475
	DZR	29 259	29 408	31 746	33 398	39 827	43 208
Středočeský	DS	22 246	22 544	22 988	24 945	28 007	32 716
	DZR	29 781	27 891	29 908	31 236	35 130	40 684
Jihočeský	DS	24 600	25 756	27 069	28 575	32 396	36 788
	DZR	31 349	31 479	33 808	36 918	40 777	46 733
Plzeňský	DS	21 159	23 046	24 048	22 758	25 382	28 963
	DZR	25 828	23 976	24 341	24 547	26 516	31 055
Karlovarský	DS	22 282	22 859	22 815	23 461	26 608	32 376
	DZR	26 212	26 881	29 992	30 242	33 568	39 402
Ústecký	DS	19 826	21 266	21 901	22 131	24 852	28 011
	DZR	25 291	26 618	26 780	28 817	31 792	36 844
Liberecký	DS	25 453	26 499	27 212	27 437	29 627	33 456
	DZR	29 936	31 998	30 920	30 321	34 366	38 929
Královéhradecký	DS	23 696	24 541	26 324	27 840	31 735	35 198
	DZR	32 521	35 534	36 098	34 231	38 326	42 466
Pardubický	DS	22 341	22 858	23 916	25 338	27 691	31 765
	DZR	25 450	29 422	27 804	31 572	36 508	40 556
Vysočina	DS	23 510	23 585	24 308	24 991	27 523	31 035
	DZR	27 122	26 825	29 415	30 820	33 433	37 948
Jihomoravský	DS	24 110	25 302	25 791	28 128	32 119	34 607
	DZR	27 527	26 626	28 512	30 505	34 196	39 604
Olomoucký	DS	23 423	23 758	25 369	25 916	28 447	31 981
	DZR	29 663	31 209	30 700	33 616	37 063	40 881
Zlínský	DS	20 376	20 809	21 386	24 103	26 268	30 291
	DZR	25 634	26 251	27 311	29 341	33 671	36 725
Moravskoslezský	DS	24 046	24 900	25 776	26 891	30 036	33 460
	DZR	26 991	29 640	29 368	30 817	34 662	38 022

Tabulka č. 18: Vývoj průměrné měsíční výše nákladů v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem v jednotlivých krajích v letech 2013–2018

Zdroj: vlastní zpracování.

Uvedené vysoké rozdíly mezi maximální a minimální výší nákladů připadajících na jedno místo v obou typech těchto zařízení jednoznačně svědčí o tom, že kvalita poskytované péče je výrazným způsobem regionálně diferencována. Nelze očekávat, že v případě, kdy rozdíly mezi nejnižšími a nejvyššími náklady v relaci na jedno lůžko činí přibližně 33 %, lze zajistit stejnou kvalitu péče na celém území státu.

Současné jsou tyto náklady výrazně diferencovány i podle typu zřizovatele. V domovech pro seniory byly:

- v pěti krajích v roce 2018 nejvyšší náklady v příspěvkových organizacích krajů, přičemž nejvyšší byly v kraji Pardubickém (47 060 Kč na jedno lůžko měsíčně), v Karlovarském kraji (41 581 Kč na jedno lůžko měsíčně), v Jihomoravském kraji (39 679 Kč na jedno lůžko měsíčně), v Olomouckém kraji (36 290 Kč na jedno lůžko měsíčně a Moravskoslezském kraji (42 422 Kč na jedno lůžko měsíčně);
- ve čtyřech krajích nejvyšší náklady v organizacích, jejichž zřizovateli byly církve a náboženské společnosti, tedy v hlavním městě Praze (51 925 Kč na jedno lůžko měsíčně), v Královéhradeckém kraji (43 058 Kč na jedno lůžko měsíčně), ve Zlínském kraji (38 445 Kč na jedno lůžko měsíčně) a v Plzeňském kraji (35 729 Kč na jedno lůžko měsíčně);
- ve třech krajích nejvyšší náklady v organizacích, které měly statut obecně prospěšných společností, nejvyšší náklady přitom byly v Jihočeském kraji, kde činily 53 191 Kč na jedno lůžko měsíčně, ve Středočeském kraji činily náklady 47 921 Kč na jedno lůžko měsíčně a v Kraji Vysočina dosáhly úrovně 39 812 Kč na jedno lůžko měsíčně;

- ve třech krajích nejnižší náklady v organizacích, které měly statut příspěvkových organizací obcí, v Kraji Vysočina činily 32 166 Kč na jedno lůžko měsíčně, v Královéhradeckém kraji dosáhly úrovně 32 166 Kč na jedno lůžko měsíčně a v Jihočeském kraji, kde činily 35 985 Kč na jedno lůžko měsíčně;
- ve dvou krajích nejnižší náklady v organizacích, které měly statut společnosti s ručením omezeným (v Plzeňském kraji činily 27 109 Kč na jedno lůžko měsíčně, v hlavním městě Praze dosáhly úrovně 31 337 Kč na jedno lůžko měsíčně), akciových společností (v Pardubickém kraji činily 21 735 Kč na jedno lůžko měsíčně, v Moravskoslezském kraji dosáhly úrovně 24 167 Kč na jedno lůžko měsíčně) nebo obecně prospěšných společností (v Libereckém kraji činily 20 524 Kč na jedno lůžko měsíčně, v Ústeckém kraji dosáhly úrovně 23 714 Kč na jedno lůžko měsíčně);
- ve Zlínském kraji nejnižší náklady v příspěvkových organizacích, které byly zřízeny Zlínským krajem (činily 32 020 Kč na jedno lůžko měsíčně).

Uvedené rozdíly rozšiřují výše zmíněné tvrzení o rozdílné kvalitě péče v jednotlivých regionech, kvalita poskytované péče je podstatně výraznějším způsobem diferencována v závislosti na tom, kdo je zřizovatelem jednotlivých zařízení. Je zřejmé, že pokud mezi nejnižšími a nejvyššími náklady v relaci na jedno lůžko je více než 2,5násobný rozdíl, je kvalita poskytované péče na celém území státu výrazným způsobem diferencována i podle toho, kdo je zřizovatelem služby.

Výrazné rozdíly lze identifikovat ve výši průměrných nákladů připadajících na jedno lůžko měsíčně v příspěvkových zařízeních zřizovaných kraji a obcemi. S výjimkou hlavního města Prahy, která má současně status kraje i města, lze identifikovat několik zásadních trendů:

- pouze v Plzeňském a Zlínském kraji jsou náklady připadající na jedno lůžko měsíčně v příspěvkových zařízeních zřizovaných obcemi vyšší než náklady připadající na jedno lůžko měsíčně v příspěvkových zařízeních zřizovaných kraji, tyto rozdíly se přitom ve sledovaném období zvýšily;
- ve všech ostatních krajích jsou náklady připadající na jedno lůžko měsíčně v příspěvkových zařízeních zřizovaných kraji vyšší než náklady připadající na jedno lůžko měsíčně v příspěvkových zařízeních zřizovaných obcemi, tyto rozdíly se přitom ve všech krajích s výjimkou Kraje Vysočina ve sledovaném období zvýšily (nejvyšší procentuální nárůst je zaznamenán v Jihočeském kraji, v absolutním vyjádření byl nejvyšší rozdíl v roce 2018 zaznamenán v Pardubickém kraji).

kraj	2014	2018
hl. město Praha	-3 453	-1 560
Středočeský	-414	921
Jihočeský	752	3 678
Plzeňský	339	-1 973
Karlovarský	3 057	9 818
Ústecký	9 313	11 386
Liberecký	2 625	4 317
Královéhradecký	2 139	6 332
Pardubický	6 402	13 902
Vysočina	3 740	3 011
Jihomoravský	-142	1 880
Olomoucký	2 313	3 949
Zlínský	-1 818	-4 402
Moravskoslezský	2 437	5 759

Tabulka č. 19: Výše rozdílů mezi výší nákladů připadajících na jedno lůžko měsíčně v příspěvkových zařízeních zřizovaných kraji a obcemi v letech 2014 a 2018

Zdroj: vlastní zpracování.

Hlavním problémem rozdělování dotací ministerstva práce a sociálních věcí je skutečnost, že o jejich rozdělování rozhodují jednotlivé kraje ve své samosprávné působnosti. Tyto kraje jsou přitom zřizovateli 20 % všech poskytovaných služeb (ale 42,3 % všech pobytových zařízení) a současně zodpovídají za tvorbu sítě sociálních služeb. Je proto zřejmé, že kraje jsou v zásadním střetu zájmů, blokují vstup nových organizací do sítě sociálních služeb a tím si udržují svoje dominantní působení při poskytování sociálních služeb.

Ve výši přiznané dotace na jednotlivé typy služeb přitom existují výrazné regionální rozdíly. Např. v roce 2018 byla nejvyšší dotace v domovech pro seniory v relaci na jedno lůžko měsíčně přiznána v kraji Jihočeském (11 912 Kč), Olomouckém (10 464 Kč) a Karlovarském (10 194 Kč), nejnižší naopak v hl. městě Praze (6 709 Kč), v kraji Ústeckém (7 622 Kč) a Jihomoravském (8 260 Kč), dotace přiznaná v kraji Jihočeském byla cca o 78 % vyšší než v hl. městě Praze.

Obdobné trendy lze identifikovat i při hodnocení objemu dotací poskytovaných v roce 2018 na jedno lůžko v domovech se zvláštním režimem. Nejvyšší dotace byla přiznána v kraji Královéhradeckém (14 859 Kč), Zlínském (14 295 Kč) a Olomouckém (14 163 Kč), nejnižší naopak v kraji Jihomoravském (8 643 Kč), Plzeňském (9 147 Kč) a Středočeském (9 326 Kč). Dotace přiznaná v kraji Královéhradeckém byla o cca 72 % vyšší než dotace přiznaná v kraji Jihomoravském. Dotace na jedno lůžko měsíčně v domovech se zvláštním režimem jsou cca o 30 % vyšší než v domovech pro seniory vzhledem k náročnějšímu charakteru péče o klienty v obou typech zařízení.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením byly v roce 2018 přiznány v relaci na jedno lůžko měsíčně v porovnání s domovy pro seniory v absolutním vyjádření nejvyšší částky. Nejvyšší dotace byla přiznána v kraji Libereckém (28 027 Kč) a Moravskoslezském (23 092 Kč), nejnižší v hl. městě Praze (10 253 Kč) a v kraji Plzeňském (12 006 Kč). Dotace přiznaná v Libereckém kraji byla 2,7krát vyšší než dotace přiznaná v hl. městě Praze. Tyto rozdíly jsou však pravděpodobně determinovány především rozdílnou náročností péče o klienty různých forem postižení.

Výše přiznané dotace je přitom výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele. Např. v roce 2018 byly nejvyšší dotace v domovech pro seniory poskytovány zpravidla organizacím zřizovaným církvemi a náboženskými společnostmi, příspěvkovým organizacím zřizovaným kraji a obecně prospěšným společností, nejnižší naopak komerčním společností. Ve všech krajích s výjimkou kraje Ústeckého a Zlínského byla dotace přiznaná příspěvkovým organizacím zřizovaným kraji vyšší než příspěvkovým organizacím zřizovaným obcemi, zatímco v některých krajích byly tyto rozdíly velmi nízké (kraje Středočeský, Plzeňský, Liberecký a Kraj Vysočina), v Karlovarském kraji byla dotace přiznaná příspěvkovým organizacím zřizovaným krajem zhruba 4krát vyšší než dotace, která byla přiznána příspěvkovým organizacím zřizovaným obcemi. Relativně nejmenší rozdíly mezi výší přiznané státní dotace v závislosti na zřizovateli organizace lze identifikovat v Kraji Vysočina.¹⁵³

¹⁵³ Podrobněji viz PRŮŠA L. *Social Services at a Historical Crossroads*. in *Proceedings of the International Scientific Conference Economic and Social Policy: Economic and Social Challenges for European Economy*. Ostrava: Vysoká škola PRIGO, 2019. ISBN 978-80-87291-25-2.

Další problém z hlediska financování sociálních služeb lze spatřovat v tom, že ČR je v současné době jedinou zemí v Evropě, která vyplácí příspěvek na péči pouze v peněžitém vyjádření, a to bez stanovení dalších podmínek využití této dávky.¹⁵⁴ Počet stupňů závislosti je v současné době nejnižší z těch zemí, které sociální služby financují prostřednictvím této sociální dávky.¹⁵⁵ Podíl výdajů na příspěvek na péči, který je využíván pro financování sociálních služeb zabezpečovaných registrovanými poskytovateli, se trvale snižuje. Tato skutečnost je důsledkem toho, že peníze poskytnuté člověku se vždy vnímají jako příjem rodiny, a proto si rodiny příspěvek na péči ponechávají a neinvestují.¹⁵⁶ Značná část příjemců využívá příspěvek na péči ke zvýšení svých příjmů, popř. k úhradě svých závazků nebo závazků jiných členů rodiny (např. splátky půjček, hypotéky, leasingu), z přechozích výzkumů např. vyplývá, že tři pětiny příjemců příspěvku na péči, kteří nevyužívají služeb v pobytových zařízeních, hradí z tohoto příspěvku léky a více než čtvrtina z nich hradí z příspěvku na péči náklady na dopravu (jízdné a pohonné hmoty).¹⁵⁷

	objem příspěvku na péči, který byl využit pro financování sociálních služeb (v mil. Kč)	výdaje na příspěvek na péči celkem (v mil. Kč)	podíl výdajů na příspěvek na péči, který byl využit pro financování sociálních služeb zabezpečovaných registrovanými poskytovateli (v %)
2013	5 774	19 545	29,54
2014	5 808	20 402	28,47
2015	5 984	21 167	28,27
2016	6 445	23 046	27,97
2017	6 969	25 120	27,74
2018	7 182	26 013	27,61

Tabulka č. 20: Podíl výdajů na příspěvek na péči, který byl využit pro financování sociálních služeb zabezpečovaných registrovanými poskytovateli (v %)

Zdroj: vlastní zpracování.

Významným a zejména předvídatelným zdrojem příjmů jednotlivých poskytovatelů jsou úhrady klientů za poskytované sociální služby podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. Přestože objem těchto úhrad roste, jejich podíl na financování sociálních služeb se snižuje. V roce 2018 zaplatili klienti za poskytnuté sociální služby celkem 9 034 mil. Kč, tj. 12,1 % z celkového objemu nákladů vynaložených na poskytování sociálních služeb. Poslední zvýšení výše úhrad bylo realizováno od 1. 1. 2014, přičemž starobní důchody se zvyšovaly pravidelně každý rok.

Platná právní úprava úhrad klienta přitom obsahuje dva „ochranné“ prvky – jde o stanovení maximální výše úhrad za poskytování ubytování a stravy a o ustanovení, že po úhradě nákladů za ubytování a stravu musí klientovi zůstat alespoň 15 % jeho příjmu. Poskytovatel musí vždy stanovit úhradu v takové výši, aby na ni uživatel měl dostatek finančních prostředků, přičemž rozdíl mezi takto stanovenou úhradou není vykazován jako dluh uživatele, ale jde k tíži poskytovatele, který se snaží tuto ztrátu dofinancovat z jiných zdrojů, zejména se snaží dohodnout na spoluúčasti na úhradě těchto nákladů s jinou fyzickou nebo právnickou osobou.

Individuální přístup ke stanovování výše úhrad s ohledem na možnosti a zejména potřeby uživatelů je prakticky znemožněn přístupem poskytovatelů podpory z veřejných zdrojů, kteří ve snaze maximálně racionalizovat distribuci omezených prostředků

¹⁵⁴ MISSOC. *Comparative tables*. Dostupné z <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results>.

¹⁵⁵ PRŮŠA, L. Systémy dlouhodobé sociálně zdravotní péče ve vybraných evropských zemích – inspirace pro ČR. in *Sborník příspěvků vydaných při příležitosti 12. ročníku konference Současnost a perspektiva sociální péče ve společnosti 21. století, Litomyšl 2018*.

¹⁵⁶ TOMEŠ, I. 10x o sociální politice. *FÓRUM sociální politiky, mimořádné číslo/2015*.

¹⁵⁷ Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/13766/zajisteni_pece.pdf.

na podporu zařízení, jejichž jsou zřizovateli, očekávají maximalizaci výše úhrad od klientů. Pro individuální stanovování výše úhrad pod rámcem zákonných ochranných limitů tak v systému v současné době není dostatečný prostor a možnosti práce s úhradami v rámci sociální práce se prakticky nerealizují.

Např. více než polovina poskytovatelů služeb v domovech pro seniory nemá ve stávajících limitech vyhlášky č. 505/2006 Sb. prostor pro zvyšování úhrad za poskytování ubytování. Maximální výše sazby ve výši 210 Kč denně je problémem zejména v těch zařízeních, která nabízejí více typů ubytování, kde nelze při využití maximálního limitu dostatečně rozlišit výši úhrady podle kvality jednotlivých typů ubytování. Maximální výše sazby 170 Kč denně za poskytování stravování je problémem zejména v těch zařízeních, která nabízejí více typů diet, kde nelze při využití maximálního limitu dostatečně rozlišit výši úhrady podle specifik jednotlivých diet. Naproti tomu má dnes cca třetina klientů v domovech pro seniory tak nízké příjmy, že má stanovenou úhradu na nižší úrovni tak, aby jim zůstalo 15 % z těchto příjmů. Obdobná situace je i v domovech se zvláštním režimem.

Uzavření smlouvy o poskytování sociální služby je soukromoprávním aktem, do kterého svým rozhodnutím vstupuje stát tím, že stanovuje maximální výši úhrad za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb a za jednotlivé úkony poskytované v rámci terénních služeb na takové úrovni, která ex ante předpokládá, že poskytovatel sociální služby bude odkázán na poskytnutí dotací ze státního rozpočtu, na které však nemá právní nárok.¹⁵⁸

Jedním z nejvýznamnějších problémů poskytování sociálních služeb je dlouhodobě financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Zdravotní pojišťovny – především VZP ČR – v rozporu s platným právním stavem nehradí poskytovatelům sociálních služeb náklady lékařem indikované a ošetřujícím personálem provedené a vykázané péče, vytváří tlak na ošetřující lékaře, aby tuto formu péče klientům pobytových služeb neposkytovali, a v rámci své revizní činnosti se snaží minimalizovat rozsah skutečně poskytnuté péče, kterou by měly zaplatit. Objem finančních prostředků, které zdravotní pojišťovny poskytovatelům sociálních služeb v letech 2013–2018 poskytly, vzrostl asi o 30 %, v roce 2018 činil 2 250 mil. Kč, což je výrazně méně, než činí skutečné náklady poskytované péče.

V letech 2014–2015 realizoval VÚPSV šetření, v jehož rámci bylo zjištěno, že celkové náklady na poskytování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb činily 7,69 mld. Kč, zdravotní pojišťovny tedy uhradují pouze cca 15 % nákladů ošetřujícími lékaři indikované a ošetrovatelským personálem poskytnuté péče.¹⁵⁹ Úhrady zdravotních pojišťoven za poskytovanou ošetrovatelskou péči tedy nepokrývají skutečné náklady pobytových zařízení vynaložené na zajištění této péče. V těchto zařízeních tak dlouhodobě dochází ke skrytému financování zdravotní péče z jiných zdrojů, pravděpodobně z příspěvků poskytovaných jejich zřizovateli. Pro dofinancování těchto nákladů se však při současné právní úpravě jeví jako jediný možný zdroj účelově určený dar. Lze

¹⁵⁸ PRŮŠA, L. *Úhrada klientů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2019. ISBN 978-80-7416-365-4.

¹⁵⁹ PRŮŠA, L., J. LANGHAMROVÁ, P. BAREŠ a M. HOLUB. *Náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-232-9.

se proto domnívat, že použitím jiných zdrojů k dofinancování těchto nákladů porušují zejména příspěvkové organizace obcí, měst a krajů rozpočtovou kázeň podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních celků, v platném znění a vystavují se tak případným sankcím.¹⁶⁰

3.4 Důsledky očekávaného demografického vývoje na potřeby služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Výše uvedené údaje o změnách ve struktuře populace jednoznačně signalizují, že nárůst počtu osob v poproduktivním věku se musí projevit i v nárůstu celkové kapacity jednotlivých forem sociálních služeb pro seniory, vč. kapacity pobytových zařízení a to přesto, že stávající koncepční materiály MPSV vycházejí stále z teze, že kapacity těchto služeb se nebudou zvyšovat a potřebnou péči o seniory zajistí členové rodiny. V roce 2019:

- bylo v domovech pro seniory k dispozici celkem 37 048 míst, v těchto zařízeních připadalo 85,58 místa na 1 000 osob starších 80 let;
- bylo v domovech se zvláštním režimem celkem 20 075 míst, v těchto zařízeních připadalo 46,37 místa na 1 000 osob starších 80 let;
- byla pečovatelská služba poskytována 103 312 osobám, vybavenost pečovatelskou službou činila 49,51 uživatelů na 1 000 osob starších 65 let.¹⁶¹

¹⁶⁰ PROCHÁZKA, J. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Sociální služby č. 2/2014. ISSN 1803-7348.

¹⁶¹ Statistika bohužel nesleduje údaje týkající se intenzity, s jakou je pečovatelská služba poskytována. Z některých dílčích charakteristik lze soudit, že skutečná denní kapacita subjektů poskytujících pečovatelskou službu umožňuje poskytnout tuto službu každý den cca 60 % osob z celkového počtu osob, jimž je tato služba v průběhu roku poskytnuta (např. v roce 2016 bylo podle údajů z žádostí o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu zřejmé, že okamžitá denní kapacita subjektů poskytujících pečovatelskou službu umožňuje tuto

Při porovnání těchto hodnot s hodnotami vybavenosti těmito službami v zahraničí je zřejmé, že v naší zemi jsou tyto sociální služby poskytovány podstatně užšímu okruhu osob, než je tomu ve vybraných evropských zemích. Poslední údaje o dostupnosti lůžek v sociálních a zdravotnických zařízeních řadí ČR mezi země s nejnižšími hodnotami dostupnosti, za námi jsou již pouze země z východní a jižní Evropy a Polsko a Itálie, což jsou státy s vysokým podílem věřícího obyvatelstva a vysokou mírou rodinné solidarity (viz tabulka č. 21).

počet lůžek na 1000 osob starších 65 let		počet lůžek na 1000 osob starších 65 let	
Belgie	70,01	Maďarsko	47,33
Švédsko	69,39	Dánsko	45,88
Švýcarsko	67,21	Estonsko	43,73
Island	63,38	Španělsko	43,13
Nizozemsko	63,22	Rakousko	43,04
Finsko	60,22	Česká republika	40,81
Malta	59,06	Litva	35,10
Francie	56,51	Lotyšsko	20,05
Lucembursko	55,83	Polsko	17,98
Slovensko	55,00	Itálie	17,76
Německo	54,09	Chorvatsko	11,47
Slovinsko	53,57	Rumunsko	7,88
Norsko	52,96	Bulharsko	2,24
Irsko	49,66	Řecko	1,13
Velká Británie	49,30		

Tabulka č. 21: Dostupnost lůžek dlouhodobé péče na 1 000 osob starších 65 let

Zdroj: Beds in nursing and residential care facilities, per 100 000. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_23-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-per-100-000/visualizations/#id=27682.

službu poskytnout 63 701 osobám. Statistika ale vykazovala, že v tomto roce byla pečovatelská služba poskytována celkem 106 673 osobám – viz Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2018. Praha: MPSV, 2019).

Pro charakteristiku odhadovaného vývoje struktury jednotlivých forem služeb sociální péče v následujícím období byly již dříve koncipovány tři modelové scénáře, které byly založeny na:

- zachování současné kapacity jednotlivých typů služeb sociální péče po celé sledované období (model 1);
- zachování současné úrovně vybavenosti jednotlivými typy služeb sociální péče po celé sledované období (model 2);
- promítnutí změny struktury klientů jednotlivých typů sociálních služeb v následujícím období (model 3).¹⁶²

Tyto přístupy byly následně doplněny o model 4,¹⁶³ který vychází z promítnutí očekávaných trendů podle Národní strategie rozvoje sociálních služeb a z tzv. objektivizace struktury klientů jednotlivých typů sociálních služeb podle vývoje jejich míry závislosti.

Při zachování současné kapacity jednotlivých typů služeb sociální péče¹⁶⁴ po celé sledované období do roku 2035 podle modelu 1 by např.:

- vybavenost místy v domovech pro seniory klesla z 83,28 míst na 1 000 osob starších 80 let v roce 2016 na 38,34 míst na 1 000 osob starších 80 let;
- vybavenost místy v domovech se zvláštním režimem klesla z 36,00 míst na 1 000 osob starších 80 let v r. 2016 na 16,57 míst na 1 000 osob starších 80 let;
- vybavenost pečovatelskou službou klesla z 31,22 uživatelů na 1 000 osob starších 65 let v roce 2016 na 24,41 uživatelů na 1 000 osob starších 65 let.

¹⁶² ŠÍDLOVÁ KUNSTOVÁ, N. a L. ŠÍDLO. *Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Kontakt*. č. 2/2016. ISSN 1212-4117.

¹⁶³ PRŮŠA, L. *Kdo zabezpečí péči o naše seniory? Demografie* č. 1/2019. ISSN 0011-8265.

¹⁶⁴ Výpočty byly realizovány na základě údajů o vybavenosti jednotlivými typy sociálních služeb v roce 2016.

Je zřejmé, že aplikace tohoto modelu v praxi je z hlediska očekávaných demografických trendů naprosto nereálná, a proto v rámci dalších kvantifikací nebude tento model používán.

Pro zachování úrovně vybavenosti jednotlivými typy služeb sociální péče z roku 2016 po celé sledované období do roku 2035 podle modelu 2 by se např.:

- počet míst v domovech důchodců do roku 2035 musel zvýšit z 35 596 míst v roce 2016 na 77 326 míst, přičemž největší nárůsty kapacity v těchto zařízeních by bylo nutno realizovat do roku 2030;
- počet míst v domovech se zvláštním režimem do roku 2035 musel zvýšit z 15 387 míst v roce 2016 na 33 426 míst, přičemž největší nárůsty kapacity i v těchto zařízeních bylo nutno realizovat do roku 2030;
- počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba se musel zvýšit z 63 701 osob v roce 2016 na 81 478 osob, přičemž největší nárůsty počtu osob lze očekávat již do roku 2025.

zařízení	2016	2020	2025	2030	2035
	kapacita zařízení				
domov pro seniory	35 596	37 945	47 833	63 896	77 326
domov se zvláštním režimem	15 387	16 403	20 677	27 621	33 426
pečovatelská služba	63 701	67 314	73 097	77 547	81 478

Tabulka č. 22: Potřebný vývoj kapacit vybraných služeb sociální péče do roku 2035 při zachování míry vybavenosti na úrovni roku 2016

Zdroj: Vlastní výpočty podle interních dat MPSV a ČSÚ.

Pro ilustraci – pro zajištění potřebného nárůstu kapacity v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem do roku 2035 by bylo potřeba vybudovat v každém správním obvodu obce s rozšířenou působností v tomto období v průměru 289 míst.

Obdobné trendy lze očekávat i z hlediska vývoje kapacit ostatních typů služeb sociální péče, což se promítne ve zvýšených nárocích na jejich personální zabezpečení. Při zachování stávajících relací počtu míst/osob na jednoho pracovníka lze očekávat, že stávající počet pracovníků ve službách sociální péče bude muset do roku 2035 vzrůst o více než 50 tisíc osob na zhruba 120 tisíc pracovníků (viz tabulka č. 23).

	2016	2025	2030	2035
domov pro seniory	25 275	33 964	45 369	54 906
domov se zvláštním režimem	12 410	16 676	22 277	26 959
pečovatelská služba	8 294	9 517	10 096	10 608
denní stacionáře	2 105	2 415	2 562	2 692
domovy pro osoby se zdrav. postižením	10 925	10 925	10 925	10 925
chráněné bydlení	2 367	2 367	2 367	2 367
týdenní stacionáře	748	859	911	957
odlehčovací služby	2 484	2 851	3 024	3 177
osobní asistence	3 806	4 367	4 633	4 868
podpora samostatného bydlení	140	161	171	179
průvodcovské a předčitatelské služby	57	66	70	73
soc. služby poskytované ve zdrav. zařízeních	764	876	930	977
tísňová péče	80	92	98	103
centra denních služeb	597	685	727	764
celkem	70 052	85 821	104 160	119 555
nárůst	-	15 769	34 108	49 503

Tabulka č. 23: Očekávaný vývoj počtu pracovníků v jednotlivých typech služeb sociální péče do roku 2035 při zachování míry vybavenosti na úrovni roku 2016

Zdroj: Vlastní výpočty podle interních dat MPSV.

Promítnutí změny struktury klientů jednotlivých typů sociálních služeb v následujícím období podle modelu 3 by vyžadovalo mít k dispozici údaje o věkové struktuře klientů jednotlivých typů služeb. Vzhledem k tomu, že průměrný věk klientů v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem je v současné době cca 84 let, výsledky by se zřejmě výrazně nelišily od údajů podle modelu 2.

Pro kvantifikaci dopadů podle modelu 4 je nutno vycházet z očekávaného nárůstu počtu příjemců příspěvku na péči, který se promítne do struktury klientů jednotlivých typů zejména pobytových služeb sociální péče tím, že se v obecné rovině bude snižovat podíl klientů bez příspěvku na péči, resp. s příspěvkem na péči v nižších stupních závislosti. Podle Národní strategie rozvoje sociálních služeb lze přitom očekávat, že:

- se budou rozvíjet především terénní formy sociálních služeb (pečovatelská služba, osobní asistence);
- bude docházet k rozvoji ambulantních forem sociálních služeb (centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře);
- v návaznosti na pokračující transformaci pobytových služeb pro zdravotně handicapované občany se budou zvyšovat kapacity v rámci chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení;
- v návaznosti na očekávané trendy z hlediska očekávaného výskytu osob s demencí se budou zvyšovat kapacity v domovech se zvláštním režimem;
- se nebude zvyšovat vybavenost místy v domovech pro seniory.

Pro kvantifikaci očekávaného nárůstu počtu pracovníků v rámci tohoto modelu lze vycházet k výsledků modelu 2 jako minimální varianty a očekávaný vývoj počtu pracovníků jednotlivých typů služeb modelovat na základě koeficientů zohledňujících výše uvedené očekávané trendy jejich vývoje (tabulka č. 24).

	2025	2030	2035
domov pro seniory	1,00	1,00	1,00
domov se zvláštním režimem	1,10	1,20	1,30
pečovatelská služba	1,20	1,40	1,60
denní stacionáře	1,05	1,10	1,15
domovy pro osoby se zdravotním postižením	0,95	0,90	0,85
chráněné bydlení	1,05	1,10	1,15
týdenní stacionáře	1,05	1,10	1,15
odlehčovací služby	1,20	1,40	1,60
osobní asistence	1,20	1,40	1,60
podpora samostatného bydlení	1,10	1,20	1,30
průvodcovské a předčitatelské služby	1,00	1,00	1,00
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	1,00	1,00	1,00
tísňová péče	1,25	1,50	1,75
centra denních služeb	1,05	1,10	1,15

Tabulka č. 24: Koeficienty zohledňují očekávané trendy vývoje jednotlivých typů sociálních služeb (rok 2016 = 1,00)

Zdroj: vlastní výpočty.

Promítnutím těchto koeficientů do očekávaného vývoje počtu pracovníků v jednotlivých typech služeb sociální péče do roku 2035 podle modelu 2 lze kvantifikovat očekávaný vývoj počtu pracovníků jednotlivých typů těchto služeb na základě očekávaného vývoje jejich kapacit (viz tabulka č. 25).

	2025	2030	2035
domov pro seniory	33 964	45 369	54 906
domov se zvláštním režimem	18 344	26 732	35 047
pečovatelská služba	11 420	14 135	16 973
denní stacionáře	2 536	2 818	3 096
domovy pro osoby se zdravotním postižením	10 379	9 833	9 286

chráněné bydlení	2 485	2 603	2 721
týdenní stacionáře	902	1 002	1 101
odlehčovací služby	3 421	4 234	5 084
osobní asistence	5 241	6 487	7 789
podpora samostatného bydlení	177	205	233
průvodcovské a předčitatelské služby	66	70	73
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	876	930	977
tísňová péče	115	146	180
centra denních služeb	720	800	879
celkem	90 645	115 364	138 343
nárůst	20 573	45 292	68 271
z toho: vliv očekávaných trendů vývoje jednotlivých typů sociálních služeb	4 824	11 204	18 789

Tabulka č. 25: Očekávaný vývoj počtu pracovníků v jednotlivých typech služeb sociální péče do roku 2035 při promítnutí pravděpodobných trendů jejich vývoje

Zdroj: vlastní výpočty.

Již při prvním pohledu na tato čísla je zřejmé, že před celou naší společností stojí ohromná výzva – zabezpečit kvalifikovaný personál pro očekávaný nárůst kapacity sociálních služeb. Vedle realizace základních systémových změn¹⁶⁵ je potřeba urychleně iniciovat vznik nových a výrazné rozšíření stávajících studijních oborů na středních a vysokých školách orientovaných na výuku sociální práce a ošetrovatelství tak, aby i nadále byly sociální služby poskytovány na úrovni odpovídající současné době.¹⁶⁶

¹⁶⁵ PRŮŠA, L. Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe. FÓRUM sociální politiky č. 3/2015. ISSN 1802-5854.

¹⁶⁶ HORECKÝ, J. a L. PRŮŠA. Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019–2050. Tábor: APSS ČR, 2019. ISBN 978-80-907053-4-0.

3.5 Přispěl zákon o sociálních službách k rozvoji služeb pro seniory?

Když byl v roce 2006 po více než 15 letech diskuzí konečně přijat zákon o sociálních službách, očekávala odborná veřejnost, že v krátké době dojde k dynamickému rozvoji tohoto segmentu systému sociální ochrany obyvatelstva. S ohledem na prognózované tendence ve vývoji populace se očekával především rychlý rozvoj všech forem sociálních služeb pro seniory, který by zabezpečil poskytování kvalitních sociálních služeb pro tuto skupinu obyvatelstva.

Při hodnocení rozsahu poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých regionech a jejich dostupnosti je nutno mít na zřeteli, že při hodnocení jejich vybavenosti nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území republiky, neboť je třeba brát v úvahu řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly vyplývající např. z:

- míry urbanizace;
- věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů;
- struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva;
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany;
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména z rozpadu vícegeneračního soužití rodin.¹⁶⁷

¹⁶⁷ JEŘÁBKOVÁ, V. a L. PRŮŠA. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2.

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách,¹⁶⁸ Národní strategie rozvoje sociálních služeb do roku 2025 byla MPSV zpracována teprve na počátku roku 2016.¹⁶⁹

Závažným problémem při plánování sociálních služeb i pro hodnocení jejich dostupnosti je stávající územněsprávní uspořádání a sídelní struktura obyvatelstva. Obce s rozšířenou působností nemají žádnou povinnost ve své samosprávné působnosti poskytovat sociální služby pro občany, kteří žijí v malých obcích v jejich spádovém území. Podle § 35 odst. 2 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), v platném znění obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a uspokojování potřeb svých občanů. V tomto smyslu proto zůstává otázkou, zda by sociální služby v malých obcích ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností neměl ve své samosprávné působnosti zabezpečovat kraj.

K 1. 1. 2019 měla Česká republika 6 258 obcí. Některá území, na nichž vykonávají přenesenou a rozšířenou působnost větší města, mají i více než 100 obcí, zhruba 76 % obcí je menších než 1 000 obyvatel (viz tabulka č. 26). Platí zjištění, že čím menší je obec, tím více má seniorů, tím jsou starší a tím je obtížnější poskytovat jim terénní sociální služby.¹⁷⁰

¹⁶⁸ Bílá kniha v sociálních službách. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/bila_kniha.pdf.

¹⁶⁹ Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3.

¹⁷⁰ PRŮŠA, L. a P. VÍŠEK. Optimalizace sociálních služeb. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-099-8.

velikost obce (počet obyvatel)	počet obcí	počet obyvatel	podíl na obyvatelstvu ČR
do 199	1 423	177 752	1,67
200–499	1 997	655 673	6,16
500–999	1 366	966 997	9,08
1 000–1 999	769	1 072 002	10,07
2 000–4 999	426	1 280 006	12,02
5 000 - 9 999	147	1 001 254	9,40
10 000–19 999	69	977 836	9,18
20 000–49 999	43	1 293 656	12,15
50 000–99 999	12	868 774	8,16
100 000–399 999	5	1 047 218	9,83
Praha	1	1 308 632	12,29
celkem	6 258	10 649 800	100,00

Tabulka č. 26: Počet obyvatel v obcích různých velikostních skupin k 1. 1. 2019

Zdroj: Počet obyvatel v obcích – k 1. 1. 2019. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-za0wri436p>; vlastní zpracování.

Z výše uvedených faktorů a hodnocení je tedy zřejmé, že jinak je potřebné posuzovat vybavenost zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak je třeba posuzovat vybavenost Prahy a ostatních velkých měst a jejich přilehlých aglomerací, jinak je nutno přistoupit k hodnocení vybavenosti např. horských a podhorských oblastí. Na druhou stranu je ovšem zřejmé, že ve vybavenosti jednotlivých okresů se odrážela celková pozornost a zájem, s nímž příslušné dřívější okresní úřady přistupovaly k zabezpečení potřeb občanů v této oblasti. Z tohoto pohledu má proto pouhé porovnání číselných hodnot bez znalosti těchto širších souvislostí pouze informativní charakter a je nutno ho chápat pouze jako jedno z východisek pro

analýzu optimální struktury forem sociální péče v jednotlivých regionech.¹⁷¹

V současné době jsou za zajištění dostupnosti a poskytování sociálních služeb podle § 95 zodpovědné kraje, které určují na svém území síť sociálních služeb. Tuto povinnost potvrdil v roce 2018 svým nálezem Ústavní soud, který v něm mj. konstatoval, že obsahem jejich povinnosti není zajišťovat, aby konkrétní osoby měly vždycky přístup k sociální péči v konkrétní podobě přesně podle svých představ (u konkrétního poskytovatele), ale musí pouze zajistit existenci a dostupnost takových služeb, které jsou adekvátní jejich stavu a situaci a mohou jim pomoci vést důstojný život při zachování maxima osobní autonomie, bez sociálního vyloučení a při maximálním sociálním začlenění.¹⁷²

Ve struktuře kapacit pobytových zařízení pro seniory došlo mezi lety 2007–2018 k významným změnám:

- v návaznosti na přijetí zákona o sociálních službách, který nově definoval některé typy sociálních služeb, dochází po celé sledované období v návaznosti na zdravotní stav klientů pobytových zařízení pro seniory k transformaci značné části tradičních domovů pro seniory na domovy se zvláštním režimem;
- celkový počet míst v pobytových zařízeních pro seniory ve sledovaném období vzrostl o více než 12 tisíc míst, tento nárůst je však způsoben především nárůstem kapacit v domovech se zvláštním režimem, jejichž celková kapacita činila v roce 2018 cca 35 % veškeré kapacity v pobytových zařízeních pro seniory;

¹⁷¹ PRŮŠA, L. *Přispěl zákon o sociálních službách ke zvýšení jejich dostupnosti? Demografie č. 2/2020.* ISSN 0011-8265.

¹⁷² *Nález Ústavního soudu ze dne 23. ledna 2018, sp. zn. I. ÚS 2637/17.*
Dostupný z: <https://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=100809&pos=1&cnt=1&typ=result>.

- v absolutním vyjádření vzrostly kapacity pobytových zařízení pro seniory ve všech regionech, v relativním vyjádření nejvíce vzrostla kapacita těchto zařízení v Plzeňském kraji (o 60,8 %), nejmenší nárůst je zaznamenán v Ústeckém kraji, kde kapacita těchto zařízení vzrostla pouze o 5,8 %;
- počet míst v „klasických“ domovech pro seniory se ve většině krajů snižoval, popř. se zvýšil pouze nepatrně, k výraznějšímu nárůstu kapacit došlo pouze ve Středočeském kraji, kde se celková kapacita těchto zařízení zvýšila o 275 lůžek, tj. o 5,5 %.

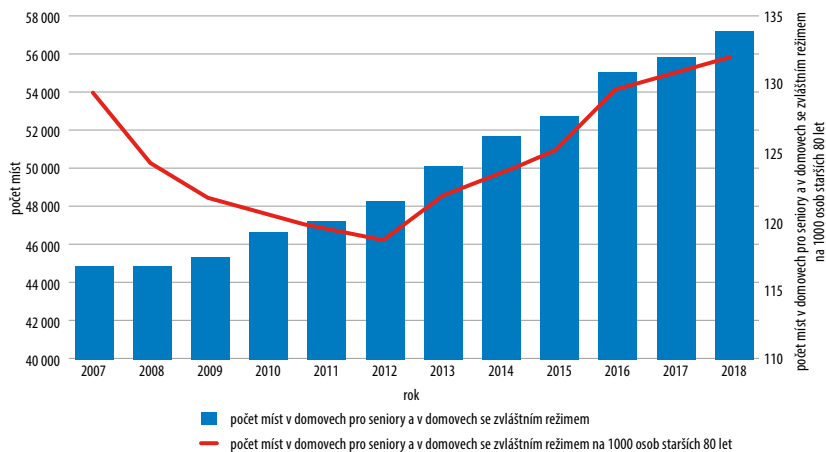
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ČR	DS	41 208	37 506	37 192	37 818	37 616	37 477	38 091	37 327	37 200	37 247	37 037	37 048
	DZR	3 807	7 484	8 223	8 822	9 727	10 740	12 048	14 354	15 494	17 784	18 853	20 075
Praha	DS	2 864	2 177	2 170	2 531	2 420	2 393	2 439	2 192	2 429	2 520	2 650	2 707
	DZR		197	197	199	239	317	444	529	544	687	923	1 176
Středočeský kraj	DS	5 040	4 916	4 897	4 998	4 982	4 777	5 108	5 039	5 113	5 129	5 268	5 315
	DZR	182	719	653	889	1 036	1 323	1 473	1 856	2 097	2 388	2 632	2 799
Jihočeský kraj	DS	3 012	2 847	2 825	2 936	3 028	3 034	3 030	3 033	3 033	3 002	2 963	2 915
	DZR	230	387	396	382	395	474	459	574	773	838	882	878
Plzeňský kraj	DS	1 558	1 674	1 715	1 808	1 789	1 842	1 779	1 815	1 797	1 781	1 727	1 629
	DZR	196	326	488	514	579	618	741	741	789	1 053	968	1 192
Karlovarský kraj	DS	879	905	838	810	808	797	863	870	858	852	847	814
	DZR	150	184	231	207	247	319	345	479	489	495	483	542
Ústecký kraj	DS	4 764	4 323	4 191	4 081	3 858	3 820	3 897	3 678	3 553	3 460	3 372	3 340
	DZR	562	816	951	1 114	1 333	1 455	1 775	1 963	1 855	2 187	2 269	2 296
Liberecký kraj	DS	1 303	904	934	916	922	1 038	962	988	950	1 048	1 014	1 028
	DZR	28	355	402	455	347	381	321	416	380	610	651	681
Královéhradecký kraj	DS	2 396	2 145	2 236	2 253	2 351	2 355	2 395	2 363	2 364	2 262	2 329	2 422
	DZR	160	247	328	354	400	402	424	532	635	787	773	772
Pardubický kraj	DS	2 093	2 051	2 036	2 054	2 183	2 195	2 169	2 122	2 067	2 208	2 103	2 097
	DZR	69	350	394	386	422	485	539	930	1 087	1 116	1 108	1 120
Kraj Vysočina	DS	2 329	2 195	2 135	2 189	2 090	2 181	2 220	2 199	2 193	2 132	2 085	2 005
	DZR	107	399	422	433	469	508	526	547	642	760	817	897

Jihomoravský kraj	DS	4 096	3 099	3 232	3 048	2 988	2 940	3 072	3 028	2 946	2 879	2 740	2 732
	DZR	1 049	1 741	1 778	1 931	2 101	2 184	2 469	2 816	2 938	3 136	3 282	3 262
Olomoucký kraj	DS	2 723	2 664	2 518	2 537	2 564	2 566	2 569	2 544	2 600	2 674	2 698	2 700
	DZR	136	338	360	341	363	385	469	608	710	810	883	1 013
Zlínský kraj	DS	3 018	2 972	2 782	2 842	2 768	2 769	2 800	2 681	2 625	2 511	2 490	2 492
	DZR	116	327	435	429	585	656	718	854	1 012	1 179	1 201	1 278
Moravskoslezský kraj	DS	5 133	4 634	4 683	4 815	4 865	4 770	4 788	4 775	4 672	4 789	4 751	4 852
	DZR	822	1 098	1 188	1 188	1 211	1 233	1 345	1 509	1 543	1 738	1 981	2 169

Tabulka č. 27: Vývoj počtu míst v domovech pro seniory (DS) a v domovech se zvláštním režimem (DZR) v jednotlivých krajích v letech 2007–2018

Zdroj: veřejná databáze ČSÚ.

Z hlediska hodnocení dostupnosti těchto služeb je potřeba hodnotit tyto údaje v relaci k určité věkové skupině. Vzhledem k tomu, že průměrný věk obyvatel v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem je více než 80 let, je vhodné hodnotit dostupnost služeb v těchto zařízeních v relaci na 1 000 osob ve věku 80 a více let.

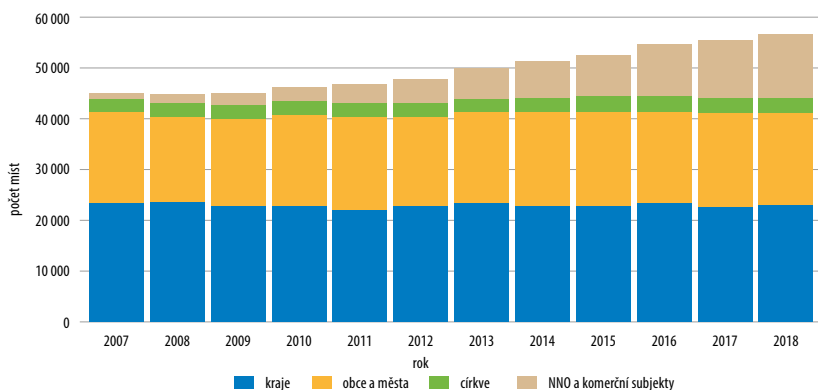


Graf č. 12: Vývoj počtu míst v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem (absolutně a relativně v relaci na 1 000 osob ve věku 80 a více let)

Zdroj: Vlastní propočty na základě údajů veřejné databáze ČSÚ.

Z tohoto hodnocení je vidět, že celkové zvyšování počtu míst v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem je doprovázeno od roku 2012 růstem počtu míst v těchto zařízeních ze 118,7 míst na 1000 osob ve věku 80 a více let na 132,0 míst v roce 2018. Tato skutečnost je však způsobena především výrazně pomalejším nárůstem počtu osob v této věkové skupině v tomto období v porovnání s předešlými lety. Zatímco mezi lety 2012–2018 vzrostl počet osob ve věku 80 a více let pouze o 26 726 osob, v letech 2007–2012 se počet osob v této věkové skupině zvýšil o 57 635, a proto dostupnost služeb v těchto zařízeních klesla o více než 11 procentních bodů (ze 129,15 v roce 2007 na 118,7 v roce 2012).

Ve sledovaném období se výrazně změnila struktura těchto zařízení z titulu jejich zřizovatele, prakticky celý nárůst kapacity je způsoben nárůstem počtu míst zřizovaných nestátními neziskovými subjekty a komerčními organizacemi, kapacity zařízení zřizovaných kraji klesly o 375 míst, kapacity obecních zařízení vzrostly o 373 míst a kapacity církevních organizací o 260 míst.



Grafč. 13: Počet míst v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem podle zřizovatele
Zdroj: Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007–2018.

Tyto údaje zcela jednoznačně svědčí o tom, že veřejná správa v uplynulém období zcela rezignovala na řešení potřeb seniorů vyžadujících služby v pobytových zařízeních. Pokud by byly potřeby této cílové skupiny saturovány rozvojem terénních sociálních služeb, bylo by možno konstatovat, že přijetím zákona o sociálních službách došlo k významným změnám ve formách pomoci seniorům vyžadujících sociální služby. Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, je však dlouhodobě v zásadě stabilní, v posledních letech (od roku 2015) počet těchto osob dokonce klesá.

rok	počet osob, kterým je pečovatelská služba poskytována
2007	98 373
2008	111 871
2009	114 364
2010	113 238
2011	113 607
2012	113 041
2013	111 048
2014	109 962
2015	111 375
2016	106 673
2017	103 604
2018	103 312

Tabulka č. 28: Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba

Zdroj: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2018.

Tyto neuspokojivé trendy se promítají ve zvyšujícím se počtu neuspokojených žádostí o umístění do domova seniorů nebo do domova se zvláštním režimem. Přestože hodnota tohoto ukazatele není zcela vypovídající, neboť vzhledem k dlouhým čekacím lhůtám

na umístění do těchto zařízení si řada osob žádá o umístění často několik let dopředu, popř. si podá žádost do několika zařízení najednou, je hodnota tohoto ukazatele a jeho dlouhodobý vývoj varujícím ukazatelem především s ohledem na očekávané demografické trendy a očekávaný růst potřeby péče.¹⁷³

rok	počet neuspokojených žádostí
2007	55 187
2008	60 827
2009	75 682
2010	73 701
2011	72 203
2012	74 289
2013	76 297
2014	81 920
2015	82 840
2016	87 098
2017	83 361
2018	82 195

Tabulka č. 29: Vývoj počtu neuspokojených žádostí o umístění do pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory

Zdroj: Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007–2018.

Uvedené údaje jednoznačně svědčí o tom, že zákon o sociálních službách nepřispěl k rozvoji sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory. Potvrzuje se, že stávající struktura těchto forem péče o seniory není výsledkem promítnutí koncepcí deklarovaných např. ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb jednotlivých

¹⁷³ PRŮŠA, L. Kdo zabezpečí péči o naše seniory? Demografie č. 1/2019. ISSN 0011-8265.

měst nebo krajů do praktického života, ale je výsledkem dlouholetého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů (viz např. historie vzniku domů s pečovatelskou službou nebo rozvoj nových forem sociálních služeb – především služeb sociální prevence – v 90. letech).¹⁷⁴

Dřívější úvahy o tom, že zavedení příspěvku na péči přispěje k odstranění těchto problémů, se doposud nepotvrdily, neboť nově koncipovaný systém financování sociálních služeb je ex ante závislý na poskytování dotací ze strany státu a zřizovatele, což – vzhledem k tomu, že na přiznání dotace není právní nárok – ve svém důsledku vede k další konzervaci existujícího stavu, k stagnaci rozvoje zejména terénních služeb sociální péče a ve svém důsledku k tomu, že celý systém financování sociálních služeb je neefektivní.¹⁷⁵

Dlouhodobě se prohlubuje závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu (zatímco v roce 2015 činil podíl státní dotace na krytí celkových nákladů na poskytování sociálních služeb 14,9 %, v roce 2018 to bylo již 19,9 %), klesá podíl pro poskytovatele služeb předvídatelných finančních zdrojů. Např. podíl úhrad klienta podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. na celkových nákladech na poskytování sociálních služeb klesl z 24,1 % v roce 2013 na 18,5 % v roce 2018, snižuje se podíl výdajů na příspěvek na péči, který byl využit pro financování sociálních služeb zabezpečovaných registrovanými poskytovateli (z 29,5 % v roce 2013 na 27,6 % v roce

¹⁷⁴ PRŮŠA, L. a P. VÍŠEK. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2013. *ISBN 978-80-7416-099-8*.

¹⁷⁵ PRŮŠA, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. *ISBN 978-80-7416-018-9*.

2018), zdravotní pojišťovny hradí pouze cca 15 % nákladů ošetřujícími lékaři indikované a ošetrovatelským personálem poskytnuté péče.¹⁷⁶

Tyto neuspokojivé poznatky jsou dále prohlubovány zásadními systémovými nedostatky v oblasti organizace sociálních služeb. V tomto smyslu jde především o to, že kraje v samosprávné působnosti jsou v zásadním střetu zájmů:

- rozhodují podle § 101a odst. 2 o výši státních dotací pro poskytovatele sociálních služeb zapsané v registru poskytovatelů;
- současně jsou zřizovateli 20 % všech poskytovaných služeb (ale 42,3 % všech pobytových zařízení) a
- současně podle § 95 odst. h) určují síť sociálních služeb;
- přitom blokují vstup nových organizací do této sítě (vč. těch organizací, které jsou zřizovány městy) a tím se snaží udržet svoje dominantní působení.

Všechny tyto skutečnosti svědčí o tom, že zákon o sociálních službách nepřispěl k rozvoji kapacit pobytových sociálních služeb pro seniory a růstu jejich dostupnosti. Na základě analýzy vývoje kapacit těchto zařízení lze konstatovat, že hlavní příčinou této skutečnosti je to, že sociální služby nejsou chápány jako ekonomická kategorie a že celý systém jejich organizace, řízení a financování je nastaven nevhodně. S ohledem na očekávané demografické trendy je proto nezbytné urychleně věnovat těmto otázkám pozornost tak, aby i nadále byly tyto služby poskytovány na kvalitní úrovni.

¹⁷⁶ PRŮŠA, L. Co ukázala analýza systému financování sociálních služeb? Rezidenční péče č. 3/2019. ISSN 1801-8718.

4

Předpoklady a bariéry sdílené péče v ČR z pohledu domácností pečujících o nesoběstačného seniora

Tato kapitola uzavírá souhrn poznatků týkajících se dlouhodobé sociálně-zdravotní péče o nesoběstačné seniory. Kapitola shrnuje některá zjištění z primárního výzkumu provedeného na reprezentativním vzorku neformálních pečujících v Česku. Její zaměření doplňuje výše uváděné informace o dlouhodobé péči zahrnující zahraniční praxi ve vybraných zemích a reflexi systémů dlouhodobé sociálně-zdravotní péče z pohledu vybraných expertů. Celá kapitola je rozdělena do tří částí, kdy v první části jsou uvedeny základní metodologické charakteristiky provedeného výzkumu včetně popisu vzorku. Druhá část je věnována třem konkrétním podobám, jak může být sdílená péče chápána. Pozornost se obrací ke sdílení péče mezi hlavní pečující osobu a další rodinné příslušníky, následuje způsob sdílení péče mezi neformálními pečujícími a poskytovateli sociálních a zdravotních služeb, a poté jsou uvedeny formy sdílení péče zaměřené na uspokojení zdravotních a sociálních

potřeb opečovávaných seniorů. Třetí část této kapitoly shrnuje okolnosti, které rozvoj neformální péče inhibují, resp. jsou z pohledu neformálních pečujících vnímány jako překážky. V kontrastu s tím pak následující čtvrtá část poukazuje na významná stimulační opatření v oblasti sdílené péče. Klíčové implikace a odpovědi na formulované výzkumné otázky jsou shrnuty v závěrečné páté části.

4.1 O výzkumu

4.1.1 Cíle výzkumu

Výzkumná zjištění v této kapitole jsou soustředěna kolem tří hlavních okruhů, resp. hypotéz. První okruh se zaměřuje na charakterizaci stávajícího způsobu zajištění a uskutečňování neformální péče o nesoběstačné seniory. Kromě širokého spektra ukazatelů charakterizujících vztahy mezi seniory a neformálními pečujícími, sdílení domácnosti či celkovou dobu péče se pozornost soustřeďuje zejména na rozsah péče (vyjádřený množstvím a charakterem konkrétních pečovatelských úkonů) a na zapojení rozličných subjektů do procesu zabezpečování péče (hlavní pečující, ostatní rodinní příslušníci, profesionálové apod.).

Druhý problémový okruh obrací pozornost k jednotlivým bariérám či inhibitorům péče. Výchozí předpoklad přitom rozlišuje bariéry vnější, kterými jsou např. nedostatek zdrojů, a vnitřní, jež zahrnují zejména nedostatečnou informovanost.

Třetí okruh, směřující k návrhové části, pohlíží na problematiku dlouhodobé péče optikou jednotlivých stimulů, které mohou

povzbudit neformální pečující v jejich úsilí při péči o nesoběstačné seniory. Pozornost je věnována užitečnosti hlavních opatření zaměřených na snižování zátěže hlavních pečujících.

Výzkum jako takový se zaměřil na podrobný popis způsobů poskytování neformální péče o seniory, na identifikaci potřeb neformálních pečujících a na posouzení míry pečovatelské zátěže. Prvek dlouhodobosti byl v návrhu výzkumu inherentně předpokládán (a byl skutečně potvrzen konkrétními zjištěními, neboť průměrně poskytovaná doba péče ve vzorku zkoumaných pečujících činila tři roky, přičemž polovina sledovaných případů péče trvala mezi jedním a pěti roky). Páteř celého výzkumu představovaly otázky zaměřené na možnosti, limity, předpoklady a bariéry sdílené péče. Konkrétní pozornost se zaměřovala na identifikaci způsobů a forem sdílení pečovatelské zátěže, na určení subjektů, jež jsou do procesu péče zapojeny a na zhodnocení užitečnosti některých opatření, jejichž zavedení či rozvoj by bylo možné na základě zahraničních inspirací zvažovat i v Česku.

4.1.2 Metodika výzkumu

Základní podmínkou pro dosažení stanovených cílů projektu bylo získání relevantních a validních dat vztahujících se k výzkumnému záměru. Z tohoto důvodu byla nejprve realizována analýza sekundárních dat (desk research), která přinesla základní poznatky o zahraniční praxi týkající se forem zajištění dlouhodobé péče o seniory v domácím prostředí. Na základě závěrů sekundární analýzy bylo koncipováno primární výzkumné šetření, a to jak po stránce obsahové, kdy byly ukotveny jednotlivé koncepty a zvoleny relevantní indikátory, tak i po stránce metodické, kdy byl připraven

design výzkumu včetně metodiky sběru dat a techniky výběru respondentů. Sběr primárních dat byl prováděn v České republice od dubna do srpna 2019.

Základní populace byla definována jako hlavní pečující, kteří aktuálně poskytují neformální péči nesoběstačnému seniorovi. Potenciální respondenti byli rekrutováni z obecné dospělé populace Česka na základě screeningu, který umožňoval hlavní pečující identifikovat. V rámci provedeného výzkumného šetření byl uskutečněn primární kontakt s celkem 18 806 jednotlivci. Tento soubor odráží základní populaci Česka z hlediska kraje, velikosti místa bydliště, pohlaví a věku. V rámci tohoto souboru bylo pomocí screeningu identifikováno 1 843 jednotlivců, kteří splňovali definici hlavního pečujícího; tyto osoby byly požádány o zapojení do výzkumu. Interview byla provedena s 1 254 respondenty – ostatní, kterým byla účast ve výzkumu nabídnuta, se odmítli do výzkumu zapojit. Před vlastními analytickými pracemi byla část případů vyřazena z důvodu neúplného zodpovězení kladených otázek, v těchto případech buď nebyla uvedena většina sociodemografických znaků nebo získané údaje trpěly nenapravitelnými chybami, zejm. zjevnou inkongruencí odpovědí, nesouladem základních deskriptorů apod. Zpracování dat a jejich analýza tak byla provedena na 1 223 případech. Míra návratnosti dosáhla 68 %. Používané testy statistické závislosti byly standardně prováděny na pětiprocentní hladině významnosti.

Data byla získávána metodou osobního dotazování (face-to-face) v domácnostech hlavních pečujících. Vyškolení tazatelé během interview kladli respondentům jednotlivé otázky a zaznamenávali jejich odpovědi do předem připraveného dotazníku. V tomto konkrétním výzkumu bylo zapojeno celkem 173 tazatelů – průměrně

tak jeden tazatel uskutečnil sedm rozhovorů; průměrná doba interview činila 76 min.

4.1.3 Popis vzorku

Tato část kapitoly se nejprve zaměřuje na popis vzorku hlavních pečujících. Poté je pozornost věnována také stručné charakteristice opečovávaných, která je založena na odpovědích poskytnutých hlavními pečujícími.

Předně je třeba poukázat na zjištění, že 76 % hlavních pečujících jsou ženy. Tento poznatek je v souladu s jinými obdobně koncipovanými výzkumy.^{177, 178, 179, 180}



Graf č. 14: Pohlaví a věk hlavních pečujících (v %)

Zdroj: INESAN (2019, N=1223).

Z hlediska věku je patrné, že celkem dvě pětiny (37 %) dotazovaných hlavních pečujících jsou starší 60 let; naopak pečujících do 40 let je mezi hlavními pečujícími 12 %. Největší podskupinu mezi dotazovanými hlavními pečujícími představují ženy starší 60 let, jejichž podíl dosahuje celkem 28 %.

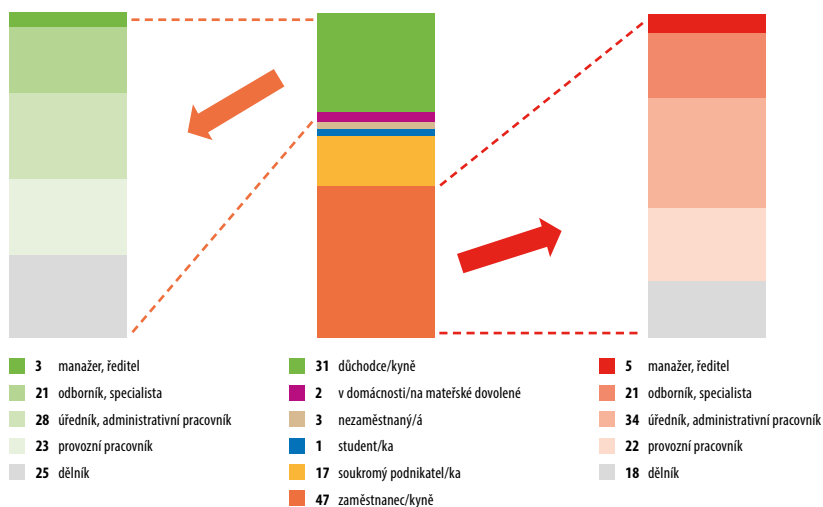
¹⁷⁷ REMR, J. *Institucionální péče o seniory*. In: *Rodinná péče o staré lidi. Studie CESES 3 (11)*. 2005.

¹⁷⁸ *Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“*. Závěrečná zpráva ze šetření. Praha: FDV, 2018.

¹⁷⁹ JERÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče*. Praha: Slon, 2015.

¹⁸⁰ DRAGOMERICKÁ, E. *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum, 2020.

Platí, že 47 % hlavních pečujících ve zkoumaném vzorku jsou zaměstnanci; ekonomicky aktivních je mezi zkoumanými hlavními pečujícími celkem 64 %. Ze srovnání s daty charakterizujícími obecnou populaci Česka je mezi hlavními pečujícími zahrnutými ve vzorku patrný vyšší podíl OSVČ a důchodců. Z výsledků provedeného výzkumu je dále zřejmé, že 31 % hlavních pečujících je v důchodu a 17 % hlavních pečujících jsou samostatně výdělečně činné osoby. Mezi hlavními pečujícími lze identifikovat také ženy v domácnosti (popř. na mateřské dovolené) a nezaměstnané; tyto skupiny však představují pětiprocentní podíl mezi zkoumanými pečujícími.



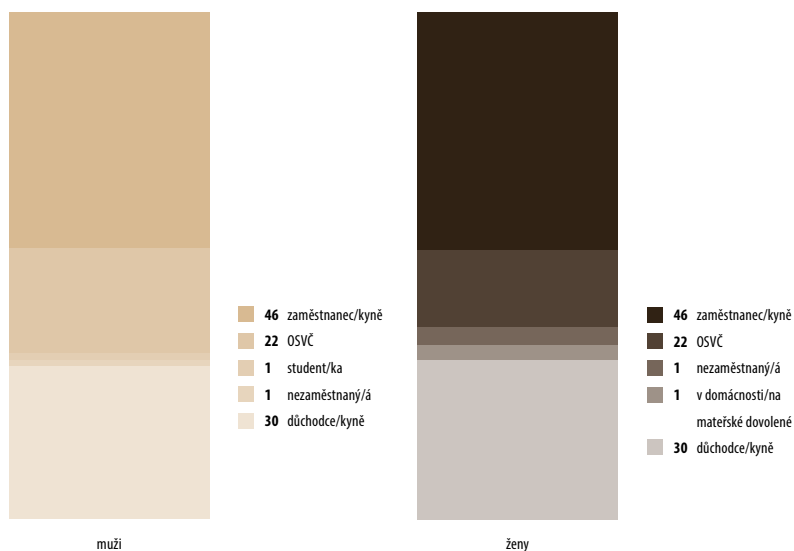
Graf č. 15: Zaměstnání a profese hlavních pečujících (v %)

Zdroj: INESAN (2019, N=437/1208/595).

Mezi zaměstnanými pečujícími lze identifikovat netypicky vysoký podíl výše postavených zaměstnanců, tedy administrativních pracovníků, odborníků a specialistů a manažerů. V tomto ohledu má k obecné populaci Česka blíže skupina pečujících, kteří jsou

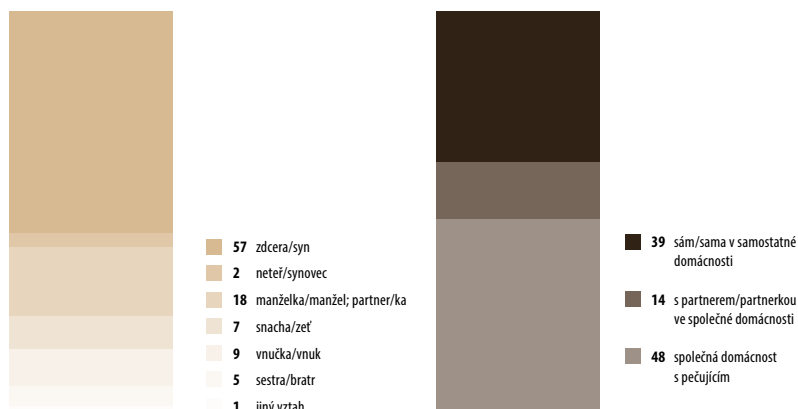
aktuálně v důchodu. Profesní kompozice tohoto segmentu vykazuje významně vyšší afinitu k obecné populaci než současná skupina zaměstnaných pečujících. V případě hlavních pečujících, kteří byli v době dotazování v důchodu, byla zjišťována poslední vykonávaná profese před odchodem do důchodu.

Z hlediska zaměstnání jsou patrné difference mezi pečujícími muži a pečujícími ženami. Zejména se ukazuje, že ekonomická aktivita žen je nižší než v případě mužů; z konkrétních dat je patrné, že ekonomicky aktivních je 62 procent žen, zatímco ve skupině pečujících mužů je ekonomicky aktivních 68 procent dotázaných. Tato difference je dána rozdílem v podílu osob samostatně výdělečně činných; z hlediska zaměstnaneckého statusu není mezi muži a ženami signifikantní rozdíl.



Graf č. 16: Zaměstnání hlavních pečujících podle pohlaví
Zdroj: INESAN (2019, N=1208).

Největší podíl mezi hlavními pečujícími zahrnutými ve vzorku zauímají dcery a synové opečovávaných seniorů – jejich podíl dosahuje 57 %. Druhou nejpočetnější skupinou jsou partneři opečovávaných, tj. manželky a manželé (popř. partnerky a partneři). Žádný z dalších příbuzenských vztahů nepřesahuje mezi hlavními pečujícími desetiprocentní podíl.



Graf č. 17: Vztah hlavních pečujících k opečovávaným seniorům

Zdroj: INESAN (2019, N=1223).

Graf č. 18: Charakteristika domácnosti opečovávaných seniorů

Zdroj: INESAN (2019, N=1223).

Pokud jde o sdílení domácnosti mezi hlavní pečující osobou a opečovávaným seniorem, z výzkumu vyplývá, že nadpoloviční většina seniorů (52 %) bydlí odděleně od pečujících. Dále platí, že 48 % opečovávaných žije ve společné domácnosti s hlavním pečujícím.

Z pohledu zajišťování dlouhodobé péče je významný poznatek, že přibližně dvě pětiny dotazovaných pečujících uvedly, že opečovávaný senior žije samostatně ve své vlastní domácnosti.

Více než dvěma pětinaám opečovávaných bylo v době dotazování mezi 75 a 84 lety, přičemž pětina opečovávaných bylo 85 nebo více let; současně platí, že přibližně tři pětiny opečovávaných byly ženy (59 %). Právě na věku opečovávaného jsou ve velké míře závislé příčiny zahájení péče. Hlavním impulsem k zahájení péče v mladším seniorském věku (do 65 let) je nemoc opečovávaného (56 %), zatímco ve věkové kategorii 85 let a více let převládá mezi důvody zahájení péče zhoršení zdravotního stavu. Celkem 15 % aktuálních hlavních pečujících převzalo tuto roli po zemřelém partnerovi opečovávaného.

Dle sdělení hlavních pečujících je 54 % opečovávaných odkázáno na péči z důvodu vysokého věku. Současně platí, že 28 % opečovávaných trpí tělesným postižením, které jejich soběstačnost dále snižuje. Přibližně jeden opečovávaný z deseti trpí dle informací od pečujících syndromem demence, popř. jinou duševní nemocí, dvě procenta opečovávaných byla v době sběru dat v terminálním stadiu a zbývalo jim cca půl roku života.

O dlouhodobosti péče svědčí zjištění, že u téměř poloviny opečovávaných (ve 46 %) bylo poskytování péče zahájeno v posledních dvou letech; nadpoloviční většina dotazovaných hlavních pečujících tedy pečuje déle než dva roky; přibližně pětina hlavních pečujících (22 %) pečuje více než pět let.

4.1.4 Souhrn

Neformální péče a pomoc ze strany profesionálních poskytovatelů sociálních služeb (zejména terénních) má pro skupinu samostatně žijících nesoběstačných seniorů vysoký význam. Dle dostupných prognóz se navíc bude jejich podíl v budoucnu ještě dále zvyšovat, což

bude klást vyšší nároky na profesionální pomoc ze strany terénních sociálních služeb, popř. na institucionální péči.

Hlavními pečujícími jsou zejména ženy; značná část hlavních pečujících je zaměstnána, což klade na tyto osoby dodatečné nároky spočívající ve sladění nároků poskytované péče s pracovními povinnostmi, resp. při případném návratu na trh práce po ukončení péče.

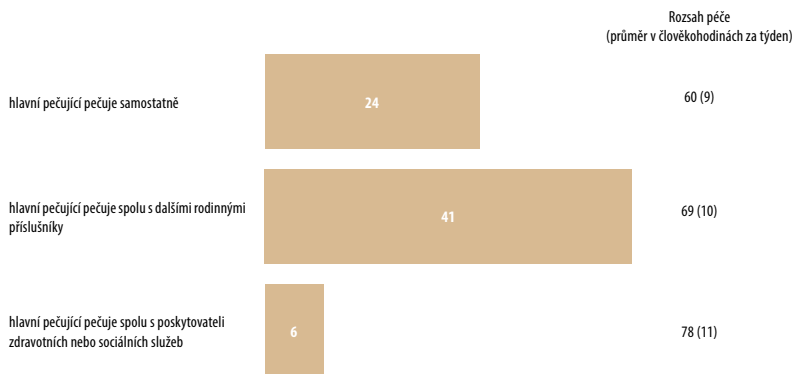
Ve třech čtvrtinách případů jsou hlavními pečujícími descendentí, tj. dcery, synové, neteře, synovci, snachy, zeťové, vnučky a vnuci, zatímco ve 23 % jde o vrstevníky, tj. partner(k)y, bratry nebo sestry. Rozlišování generací, které se podílejí na péči, je důležité z hlediska odhadu míry rizika, že hlavní pečující nebude schopen péči poskytovat, resp. ji dokonce začne sám potřebovat.

4.2 Podoby sdílené péče

V této kapitole je věnována pozornost třem podobám sdílené péče, a to péči sdílené a) mezi hlavním pečujícím a ostatními rodinnými příslušníky, b) mezi neformálními pečujícími a profesionály, c) mezi poskytovateli sociálních služeb a poskytovateli zdravotních služeb.

Výsledky provedeného výzkumu ukazují, že přibližně čtvrtina hlavních pečujících se o nesoběstačné seniory stará samostatně, bez pomoci ostatních. V tomto případě jde typicky o péči mezi partnery, která probíhá ve společné domácnosti. Rozsah takovéto péče je v porovnání s dále uváděnými typy relativně nízký, když činí v průměru cca 60 člověkohodin za týden, resp. přibližně 9 hodin za den. V tomto případě na poskytování péče neparticipují ani další

neformální pečující (tj. ostatní členové rodiny či příbuzenstva), ani profesionálové a břemeno péče nesou hlavní pečující samostatně. Tyto případy jsou z analýzy sdílené péče vyčleněny, neboť zde není žádný prostor pro sdílení.



Graf č. 19: Formy sdílené péče

Zdroj: INESAN (2019, N=1223; N=279/496/77)

Pozn.: Ve 41 % případů se starají hlavní pečující spolu s dalšími rodinnými příslušníky, přičemž se v těchto případech do péče nezapojují profesionální poskytovatelé sociálních či zdravotních služeb; v 6 % případů poskytují péči hlavní pečující spolu s profesionálními poskytovateli těchto služeb.

Pozn.: Dopočet do 100 % (tj. 29 %) tvoří ostatní kombinace poskytované péče.

Pozn.: Údaje v závorkách vyjadřují počet člověkohodin za den.

Největší samostatnou kategorií (41 %) představují případy, kdy při péči o nesoběstačné seniory spolupracují hlavní pečující s dalšími členy rodiny. V těchto případech je patrný větší rozsah péče vyjádřený vyšším průměrným počtem hodin péče za den, resp. za týden. Současné tyto případy péče korespondují s horším zdravotním stavem opečovávaných. Jde o ryzí neformální péči, kdy hlavní pečující spolupracují s ostatními rodinnými příslušníky bez asistence profesionálních sociálních pracovníků. V daném případě by hlavní pečující daný rozsah péče nezvládali samostatně, a tak na péči kooperují s ostatními.

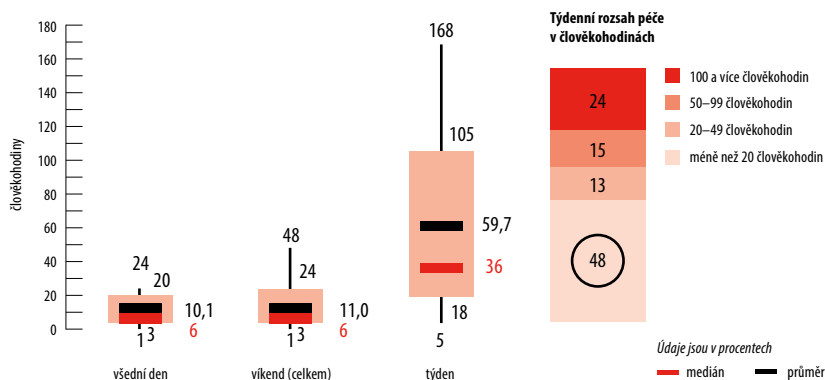
Třetím případem je péče sdílená mezi hlavními pečujícími a poskytovateli zdravotních nebo sociálních služeb. Tato forma má sice ve zkoumaném vzorku pečujících nižší zastoupení (její podíl činí přibližně 6 %), nicméně rozsah péče je v tomto případě největší, neboť dosahuje v průměru 78 člověkohodin za týden, resp. 11 hodin denně. V této souvislosti je třeba dodat, že většinu této zátěže nesou hlavní pečující. Poskytovatelé zdravotních služeb sice přispívají vysokou odborností, nicméně z hlediska času jde o příspěvek v řádu necelých jednotek hodin týdně. Souhra neformální a profesionální péče je nutná, neboť stav opečovávané osoby v těchto případech obvykle vyžaduje provádění specializovaných zdravotních či ošetrovateľských úkonů. Z pohledu pečujících jde v tomto případě o největší zátěž, neboť poskytovaná péče má velmi intenzivní charakter.

Zbývajících 29 % případů připadá na péči, které se účastní všechny uvedené zainteresované strany současně, tedy jak hlavní pečující, tak také ostatní rodinní příslušníci a poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb. Dále do této (reziduální) kategorie patří i ostatní formy spolupráce uvedených aktérů s dalšími subjekty, které na péči v některých případech participují, mj. se jedná o sousedy, přátele opečovávaného seniora, o přátele pečujících apod.

4.2.1 Hlavní pečující a ostatní neformální pečující

Již je uvedeno výše, že ve 24 % případů se o seniory starají hlavní pečující samostatně, a tak se o sdílenou péči nejedná. Přesto však míra jejich zapojení stojí za pozornost. Z výsledků provedeného výzkumu je totiž patrné, že samostatně působící hlavní pečující vykazují afinitu s nižším počtem hodin péče, což může indikovat méně náročnou péči. Nicméně vzájemný vztah těchto jevů má i opačné vysvětlení,

a to že vyšší soběstačnost opečovávaných seniorů (tj. méně náročná péče) nevyžaduje zapojení dalších pečujících, resp. že hlavní pečující daný rozsah péče samostatně zvládají.



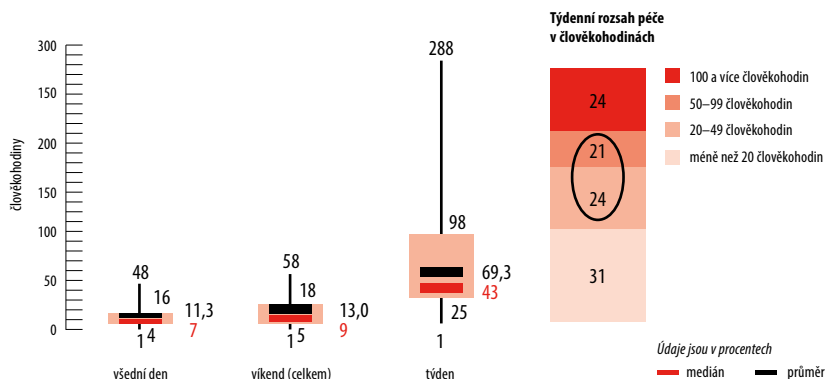
Graf č. 20: Rozsah péče v člověkohodinách – hlavní pečující pečují samostatně bez zapojení ostatních

Zdroj: INESAN (2019, N=271/271/279/279).

Pozn.: Hodnoty v grafu jsou zobrazeny v pořadí minimum – dolní kvartil – medián – průměr – horní kvartil – maximum.

Z konkrétních hodnot je patrné, že v polovině případů poskytují samostatně působící pečující péči v rozsahu od 18 do 105 hodin týdně; mediánová hodnota přitom činí 36 hodin za týden. Rovněž je patrné, že v přibližně polovině případů (48 %) je rozsah poskytované péče nižší než 20 člověkohodin za týden.

Naproti tomu v případech, kdy se na péči podílejí ještě další rodinní příslušníci, činí podíl péče nepřesahující 20 člověkohodin za týden jednu třetinu (31 %). Dále je patrné, že stejně jako v předchozím případě je v jedné čtvrtině případů poskytována péče v rozsahu přesahujícím 100 člověkohodin za týden. Na rozdíl od předchozího modelu péče se však v tomto případě o pečovatelskou zátěž dělí několik neformálních pečujících.



Graf č. 21: Rozsah péče v člověkohodinách – hlavní pečující pečují spolu s dalšími rodinnými příslušníky

Zdroj: INESAN (2019, N=495/492/496/496).

Pozn.: Údaje se vztahují k hlavním pečujícím, kteří vykonávají péči spolu s dalšími rodinnými příslušníky, přičemž do péče není zapojen žádný jiný další subjekt; hodnoty v grafu jsou zobrazeny v pořadí minimum – dolní kvartil – medián – průměr – horní kvartil – maximum.

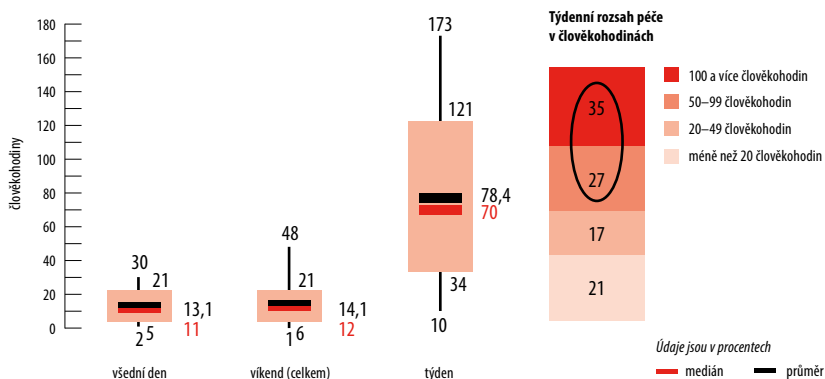
Vyšší rozsah péče je spojen se zapojením většího počtu rodinných příslušníků. Prostřední polovina hodnot se podobně jako v předchozím případě pohybuje v rozmezí od 25 od 98 člověkohodin za týden, přičemž mediánová hodnota u této formy péče dosahuje hodnoty 43 člověkohodin. Medián tak přibližně odpovídá plnému pracovnímu úvazku.

Pro úplnost je třeba dodat, že se na neformální péči v některých případech podílejí ještě další osoby. Z provedeného výzkumu je patrné, že se nejčastěji jedná o sousedy a o známé (ať už pečujících nebo samotných opečovávaných). Nicméně tyto případy se v praxi neuplatňují v takové míře jako ostatní typy péče – participaci těchto osob uvádí 12 % dotazovaných hlavních pečujících. Rovněž angažovanost těchto subjektů je významně nižší než u rodinných příslušníků; z dat vyplývá, že dosahuje přibližně jedné pětiny času, který péči věnují hlavní pečující.

4.2.2 Neformální a profesionální péče

V rámci provedeného výzkumu byla za neformální péči považována péče poskytovaná rodinnými příslušníky. V některých pramenech se tato péče charakterizuje jako péče laická, což akcentuje skutečnost, že se na péči podílejí osoby, které nemají formální vzdělání v relevantních oborech souvisejících s poskytováním péče (sociální práce, ošetrovatelství apod.). Naproti tomu profesionální péče je poskytována školenými pracovníky v rámci výkonu sociální či zdravotní služby.

Jak je patrné, ke sdílení neformální a profesionální péče dochází v podmínkách vysokých nároků na rozsah péče, který vyžaduje stav opečovávaného seniora. Z konkrétních dat vyplývá, že přibližně třetina (35 %) neformálních pečujících spolupracuje s poskytovateli zdravotních či sociálních služeb, když pečují více než 100 hodin týdně. Současně přibližně čtvrtina (27 %) pečujících věnuje takto koncipované péči 50 až 99 hodin za týden, což je přibližně dvojnásobek plného pracovního úvazku.



Graf č. 22: Rozsah péče v člověkohodinách – hlavní pečující pečují spolu s poskytovateli zdravotních nebo sociálních služeb

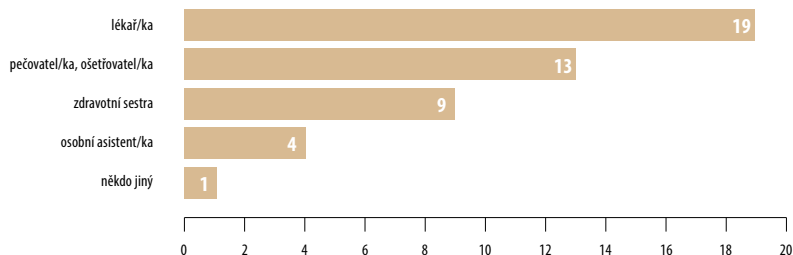
Zdroj: INESAN (2019, N=77/71/77/77).

Pozn.: Údaje se vztahují k hlavním pečujícím, kteří vykonávají péči spolu s poskytovateli zdravotních nebo sociálních služeb, přičemž do péče není zapojen žádný jiný další subjekt; hodnoty v grafu jsou zobrazeny v pořadí minimum – dolní kvartil – medián – průměr – horní kvartil – maximum.

Z podrobnějších údajů v této souvislosti vyplývá, že využívané zdravotní a sociální služby hrají v rámci poskytované péče nezastupitelnou roli, nicméně z pohledu pečujících nepředstavují významné snížení časové zátěže. Ukazuje se, že rozsah péče věnovaný opečovávanému seniorovi ze strany poskytovatelů profesionálních služeb se pohybuje v průměru mezi 6 až 7 hodinami týdně, zatímco sami hlavní pečující se starají v průměrném rozsahu přibližně 60 hodin týdně. Způsob rozdělení pečovatelské zátěže je tedy v tomto ohledu jasně patrný.

4.2.3 Zdravotní a sociální péče

Přibližně pětina dotazovaných hlavních pečujících uvádí, že zdravotní stav opečovávaného vyžaduje průběžnou, pravidelnou lékařskou pomoc. Současně platí, že 13 % dotazovaných hlavních pečujících uvedlo, že se na péči o seniora spolupodílí pečovatel/ka či ošetřovatel/ka a v jednom případě z deseti dochází za opečovávaným seniorem zdravotní sestra. V těchto případech jde o péči, která se vyznačuje vysokou odborností prováděných úkonů a relativně nízkou časovou dotací. Průměrný rozsah péče se v případě lékařů a zdravotních sester pohybuje okolo jedné hodiny denně bez rozlišení, zdali se jedná o všední den či o víkend.

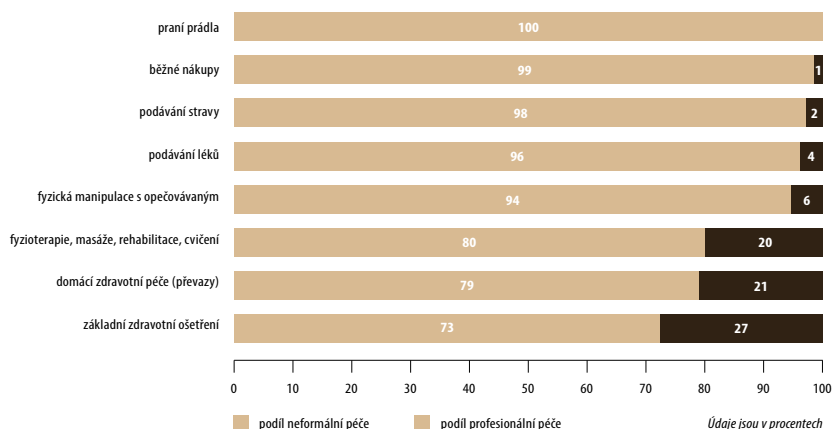


Graf č. 23: Subjekty participující na péči a rozsah péče – formální péče

Zdroj: INESAN (2019, N=1171/1177/1177/1177/1129, N=195/144/98/24/16, N=11/32/20/4/2, N=197/144/102/24/16).

Výjimku mezi sledovanými profesionálními službami představují osobní asistence, které jsou sice poskytovány velmi úzké skupině opečovávaných (4 %), nicméně z hlediska časové dotace je jejich přínos srovnatelný s neformální péčí poskytovanou rodinnými příslušníky. Sociální pracovníci v tomto případě nahrazují či doplňují členy rodiny během všedních dní, nicméně jejich význam neklesá ani během víkendu.

Pokud jde o podíl jednotlivých poskytovatelů péče na vybraných úkonech souvisejících s péčí, je patrné vyšší zastoupení zdravotníků v případě takových úkonů, jakými jsou základní zdravotní ošetření (27 %), domácí zdravotní péče (21 %) a masáže, rehabilitace, cvičení (20 %).¹⁸¹ Přesto i u těchto úkonů platí, že jsou v určité míře poskytovány i neformálními pečujícími (tedy laiky). Na základě poznatků z provedeného výzkumu lze tedy shrnout, že případné posuny neformální péče směrem k péči jsou patrné především ve zdravotní oblasti.



Graf č. 24: Podíl úkonů vykonaných za týden u jednotlivých činností připadajících na neformální a profesionální péči

Zdroj: INESAN (2019, N=1143/1183/672/788/591/500/384/535).

Pozn.: Neformální péče zahrnuje péči respondentů a dalších členů rodiny, profesionální péče zahrnuje péči terénních pracovníků sociálních a zdravotních služeb a zdravotníků.

¹⁸¹ Z grafu č. 24 je patrný podíl profesionální a neformální péče založený na celkovém počtu vykonávaných činností (úkonů). Pokud např. respondent realizuje danou činnost sedmkrát týdně, vykoná tedy v rámci dané činnosti celkem sedm úkonů, pokud ostatní členové domácnosti vykonávají tuto činnost jednou týdně, vykonají jeden úkon a na neformální péči tak připadá týdně celkem osm úkonů. Pokud danou činnost realizují dále např. zdravotníci, a to dvakrát týdně, vykonávají dva úkony. Celkový počet úkonů za týden je tedy 10, přičemž na neformální péči připadá 80 % úkonů a na profesionální péči 20 % úkonů.

Naproti tomu takové činnosti jako např. praní prádla, zajišťování běžných nákupů či podávání stravy jsou téměř výlučně realizovány na neformální bázi, tedy buď přímo samotnými hlavními pečujícími, nebo s dopomocí ostatních rodinných příslušníků. Z hlediska příležitostí pro rozvoj sdílené péče stojí za pozornost činnosti spojené s podáváním léků a činnosti, při kterých je nutná fyzická manipulace s opečovávaným. Zatímco v prvním případě se otevírá prostor pro sdílení neformální péče s pomocí ze strany zdravotnického personálu, druhý případ vymezuje možnosti zapojování i sociálních pracovníků a dalších profesionálů z oblasti sociálních služeb.

4.2.4 Souhrn

Konkrétní podoba sdílené péče je značně variabilní a má mnoho forem. Mezi hlavními determinantami zaujímají významné postavení zejména zdravotní stav opečovávané osoby, připravenost hlavních pečujících a kontextové podmínky. Zdravotní stav (resp. jeho náhlá změna) je v mnoha případech iniciačním impulsem, kterým neformální péče začíná. Také v průběhu péče zdravotní stav opečovávané osoby významně ovlivňuje její rozsah, obsah i formu. Připravenost hlavních pečujících je důležitá nejen z pohledu časové dostupnosti (jež je významně nižší v případě ekonomicky aktivních pečujících), ale i z pohledu jejich informovanosti o potřebách opečovávaných seniorů a o možnostech uspokojení těchto potřeb. Některé kontextové podmínky totiž péči usnadňují (zejm. sdílení domácnosti, vysoká rodinná koheze či snadno dostupné relevantní sociální služby), zatímco jiné ji naopak komplikují (vysoký věk hlavního pečujícího či jeho zdravotní obtíže, nevyhovující bydlení apod.). Uvedené faktory se spolupodílejí na specifickém a unikátním způsobu uspořádání péče v jednotlivých domácnostech, jejichž

součástí je i participace konkrétních subjektů, které se na péči spolupodílejí.

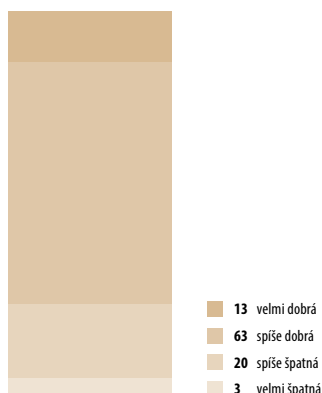
4.3 Překážky sdílené péče

Jednotlivé okolnosti, které mají negativní vliv na rozsah poskytované péče, lze rozdělit do tří skupin. První typ faktorů inhibujících sdílenou péči představují finanční otázky spojené s péčí. V rámci prováděného výzkumu byly zkoumány nejen přímé výdaje domácností spojené s péčí, ale pozornost se soustředila i na celkovou finanční situaci domácností, resp. na její percepci z pohledu hlavních pečujících. Druhý typ překážek sdílené péče představují dispoziční a organizační bariéry na straně domácností, ve kterých probíhá péče o nesoběstačné seniory. Do této druhé skupiny je zařazena i (ne)dostupnost poskytovatelů sociálních služeb, neboť prostorová dislokace poskytovatelů relevantních sociálních služeb představuje strukturální danost, jež je samotnými pečujícími vnímána jako limitující faktor. Třetí skupinu faktorů, které negativně ovlivňují rozsah sdílené péče, představuje rozsah kompetencí a znalostí pečujících. Suboptimální stav v této oblasti je do značné míry odrazem omezeného množství informačních zdrojů určených neformálním pečujícím, resp. odrazem nedostatečně efektivních komunikačních nástrojů.

4.3.1 Finanční překážky

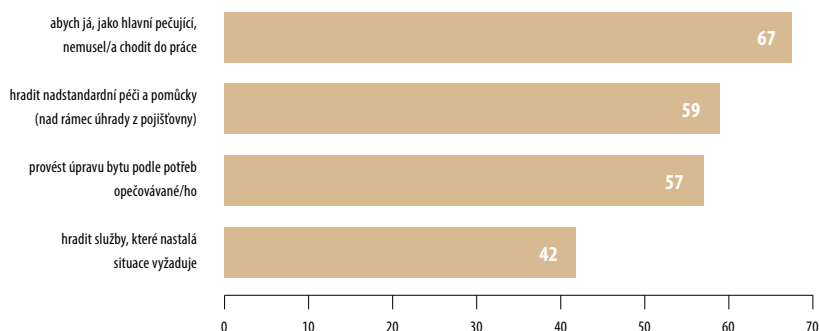
Přibližně tři čtvrtiny hlavních pečujících charakterizují svou současnou ekonomickou situaci jako dobrou; 13 % ji přitom považuje za velmi dobrou. Na druhé straně nelze pominout, že téměř čtvrtina

pečujících hodnotí svou ekonomickou situaci jako spíše špatnou či dokonce velmi špatnou (dohromady 23 %). Z podrobnější analýzy je přitom patrné, že tato sebereflexe svědčí spíše o snaze hlavních pečujících nestěžovat si, než že by vystihovala adekvátní finanční zázemí, jež by umožňovalo pečujícím domácnostem hradit výdaje spojené s péčí.



Graf č. 25: Ekonomická situace hlavních pečujících
Zdroj: INESAN (N=1223).

Ukazuje se totiž, že dvě pětiny dotázaných nemají dostatek finančních zdrojů na úhradu výdajů spojených s péčí. Takovýto poznatek je velmi významný, neboť může indikovat potenciálně snížený standard neformální péče v důsledku omezeného domácího rozpočtu. Případně může indikovat snížené možnosti uspokojení jiných potřeb dané domácnosti, ať už jde o potřeby hlavních pečujících, potřeby případných dalších členů domácnosti, popř. o společné potřeby týkající se chodu dané domácnosti.



Graf č. 26: Opatření, která si hlavní pečující nemohou dovolit

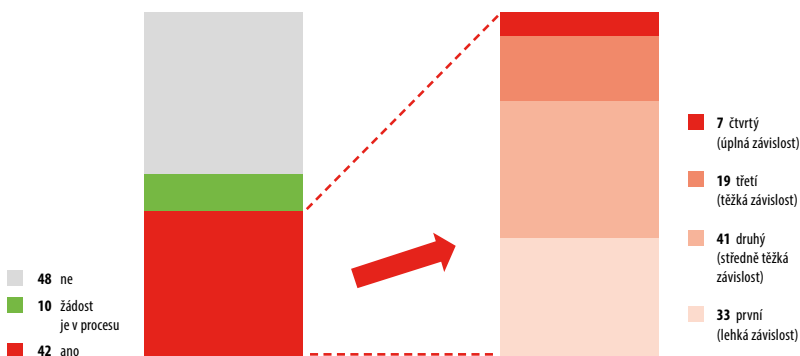
Zdroj: INESAN (2019, N=1161/1156/1135/1147).

Pozn.: Odpovědi uváděli všichni respondenti (tedy i ti, u kterých zdravotní stav opečovávaných osob tato opatření nevyžaduje).

Dotazovaní hlavní pečující sice deklarují relativně vysokou míru spokojenosti se svou finanční situací, současně je však patrné, že přibližně dvě pětiny (42 %) si nemohou dovolit hradit služby, které nastalá situace vyžaduje, a přibližně tři pětinová většina si nemůže dovolit provádět úpravu svého obydlí (57 %) či hradit nadstandardní péči (59 %). Dále platí, že dvoutřetinová většina dotazovaných pečujících nemá možnost opustit zaměstnání a věnovat se plně péči o seniora, neboť je na příjmu ze zaměstnání či ze samostatné výdělečné činnosti existenčně závislá.

V některých případech může problém nedostatku finančních zdrojů zmírnit příspěvek na péči, který je určen osobám závislým na pomoci ostatních. Z provedeného výzkumu se ukazuje, že příspěvek na péči je poskytován přibližně dvěma pětinám opečovávaných (42 %). Dále je patrné, že:

- i v případě, že je poskytován, nepředstavuje tento příspěvek adekvátní zdroj finančních prostředků na úhradu nákladů spojených s péčí (zejm. v případě nižších stupňů závislosti je výše příspěvku na péči nedostatečná);
- mnoho seniorů na příspěvek na péči nemá nárok; přestože nejsou plně soběstační a vyžadují značný rozsah péče, míra jejich autonomie je podle podmínek nároku na tuto dávku natolik vysoká, že jim příspěvek nenáleží;
- mnoho opečovávaných o příspěvek nežádá, ačkoliv by s ohledem ke svému zdravotnímu stavu žádat mohlo.



Graf č. 27: Pobírání příspěvku na péči a přiznaný stupeň příspěvku na péči

Zdroj: INESAN (2019, N=1161/534).

Z uvedené tabulky je zřejmá souvislost mezi přiznaným stupněm příspěvku na péči a mírou nesoběstačnosti opečovávaných seniorů, kterou specifikovali hlavní pečující na základě úkonů, které senioři nejsou schopni samostatně provádět. Jak je z tabulky patrné, odpovědi hlavních pečujících jsou v tomto ohledu validizovány přiznaným stupněm příspěvku na péči. O to zajímavější je analýza míry nesoběstačnosti opečovávaných seniorů, kteří nejsou příjemci příspěvku na péči. Z konkrétních dat lze totiž usuzovat, že

IV. stupeň by mohl být pravděpodobně přiznán dalším dvěma procentům opečovávaných seniorů (aktuálně je přiznán 3 %); III. stupeň by byl pravděpodobně přiznán 4 % (aktuálně je jeho příjemců 8 %), na II. stupeň příspěvku by pravděpodobně mohlo aspirovat 8 % seniorů (aktuálně je jeho příjemců 17 %) a I. stupeň by byl pravděpodobně přiznán dalším 12 % (aktuálně je přiznán 14 %).

Počet životních potřeb, které opečovávané osoby nezvládají

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem
pobírání příspěvku na péči a přiznaný stupeň závislosti	I. stupeň závislosti (lehká závislost)	1 %	2 %	3 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	14 %
	II. stupeň závislosti (středně těžká závislost)			1 %	2 %	3 %	3 %	2 %	2 %	2 %	2 %	17 %
	III. stupeň závislosti (těžká závislost)							1 %	3 %	2 %	2 %	8 %
	IV. stupeň závislosti (úplná závislost)									<1 %	3 %	3 %
	o příspěvek je zažádáno		1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	10 %
	nepobírá příspěvek a ani není požádáno	13 %	2 %	7 %	6 %	6 %	5 %	3 %	3 %	1 %	1 %	48 %
	celkem	13 %	4 %	10 %	11 %	10 %	8 %	8 %	8 %	7 %	10 %	

Tabulka č. 30: Porovnání přiznaného a potenciálního stupně závislosti na základě hodnocení respondentů

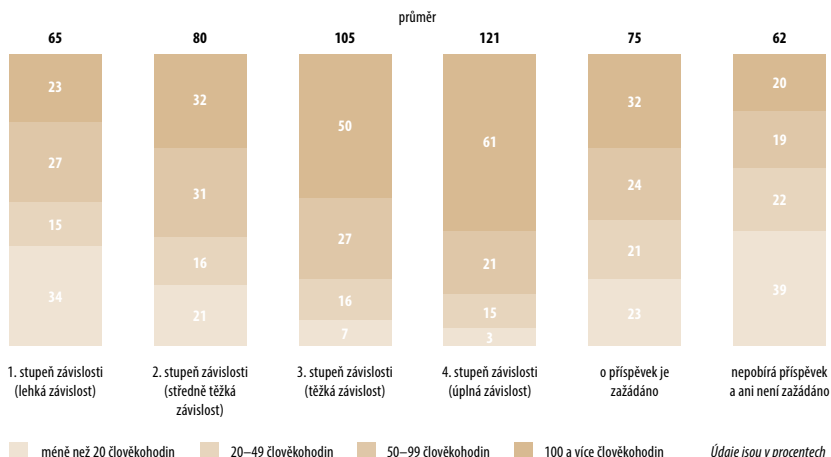
Zdroj: INESAN (2019, N=1158).

Pozn.: Podle § 2a vyhlášky č. 505/2006 Sb. platí, že pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v příloze č. 1 k této vyhlášce, není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Pozn.: Barevně (růžovo-vínovou barvou) jsou rozlišeny případy, kdy přiznaný stupeň příspěvku na péči odpovídá sebehodnocení respondentů; oranžovou barvou jsou označeny případy, kdy

přiznaný stupeň příspěvku na péči je vyšší než ten, který odpovídá sebehodnocení respondentů; zelenou barvou jsou označeny případy, kdy přiznaný stupeň příspěvku na péči je nižší než ten, který odpovídá sebehodnocení respondentů.

Je tedy patrné, že významné části opečovávaných seniorů se nedostává potřebné finanční pomoci, ačkoliv je velmi pravděpodobné, že by příslušní senioři nárok na přiznání příspěvku na péči měli, neboť rozsah poskytované péče je srovnatelný s rozsahem péče, kterou vyžadují senioři pobírající příspěvek na péči. Údaje z tabulky č. 30 lze totiž confirmovat ještě pomocí odhadu aktuální náročnosti péče. V tomto ohledu se ukazuje, že třetina hlavních pečujících, kteří se starají o seniory pobírající příspěvek na péči v I. stupni, věnuje péči méně než 20 člověkohodin za týden. Naproti tomu se téměř čtvrtina dotazovaných hlavních pečujících stará více než 100 člověkohodin. V případě péče o seniory pobírající příspěvek na péči v II. stupni je podíl těchto dvou skupin opačný – třetina hlavních pečujících se stará více než 100 hodin, zatímco jedna pětina věnuje péči méně než 20 hodin. Ve III. stupni podíl hlavních pečujících starajících se více než 100 hodin dosahuje přibližně jedné poloviny a ve IV. stupni pak dokonce tři pětín.



Graf č. 28: Celkový týdenní rozsah péče v člověkohodinách (podle pobírání příspěvku na péči)

Zdroj: INESAN (2019, N=1158).

Pozn.: Hodnoty nad grafem vyjadřují průměrný celkový týdenní rozsah péče v člověkohodinách.

Náročnost péče o seniory, kteří nejsou příjemci příspěvku na péči, je přibližně srovnatelná s náročností péče o seniory v I. stupni. Dvě pětiny pečujících se totiž starají méně než 20 hodin, zatímco podíl pečujících, kteří péči věnují více než 100 hodin týdně dosahuje přibližně jedné pětiny.

Ukazuje se, že ceny sociálních služeb mohou být pro mnohé nesoběstačné seniory, resp. pro hlavní pečující, kteří tyto služby pro seniory objednávají, bariérou jejich využívání. V tomto případě lze skutečně hovořit o bariéře, neboť dotazovaní hlavní pečující uvádějí, že danou službu nevyužívají z důvodu příliš vysoké ceny. Jde zejména o služby poskytované v léčebnách dlouhodobě nemocných a v hospicích, dále jde o služby mobilních hospiců a o osobní asistence. Obecně je z výsledků provedeného výzkumu patrné, že z pohledu nadpoloviční většiny hlavních pečujících jsou všechny sledované služby příliš drahé. Kromě objektivní finanční nedostupnosti však

takovýto výsledek může znamenat také vysokou cenovou senzitivitu hlavních pečujících a neochotu vynakládat finanční prostředky za jednotlivé služby.

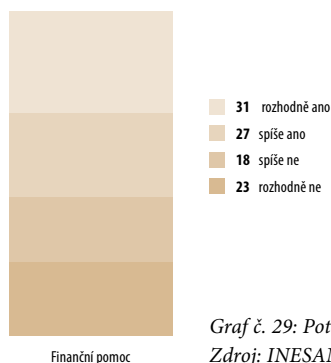
cena služby je příliš vysoká	terénní sociální služby	mobilitní hospic	výpomoc osobních asistentů	odborné sociální poradenství	domácí ošetrovatelská, zdravotní péče	odlehčovací služby poskytované v domácnosti	ambulantní sociální služby	pobytové sociální služby	hospic	služby poskytované v lázeňském nebo rehabilitačním zdravotnickém zařízení	služby poskytované v léčebně dlouhodobě nemocných
	70 %	80 %	80 %	50 %	54 %	61 %	69 %	76 %	86 %	66 %	88 %

Tabulka č. 31: Hlavní důvody nevyužívání preferovaných služeb

Zdroj: INESAN (2019, N=144/10/74/32/68/165/45/17/7/155/8).

Pozn.: Hodnoty vyjadřují součet odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“.

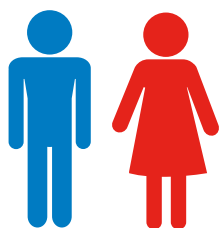
Uvedená zjištění v neposlední řadě dokládají, že téměř tři pětiny dotazovaných hlavních pečujících potřebují s péčí finančně pomoci; třetina dotazovaných (31 %) přitom tuto pomoc rozhodně potřebuje.



Graf č. 29: Potřeba finanční pomoci hlavním pečujícím

Zdroj: INESAN (2019, N=1162).

Ze spontánních odpovědí, kdy dotazovaní hlavní pečující mohli sami uvést, co by jim nejvíce pomohlo, jsou patrné různé formy finanční pomoci. Nejde tedy pouze o získání přímé finanční dávky. Z odpovědí je dále patrný mj. zájem o zvýšení příspěvku na péči, o slevy na dani (z příjmu), ale také o snížení cen pomůcek či možnost získávat některé zdravotní pomůcky bezplatně.



- 13 % finance/peníze
- 4 % vyšší příspěvek na péči
- 4 % finanční příspěvek od státu
- 3 % slevy na dani
- 2 % finanční pomoc
- 2 % rychlejší vyřízení příspěvku na péči od podání žádosti

Obrázek č. 2: Spontánně uvedené formy pomoci určené neformálním pečujícím

Zdroj: INESAN (2019, N=914).

Pozn.: Prezentovány jsou jen odpovědi s minimální četností 2%.

Problematika finančního zajištění péče je průřezová, neboť se týká prakticky všech skupin pečujících, a to včetně těch s vyšším socioekonomickým statusem.

4.3.2 Dispoziční a organizační bariéry

Tato skupina bariér zahrnuje zejména prostorové uspořádání obydli zohledňujícího potřeby seniorů, distanční aspekt odrážející vzdálenost hlavního pečujícího a nesoběstačného seniora v případech, kdy nesdílejí společnou domácnost a dostupnost potřebných sociálních služeb v místě bydliště seniorů či pečujících. Možnosti, které hlavní pečující při poskytování péče mají, jsou ovlivněny zejména těmito charakteristikami:

- **Hlavní pečující nebydlí spolu s opečovávaným seniorem**
 - polovina opečovávaných seniorů nebydlí spolu s hlavními pečujícími; současně dvě pětiny seniorů žijí samostatně.
- **Senioři nebydlí ve svém** – přibližně čtvrtina (23 %) seniorů, resp. hlavních pečujících nebydlí ve vlastním bytě, ale své stávající bydlení si pronajímají. Tato okolnost je významná s ohledem na případné adaptace obydlí a jeho doplnění o prvky, které by mohly usnadňovat pohyb seniorů či pečujících (madla, držáky apod.), popř. které by zvyšovaly bezpečnost prostoru (prevence pádu).
- **Služby jsou daleko, popř. nejsou v dané lokalitě vůbec poskytovány** – prvkem, který představuje významnou dispoziční a organizační bariéru, je dostupnost poskytovatelů relevantních sociálních a zdravotních služeb. Výzkum ukazuje, že nepřítomnost poskytovatelů představuje bariéru využívání osobních asistencí u přibližně třech pětín dotazovaných hlavních pečujících. Nadpoloviční většina pečujících se dále potýká s nedostatečnou nabídkou odborného sociálního poradenství a s nabídkou odlehčovací služeb. Nedostatečná kapacita služeb je problémem zejména v případě hospiců, osobních asistencí a odborného sociálního poradenství.

	terénní sociální služby	mobilitní hospic	výpomoc osobních asistentů	odborné sociální poradenství	domácí ošetrovatelská/zdravotní péče	odlehčovací služby poskytované v domácnosti	ambulantní sociální služby	pobytové sociální služby	hospic	služby poskytované v lůžkovém nebo rehabilitačním zdravotnickém zařízení	služby poskytované v léčebně dlouhodobě nemocných
podoba služby neodpovídá potřebám opečovávaných	45 %	18 %	61 %	55 %	35 %	53 %	40 %	38 %	57 %	27 %	33 %
služba není poskytována v místě bydliště	27 %	22 %	49 %	57 %	42 %	50 %	42 %	38 %	14 %	22 %	17 %
služba je poskytována v nevyhovující denní dobu	22 %	36 %	39 %	23 %	23 %	30 %	36 %	18 %	43 %	11 %	0 %
kapacita služby je nedostatečná	32 %	36 %	56 %	55 %	43 %	43 %	49 %	47 %	60 %	27 %	33 %

Tabulka č. 32: Hlavní důvody nevyužívání preferovaných služeb

Zdroj: INESAN (2019, N=142/11/72/29/63/162/48/16/7/155/6, N=133/9/75/28/62/145/48/16/7/144/6, N=134/11/74/26/66/144/50/17/7/142/6, N=133/11/66/22/63/137/49/17/5/134/3).

Pozn.: Hodnoty vyjadřují součet odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“.

Strukturální (dispoziční) okolnosti definují základní možnosti rozvoje sdílené péče, a to ve dvou základních osách; jde o sdílení v rámci rodiny, které je v případě společné domácnosti významně snazší a operativnější. Jde také o sdílení mezi hlavními pečujícími a poskytovateli sociálních služeb, jež jsou dostupné v místě bydliště nesoběstačného seniora.

4.3.3 Informační mezery

Třetí skupinu limitujících faktorů představuje povědomí, resp. znalosti hlavních pečujících týkající se způsobu zajištění péče, sítě poskytovatelů, podmínek nároku na příslušné dávky. Významné jsou rovněž dovednosti hlavních pečujících týkající se způsobu provádění péče, komunikace se seniory, manipulace s nimi apod.

Největší deficit je v tomto ohledu patrný v případě informací o hospicích, o odborném sociálním poradenství a o osobních asistencích. Naopak poměrně dobře jsou dotazovaní hlavní pečující informováni o službách poskytovaných v lázeňských nebo rehabilitačních zdravotnických zařízeních.

	terénní sociální služby	mobilitní hospic	výpomoc osobních asistentů	odborné sociální poradenství	domácí ošetrovatelská/zdravotní péče	odlehčovací služby poskytované v domácnosti	ambulanti sociální služby	pobytové sociální služby	hospic	služby poskytované v lázeňském nebo rehabilitačním zdravotnickém zařízení	služby poskytované v léčebně dlouhodobě nemocných
o dané službě je k dispozici málo informací	61 %	69 %	79 %	82 %	77 %	67 %	47 %	53 %	86 %	35 %	63 %

Tabulka č. 33: Hlavní důvody nevyužívání preferovaných služeb

Zdroj: INESAN (2019, N=155/13/85/33/74/189/53/17/7/167/8).

Pozn.: Hodnoty vyjadřují součet odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“.

Z odpovědí hlavních pečujících je patrná největší poptávka po informacích souvisejících s terminálním stádiem onemocnění, kterými opečovávaní senioři trpí. Mimochodem tuto informaci je vhodné sledovat v souvislosti s nízkým povědomím dotazovaných hlavních pečujících o hospicích.

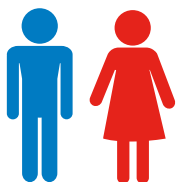


Graf č. 30: Zájem o radu, pomoc a informace podle zdravotního stavu opečovávaných seniorů

Zdroj: INESAN (2019, N=21/118/131/11/170/333/645/170).

Pozn.: Odpovědi se vztahují k respondentům, kteří pečují o seniory s danou diagnózou.

Obecně platí, že vyšší zájem o informace, rady a pomoc projevují hlavní pečující, kteří se starají o seniory v terminálním stadiu. Vyšší zájem o pomoc, radu či informace je dále patrný u pečujících, kteří se starají o duševně nemocné seniory či o seniory s mentálním postižením.



psychická podpora
levnější léky
větší zájem/ohled od okolí
více informací

Obrázek č. 3: Spontánně uvedené formy pomoci určené neformálním pečujícím

Zdroj: INESAN (2019, N=914)

Pozn.: Prezentovány jsou jen odpovědi s minimální četností 2 %.

V případě, že dotazovaní hlavní pečující mohli sami uvést, jaká forma podpory by jim nejvíce pomohla, poukazovali kromě informační podpory také na potřebu psychické podpory a potřebu ohledu ze strany sociálního okolí.

4.3.4 Souhrn bariér

Spektrum překážek neformální dlouhodobé péče je pochopitelně velmi rozsáhlé a kombinuje systémové bariéry se specifickou situací jednotlivých pečujících rodin. Provedená analýza se zaměřila na tři hlavní okruhy, v rámci kterých identifikovala významné mezery v uspokojení potřeb hlavních pečujících. První skupinu překážek představují disponibilní finanční prostředky, v jejichž případě platí, že finanční potřeby hlavních pečujících nejsou plně uspokojeny. Je však třeba dodat, že vzhledem k silné motivaci pečujících postarat se o svého seniora nejde o bariéru, nýbrž o inhibitor péče, resp. překonatelnou překážku, s níž se hlavní pečující dokáží ve většině případů vyrovnat. Nedostatek finančních prostředků však s sebou může nést nižší standard péče a/nebo vyšší pečovatelskou zátěž. Druhou skupinu překážek představují dispoziční okolnosti, mezi nimiž je z pohledu sdílené péče nejvíce palčivý problém lokální nedostupnost konkrétních sociálních služeb. S tím souvisí i třetí skupina překážek, která představuje nedostatečnou informovanost hlavních pečujících a nesnadnou dohledatelnost ucelené nabídky sociálních a zdravotních služeb v místě bydliště hlavních pečujících.

4.4 Předpoklady a stimuly sdílené péče

Na rozdíl od předchozí části je zde věnován prostor vybraným okolnostem, které přispívají k rozvoji neformální péče a napomáhají neformálním pečujícím v jejich úsilí. Na základě zevrubné analýzy potřeb pečujících bylo identifikováno několik faktorů, které jsou nejsilnějším stimulantem rozvoje neformální péče.¹⁸² Patří mezi ně zejména rodinné zázemí a vztahy mezi jednotlivými rodinnými příslušníky, včetně vzájemného vztahu mezi hlavním pečujícím a opečovávaným. Mezi dalšími činiteli, jež jsou relevantní z pohledu sdílené péče, je dostupnost odlehčovacích služeb a možnost zajistit nepřetržitý vzdálený dohled a s ním související tíšňovou péči.

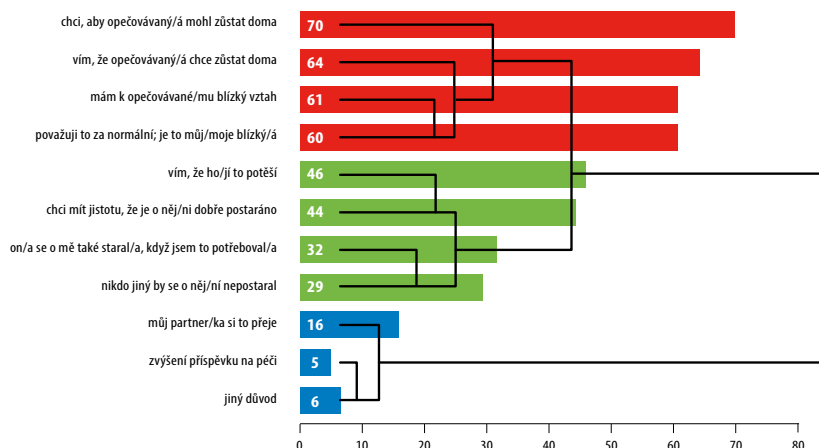
4.4.1 Rodinné prostředí

Důležitým předpokladem pro poskytování péče v domácím prostředí je kvalita vzájemného vztahu hlavních pečujících a seniorů – přibližně tři pětiny dotazovaných hlavních pečujících (60 %) se starají z důvodu silných citových vazeb s opečovávanými a péči v tomto směru považují za samozřejmost. Celkem 64 % hlavních pečujících jako hlavní důvod péče uvádí přání opečovávaných zůstat doma. Uvedené tři výroky mají zároveň souvislost s důvodem poskytování péče, který sdílí největší část dotazovaných hlavních pečujících; celkem 70 % pečujících chce, aby opečovávaný/á mohl zůstat doma.

Zároveň je patrná odpovědnost hlavních pečujících za stav seniorů; 44 % dotazovaných hlavních pečujících uvádí, že se o seniory starají proto, aby měli jistotu, že je o ně dobře postaráno, a z přesvědčení,

182 REMR, J. *Potřeby pečujících*. In DRAGOMERICKÁ, E. *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum, 2020.

že tento způsob péče seniory potěší (46 %). Třetina dotazovaných hlavních pečujících se stará o rodinného příslušníka v návaznosti na minulou péči o svou osobu. V 29 % případů je neformální péče poskytována hlavními pečujícími také proto, že by se dle jejich názoru o seniora nikdo jiný nepostaral.



Graf č. 31: Motivace hlavních pečujících k poskytování péče v domácím prostředí

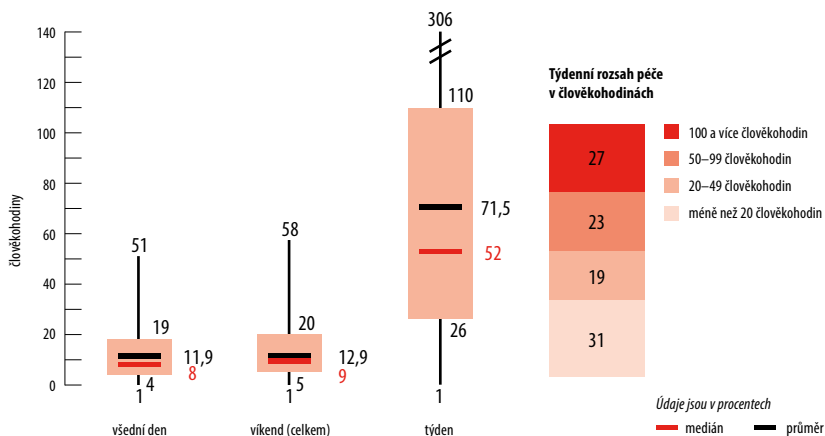
Zdroj: INESAN (2019, N=1223).

Pozn.: Schéma (dendrogram) definuje typické skupiny důvodů poskytování péče v domácím prostředí. Tyto skupiny (barevně odlišené) jsou vytvořeny na základě seskupovací analýzy, která vychází z podobnosti výskytu jednotlivých důvodů. Vodorovné vzdálenosti v dendrogramu naznačují míru podobnosti jednotlivých důvodů; čím je tato vzdálenost kratší, tím je podobnost vyšší. Seskupovací analýza je založena na Wardově metodě.

Přání partnera/ky hlavního pečujícího jako důvod poskytování péče v domácím prostředí uvedlo 16 % dotazovaných pečujících. Tento motivační faktor častěji uváděli mladší pečující, kteří se starají o svého/svou manžela/ku a pečující, kteří sdílejí se seniorem společnou domácnost.

4.4.2 Odlehčovací služba

Dotazovaní hlavní pečující věnují opečovávanému za týden v průměru přibližně 60 hodin péče. Významně více hodin (99 hodin) poskytují opečovávaným manželé/ky oproti dětem a jejich partnerům/kám (43 hodin), vnoučatům (42 hodin) a ostatním pečujícím (42 hodin). Větší časový rozsah péče poskytují ženy, které pečují o své partnery (manžely) než pečující muži, kteří se starají o své partnerky (manželky). Sdílení společné domácnosti je předpokladem většího časového zapojení do péče (74 hodin) oproti situaci, kdy hlavní pečující bydlí samostatně (28 hodin).

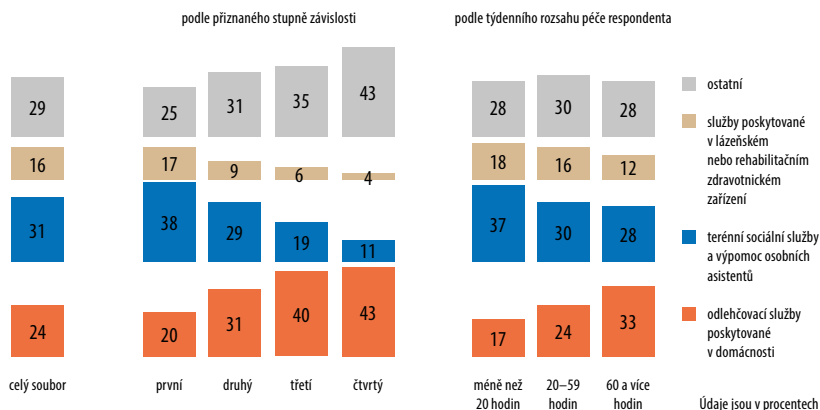


Graf č. 32: Celkový rozsah péče v člověkohodinách

Zdroj: INESAN (2019, N=1199/1185/1208/1223).

Pozn.: Celkový rozsah péče všech zapojených subjektů; hodnoty v grafu jsou zobrazeny v pořadí minimum – dolní kvartil – medián – průměr – horní kvartil – maximum (maximum u týdenní péče se nachází mimo zobrazený rozsah hodnot).

Z výsledků provedeného výzkumu je přitom patrné, že ani to v mnohých případech nestačí, neboť náročnost péče je ještě vyšší. Průměrný rozsah péče totiž zahrnuje 72 hodin týdně, přičemž mediánová hodnota činí 52 hodin. Přibližně polovina případů péče (50 %) vyžaduje více než 50 člověkohodin týdně; péče navíc probíhá po dobu mnoha měsíců i několik let. V tomto kontextu je třeba chápat spontánně vyjádřenou poptávku pečujících po odlehčovacích službách. Platí přitom, že odlehčovací služby tvoří největší podíl (24 %) mezi všemi identifikovanými profesionálními službami, které mladší pečující dosud nevyžívali.



Graf č. 33: Sociální služby s nejvyšším potenciálem

Zdroj: INESAN (2019, N=679/324/679).

Pozn.: Jedná se o sociální služby, které respondenti v současné době nevyužívají, ale považují je za nejvíce přínosné.

Pozn.: Mezi ostatními službami jsou zařazeny pobytové sociální služby, služby poskytované v hospicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných, ambulantní sociální služby, domácí ošetrovatelská/zdravotní péče, odborné sociální poradenství a služby poskytované mobilními hospici [$\chi^2=25,539$, $df=9$, $p=0,002$]; [$\chi^2=16,504$, $df=6$, $p=0,011$].

Dle nejčastěji poptávaných sociálních a zdravotních služeb lze uvést, že odlehčovací služby by chtěli využívat zejména hlavní pečující, kteří se starají o seniory ve vážné situaci (31 %), kdy péče vyžaduje více než 60 hodin týdně (33 %). Dále se jedná o hlavní pečující starající se o seniory, kteří jsou příjemci III. nebo IV. stupně příspěvku na péči (40 %, respektive 43 %).

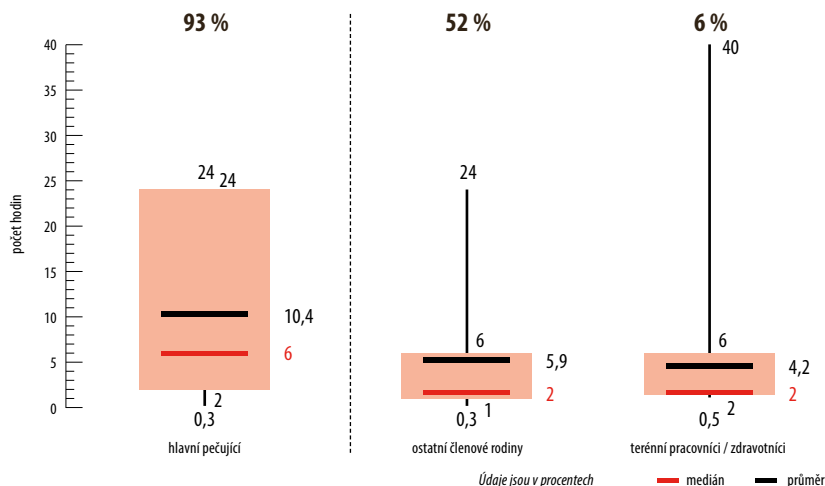
Pro srovnání je vhodné uvést, že terénní sociální služby (pečovatelskou službu) a osobní asistence by nejvíce využili dotazovaní hlavní pečující, kteří se starají o seniory v nižších stupních závislosti (I. stupeň 38 %, II. stupeň 29 %), o seniory bez přiznaného příspěvku na péči (31 %) a v případech, kdy je péče méně časově náročná. Rehabilitační či lázeňské pobytové služby nejčastěji zmiňovali hlavní pečující, kteří se starají o seniory, jimž by přiznan nejnižší příspěvek na péči (17 %) či kteří příspěvek na péči nepobírají (23 %).

4.4.3 Tísňová péče

Tísňová péče není, na rozdíl od péče respitní, dotazovanými hlavními pečujícími explicitně požadována. O její potřebě¹⁸³ však vypovídá vysoká zátěž, kterou pro pečující představuje průběžný dohled nad opečovávaným seniorem. Ze získaných údajů je v tomto ohledu patrné, že 93 % hlavních pečujících průběžně kontroluje stav opečovávaných seniorů; v polovině případů se přitom hlavní pečující věnují dohledu po dobu od dvou do 24 hodin denně, přičemž v průměru vykonávají dohled nad opečovávaným po dobu 10 hodin denně. Mezi ostatními pečujícími přitom provádí dohled přibližně polovina (52 %), přičemž

183 REMR, J. *Methodological Peculiarities of Needs Assessment. Evaluační teorie a praxe*, č. 2/ 2018. ISSN 2336-1158.

v průměru kontrolují stav seniorů šest hodin denně. V polovině případů je dohled ze strany ostatních pečujících realizován od jedné do šesti hodin denně. Na základě výsledků výzkumu lze konstatovat, že dohled je výsadou neformálních pečujících, neboť profesionální poskytovatelé se touto formou podílejí na péči jen v 6 %.



Graf č. 34: Počet hodin strávených dohledem za den (průběžná kontrola aktuálního stavu)

Zdroj: INESAN (2019, N=1217/1132, N=1220/640, N=1223/78).

Pozn.: Hodnoty v grafu jsou zobrazeny v pořadí minimum – dolní kvartil – medián – průměr – horní kvartil – maximum; v případě terénních pracovníků a zdravotníků se jedná o člověkohodiny (jejich péče se může časově překrývat a tak je maximum vyšší než 24 hodin).

Z uvedeného lze dovodit značnou časovou zátěž, kterou pro hlavního pečujícího péče představuje. Platí přitom, že tíšňová péče by mohla hlavním pečujícím v tomto ohledu významně pomoci. Nejen, že by umožňovala provádět prakticky permanentní dohled v rozsahu 24/7, ale současně by umožňovala efektivnější řešení případných incidentů. Podstatná je rovněž skutečnost, že využití tíšňové péče nezbavuje

hlavní pečující pocitu vlastního zapojení do péče, neboť nejde o zapojení „cizích lidí“ do každodenních úkonů týkajících se péče.¹⁸⁴ Tísňová péče přitom umožňuje pečujícím lépe využít čas, snížit úroveň pečovatelské zátěže a redukovat stres. Z tohoto pohledu jde o specifickou formu odlehčení, která umožňuje pečujícím uspokojit alespoň část svých vlastních potřeb a snížit pocit odpovědnosti.¹⁸⁵

4.5 Závěry

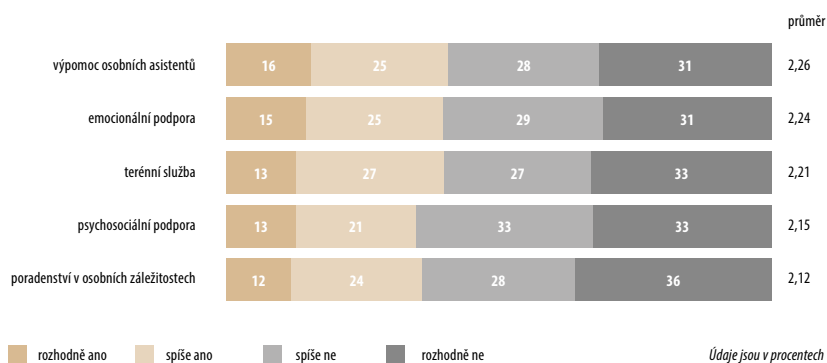
Nejčastější formou pomoci, kterou by dotazovaní hlavní pečující při péči o nesoběstačné seniory ocenili, je adekvátní forma finanční pomoci ať už v podobě sociálních dávek či jako příspěvek na zajištění péče. V této souvislosti uvedlo 48 % hlavních pečujících, že by finanční pomoc využilo. Z podrobnějších zjištění je přitom patrné, že v podskupině hlavních pečujících, pro které stávající péče představuje skutečnou finanční zátěž, po finanční pomoci volají dokonce přibližně čtyři pětiny pečujících (81 %). Podobně jsou otázky finančního zabezpečení péče významně citlivější pro hlavní pečující, kteří sdílejí s opečovávanými seniory společnou domácnost.

Celkem 47 % dotazovaných hlavních pečujících by si přálo využít služeb pobytových odlehčovacích služeb; srovnatelný podíl pečujících by měl zájem o odborné rady, pomoc a relevantní informace. Naopak přibližně dvě třetiny dotazovaných hlavních pečujících (66 %) uvedly, že nemají zájem o využití psychosociální podpory a současně 64 % pečujících by dle svého vyjádření nevyužilo poradenství v osobních záležitostech, a to ani v případě, že by měli dostatek času i peněz. Platí

¹⁸⁴ Mnozí pečující považují návštěvy ze strany sociálních pracovníků za ingerenci do svého soukromí a snaží se těmto návštěvám (pokud je to možné) vyhnout.

¹⁸⁵ REMR, J. *The needs of caregivers. Fórum sociální práce*. 2018. str. 21–34.

přitom, že psychosociální podporu by využilo 51 % pečujících, kteří pociťující v souvislosti s poskytovanou péčí psychickou zátěž; rovněž se ukazuje, že psychosociální podpora se setkává s vyšším zájmem ze strany pečujících žen oproti mužům. V neposlední řadě platí, že hlavní pečující, kteří považují péči o seniora za fyzicky náročnou (tj. pociťují velkou nebo částečnou zátěž), by v nadpoloviční většině přivítalo osobní asistence, terénní péči a odlehčovací služby.



Graf č. 35: Služby a formy podpory, které by si hlavní pečující přáli využívat

Zdroj: INESAN (2019, N=1146/1180/1167/1184/1174).

Pozn.: Průměrné hodnocení: 1 = rozhodně ne, 4 = rozhodně ano.

Z dosažených výsledků je patrná nutnost flexibilizace sociálních služeb; v tomto ohledu je nutné, aby se nabídka a dostupnost jednotlivých služeb ještě více přizpůsobila potřebám pečujících (resp. potřebám péče).

Na základě zjištění provedeného výzkumu se ukazuje, že typicky se o nesoběstačného seniora v domácnosti starají jedna až dvě osoby. Jedná se přitom o hlavního pečujícího, na němž spočívá hlavní pečovatelská zátěž, a který současně vykonává funkci koordinátora

péče. V mnoha případech se na péči kromě hlavní pečující osoby podílí profesionální poskytovatel sociálních a/nebo zdravotních služeb. V případě neformální péče jde nejčastěji o jiné členy rodiny (popř. ve významně menší míře o sousedy, přátele či známé).

Tyto další subjekty, které se na péči podílejí, obvykle střídají hlavního pečujícího v jeho úkolech nebo přebírají část pečovatelského úkolu (nakupují nebo uklízejí), popř. vykonávají pokročilé či odborně zaměřené úkony (např. podávání léků). Nelze však shrnout, že vyšší počet zapojených pečujících znamená vyšší úroveň a rozsah péče (spíše je daný rozsah péče rozdělen mezi větší počet subjektů).

Výzkum potvrdil, že řada hlavních pečujících si mnohé ze svých potřeb týkajících se poskytované péče neuvědomuje. Současně platí, že parciální uspokojení těchto potřeb může vést k nižšímu kvalitativnímu standardu zabezpečení nesoběstačných seniorů či k nedostatečnému rozsahu péče.

Hlavními drivery neformální péče jsou opatření, která snižují zátěž pečujících (tísňová, respitní péče), spíše než ta, která doplňují jejich kompetence (vzdělání), popř. která zvyšují jejich well-being, kvalitu života a psychickou pohodu (emoční či psychologická sociální podpora).

Sami hlavní pečující v největší míře poukazují na potřebu odlehčení. Jde o důležitý prvek podpory dlouhodobosti poskytování péče, neboť působí jako prevence případného vyhoření. Zvýšenou pečovatelskou zátěž lze sice krátkodobě snést, nicméně dlouhodobě jde o neudržitelný stav. Méně motivované potenciální pečující mohou právě nedostatečné možnosti odlehčení od neformální péče zcela

odradit. Významná je proto nejen faktická dostupnost respitních služeb (aby v daném místě vůbec byly k dispozici), ale i jejich design (aby tyto služby byly pro-klientsky orientované). V neposlední řadě je nutné systematicky zvyšovat povědomí hlavních pečujících (a potenciálních pečujících) o existenci těchto služeb; stále je příliš mnoho těch, kteří o odlehčovacích službách nevědí, nejsou informováni o svých zákonných nárocích a nevědí, jak přesně tyto služby zapojit do poskytované péče.

5

Jak stimulovat rozvoj služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v ČR?

Doposud provedené analýzy systému organizace, financování a řízení sociálních služeb¹⁸⁶ a služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče identifikují v zásadě tři okruhy problémů, které je potřebné řešit tak, aby s ohledem na očekávané demografické trendy a jejich důsledky na potřebu zajištění těchto služeb byly i nadále tyto služby kvalitně poskytovány. V tomto smyslu se jedná o:

- změny v oblasti systému organizace řízení sociálních služeb;
- změny v systému financování sociálních služeb a zdravotní péče;
- potřebu koncipovat systém hmotného zabezpečení pečujících osob.

Těmto otázkám nebyla v minulém období v rámci připravovaných koncepčních opatření ministerstva práce a sociálních věcí ani ministerstva zdravotnictví věnována pozornost, z tohoto titulu je možno v těchto oblastech identifikovat množství systémových

¹⁸⁶ SMETÁNKOVÁ, R. a kol. *Analýza segmentu sociálních služeb. Tábor: APSS ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-08-4.*

nedostatků, které brání rozvoji jak sociálních služeb, tak i služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.

5.1 K problematice systémových změn v oblasti řízení sociálních služeb

Z hlediska systémových změn v oblasti řízení sociálních služeb lze na základě provedené mezinárodní komparace systémů služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a dotazníkových šetření mezi experty ve vybraných evropských zemích a mezi domácnostmi pečujícího o nesoběstačného seniora v naší zemi identifikovat potřebu řešit především tyto problémové okruhy:

- přenesení odpovědnosti za rozdělování státních dotací z kompetencí zastupitelstev jednotlivých krajů zpět do kompetence ministerstva práce a sociálních věcí, zprůhlednění celého dotačního procesu a posílení jistot poskytovatelů sociálních služeb v jeho realizaci;
- zrušení povinnosti krajů vytvářet síť sociálních služeb, a tak zrovnoprávnit přístup všem registrovaným poskytovatelům k finančním prostředkům z veřejných zdrojů;
- definování minimálních standardů poskytovaných sociálních služeb z pozice státu a v návaznosti na to diferencování kvality poskytovaných sociálních služeb v závislosti na příjmových a majetkových poměrech klienta sociálních služeb;
- v návaznosti na prioritní cíle z hlediska poskytování sociálních služeb podle národní strategie rozvoje sociálních služeb do roku 2025 je potřeba klást při tvorbě střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb zvýšenou pozornost rozvoji odlehčovacích služeb jak na úrovni krajů, tak i na úrovni jednotlivých obcí s rozšířenou působností;

- v návaznosti na aktuální trendy v oblasti elektronizace a digitalizace se jeví jako vhodné usilovat o širší zapojení asistenčních technologií do jednotlivých typů především tísňové péče a dalších terénních sociálních služeb.

5.1.1 Rozdělování dotací ze státního rozpočtu státem

Klíčové řešení je nutno spatřovat v přenesení odpovědnosti za rozdělování státních dotací ze zastupitelstev jednotlivých krajů zpět do kompetence ministerstva práce a sociálních věcí, celý dotační proces ztransparentnit a tak posílit jistoty poskytovatelů sociálních služeb v tomto procesu. Dlouholeté snahy Ministerstva práce a sociálních věcí o zajištění víceletého financování sociálních služeb narážejí na neochotu Ministerstva financí změnit rozpočtová pravidla, doposud se nepodařilo nalézt konsenzus o stanovení intervalu pro výpočet výše dotace v závislosti na její úrovni v předchozím roce tak, jako tomu bylo od roku 1999 při stanovení výše dotace pro nestátní neziskové organizace podle Zásad pro poskytování dotací ze státního rozpočtu ČR.¹⁸⁷ Vhodné řešení, které by mohlo přispět k posílení jistot poskytovatelům v rámci dotačního řízení, lze nalézt v systému poskytování dotací na provoz pobytových zařízení sociálních služeb příspěvkovým organizacím obcí, měst a krajů do r. 2006, kdy výše této dotace byla stanovena pevnou částkou a byla diferencována pouze v závislosti na tom, zda je péče poskytována seniorům nebo osobám se zdravotním postižením. Je zřejmé, že výše státní dotace nemůže být diferencována v jednotlivých krajích nebo podle typu organizace poskytující služby, ale stát musí zajistit na celém území státu stejné

¹⁸⁷ MÁTL, O. a L. PRŮŠA. *Nad pojetím dotační politiky MPSV. Sociální politika č. 9/1999. ISSN 0049-0961.*

podmínky pro poskytování sociálních služeb pro všechny skupiny obyvatelstva. Již v minulých letech došlo k centralizaci systému financování sociálních služeb např. v Rakousku nebo ve Švýcarsku.¹⁸⁸

5.1.2 Zrušení institutu sítě sociálních služeb

Podle zákona o sociálních službách kraje vytvářejí na svém území síť sociálních služeb, která představuje souhrn sociálních služeb, jež v dostatečné kapacitě, náležité kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na tomto území a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob a dostupnými finančními a jinými zdroji. Sociální služby, které jsou součástí sítě, jsou podporovány a financovány z veřejných zdrojů prostřednictvím dotace ze státního rozpočtu a dalších finančních zdrojů. Vzhledem k tomu, že jsou kraje zřizovateli 20 % všech poskytovaných služeb (ale 42,3 % všech pobytových zařízení) však blokují vstup nových organizací do sítě sociálních služeb a tím si udržují svoje dominantní působení při poskytování sociálních služeb.¹⁸⁹ Vzhledem k tomu, že na poskytování sociálních služeb zejména v pobytových zařízeních existují pořadníky a řada osob čeká na poskytnutí potřebné služby i několik let, je zřejmé, že tento postup není v souladu s nálezem Ústavního soudu ze dne 23. ledna 2018, sp. zn. I. ÚS 2637/17¹⁹⁰, podle kterého má každý občan právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí, což zakotvuje veřejné subjektivní právo fyzických osob v nepříznivé

¹⁸⁸ PRŮŠA, L. a J. HORECKÝ. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: APSS ČR, 2012. ISBN 978-80-904668-3-8.

¹⁸⁹ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb v r. 2020 aneb co jsme v r. 2006 netušili...* In *Konference: Současnost a perspektiva sociální péče 2020*. Zubří: Social Education, 2020. ISBN 978-80-906223-1-9.

¹⁹⁰ *Nález Ústavního soudu ze dne 23. ledna 2018, sp. zn. I. ÚS 2637/17.*

Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezy/2018/I_US_2637_17_an.pdf.

sociální situaci na dostupnost vhodných sociálních služeb a tomu odpovídající povinnost kraje dostupnost vhodných sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb zajistit.¹⁹¹ V tomto smyslu je proto nezbytné zrušit povinnost krajů koncipovat síť sociálních služeb, což mj. přispěje ke zrovnoprávnění přístupu všem registrovaným poskytovatelům k finančním prostředkům z veřejných zdrojů, a tedy bude stimulovat další subjekty k rozvoji sociálních služeb.

5.1.3 Garance minimálních standardů poskytovaných sociálních služeb

Diskutovat je rovněž nutno o úrovni, kterou je stát povinen zajistit z hlediska kvality poskytovaných služeb. Je zřejmé, že pokud zhruba třetina klientů pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory má tak nízké příjmy, že má stanovenou úhradu na nižší úrovni tak, aby jim zůstalo 15 % z těchto příjmů¹⁹², je nutno hledat takové řešení, které na jedné straně zajistí klientovi poskytování potřebných sociálních služeb v přijatelné kvalitě, na druhé straně je nutno mít na zřeteli i potřebu poskytovatelů těchto služeb zajistit minimálně vyrovnanou úroveň svého hospodaření. V tomto smyslu přicházejí do úvahy dvě systémová řešení:

- diferencovat úroveň poskytovaných sociálních služeb podle celkových příjmových a majetkových poměrů klientů, tedy např. v oblasti pobytových služeb pro seniory diferencovat úroveň

¹⁹¹ ROZEHNALOVÁ, M. Právo na dostupnost vhodných sociálních služeb. Fórum sociální práce č. 2/2018. ISSN 2336-6664. Dostupné z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/10/Miriam_Rozehnalova_72-74.pdf.

¹⁹² PRŮŠA, L. Úhrada klientů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR. FÓRUM sociální politiky č. 2/2020. ISSN 1802-5854.

poskytovaných služeb od zařízení poskytujících základní péči (chudobinců) po moderní jednolůžkové „hotely“ s kompletními službami při samozřejmém dodržování zákonem nově definovaných minimálních standardů¹⁹³ (v tomto smyslu jde o to z pozice státu definovat minimální standardy poskytovaných sociálních služeb a v návaznosti na to diferencovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb v závislosti na příjmových a majetkových poměrech klienta sociálních služeb);

- v případě, kdy klient nemá ani s pomocí vlastní rodiny dostatek finančních prostředků pro zaplacení úhrady za poskytování a ubytování v pobytovém zařízení, mu stát po prozkoumání jeho příjmové a majetkové situace poskytne buď příspěvek na živobytí podle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění, nebo věcnou pomoc ve formě půjčky (s tím, že po úmrtí uživatele služby by se Úřad práce ČR stal účastníkem dědického řízení a pokud by se uvedené skutečnosti v jeho rámci potvrdily, půjčka by se účetně „převedla na dávku“, v opačném případě by poskytnutou půjčku museli do výše disponibilních zdrojů uhradit dědicové).¹⁹⁴

5.1.4 Rozvoj odlehčovacích služeb

Pokud má být v následujících letech kladen důraz na poskytování sociálních služeb v domácnostech jednotlivých uživatelů, je při tvorbě střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jak na úrovni krajů, tak i na úrovni jednotlivých obcí s rozšířenou působností nutno věnovat

¹⁹³ PRŮŠA, L. *Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe. FÓRUM sociální politiky* č. 3/2015. ISSN 1802-5854.

¹⁹⁴ PRŮŠA, L. *Social Services at a Historical Crossroads. In Proceedings of the International Scientific Conference ECONOMIC AND SOCIAL POLICY: Economic and Social Challenges for European Economy. Ostrava: Vysoká škola PRIGO, 2019. ISBN 978-80-87291-25-2.*

zvýšenou pozornost rozvoji odlehčovacích služeb. Role těchto služeb je z hlediska podpory pečujících osob naprosto nezastupitelná. Již v současné době jsou kapacity pobytových služeb nedostatečné, terénní služby se rozvíjejí velmi pomalu, sociálních pracovníků je nedostatek, úroveň jejich odměňování je velmi nízká – to všechno jsou faktory, které vedou k tomu, že potřebná pomoc seniorům a zdravotně handicapovaným osobám je poskytována rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami. Tato forma intergenerační a rodinné solidarity má v systému sociálních služeb nezastupitelné místo, více než 70 % příjemců příspěvku na péči nevyužívá žádnou z registrovaných sociálních služeb. Je proto nezbytné klást důraz na rozvoj respitní péče, která umožňuje pečujícím osobám zajistit nezbytný odpočinek.¹⁹⁵

5.1.5 Rozvoj tíšňové péče

Širší využívání asistenčních technologií může přispět i k rozvoji dalších forem především terénních sociálních služeb.¹⁹⁶ K oddálení potřeby péče poskytované v pobytových zařízeních může přispět i rozvoj tíšňové péče, neboť řada především osaměle žijících seniorů žádá o poskytování této formy péče z obavy, že by jim nebyla v případě potřeby poskytnuta včas potřebná pomoc. Zajištění tíšňové péče prostřednictvím distanční hlasové a elektronické komunikace v podobě snadno ovladatelného tlačítka může oslabit uvedené tendence, neboť tato forma péče umožňuje poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci v případě krizové situace (např. pádu, úrazu, nevolnosti, panické úzkosti apod.), umožňuje

¹⁹⁵ PRŮŠA, L. *Respitní péče – analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb*. Ostrava: Diakonie ČCE, 2016. ISBN 978-80-87953-30-3.

¹⁹⁶ PRŮŠA, L. *Sociální služby a asistenční technologie*. Praha: VÚPSV, 2020. ISSN 2694-9482.

klientům zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost, pocit bezpečí, terapeutickou intervenci a sociální kontakt v jejich přirozeném sociálním prostředí. Lze soudit, že hlavním důvodem pro doposud nízké využívání této formy pomoci je způsobeno tím, že tíšňová péče je službou poskytovanou za úhradu, která odpovídá skutečným nákladům na provoz technických komunikačních prostředků. V souvislosti s probíhající digitalizací a elektronizací lze však soudit, že výše nákladů na provoz uvedených komunikačních prostředků se bude pravděpodobně snižovat, k rozvoji této formy péče by mohla přispět i změna principů jejího financování, popř. její financování ze zdrojů jednotlivých obcí nebo měst.

5.2 K problematice systémových změn v oblasti financování sociálních služeb

Další významné systémové změny je nutno realizovat v oblasti financování sociálních služeb, resp. služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Vedle již výše naznačených úprav z oblasti poskytování dotací ze státního rozpočtu je nutno zaměřit pozornost především na tyto otázky:

- oddělení financování poskytovatelů sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči od finančního zabezpečení pečujících osob;
- rozšíření počtu stupňů závislosti při hodnocení potřeb žadatelů o přiznání příspěvku na péči, zvýšení počtu hodnotících kritérií pro určení míry závislosti vč. diferenciací hodnocení schopnosti žadatelů naplnit daná kritéria;
- změna principů stanovení výše úhrad klienta za poskytování sociálních služeb;

- narovnání systému financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb;
- vytvoření „zrcadla“ při financování této péče a sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních;
- posouzení možnosti zavedení systému pojištění služeb dlouhodobé péče.

5.2.1 Oddělení financování poskytovatelů sociálních služeb a hmotného zabezpečení pečujících osob

Klíčovým opatřením v oblasti financování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je oddělení financování poskytovatelů sociálních služeb pomocí příspěvku na péči od finančního zabezpečení pečujících osob prostřednictvím dlouhodobého ošetrovního nebo jiné sociální dávky (podrobně viz kapitola 5.3). Na základě výše uvedených poznatků je zřejmé, že stávající poskytování příspěvku na péči pouze v peněžité formě bez stanovení dalších podmínek využití této dávky je jednou z hlavních příčin neefektivního financování sociálních služeb.

Nové řešení je možné spatřovat v tom, že příspěvek na péči bude poskytován přímo poskytovateli sociálních služeb na základě toho, že tento poskytovatel zajišťuje klientovi sociální služby na základě smlouvy. Přitom je možné zvýšit diferenciaci míry závislosti do více stupňů, neboť počet čtyř stupňů závislosti v naší zemi je v současné době nejnižší v Evropě. Přitom by bylo vhodné rozšířit spektrum činností a potřeb při hodnocení míry závislosti, stanovit váhy těchto potřeb a činností a rozšířit počet stupňů závislosti. Např. z podrobného výčtu hodnocení závislosti v Německu, který je platný

od 1. ledna 2017¹⁹⁷ vyplývá, že způsob tohoto hodnocení je podstatně detailnější, a tedy pravděpodobně i přesnější, než je tomu v současné době v ČR. Rozdělení závislostí do více stupňů tak ve svém důsledku může být přesnější, než je tomu v současné době.

5.2.2 Úpravy úhrad klientů za poskytování sociálních služeb

Při hledání odpovědi na otázku, jakým způsobem stanovit výši úhrad za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb, je nutno mít na zřeteli mj. tyto aspekty:

- podle § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění uzavírá klient smlouvu o poskytnutí sociální služby s poskytovatelem sociálních služeb, při uzavírání této smlouvy a určení právních vztahů vzniklých z této smlouvy se postupuje podle ustanovení občanského zákoníku;
- podle nálezu Ústavního soudu ze dne 23. ledna 2018 sp. zn. I. ÚS 2637/17¹⁹⁸ má každý občan právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí, což zakotvuje veřejné subjektivní právo fyzických osob v nepříznivé sociální situaci na dostupnost vhodných sociálních služeb a tomu odpovídající povinnost kraje dostupnost vhodných sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb zajistit.¹⁹⁹

¹⁹⁷ PRŮŠA, L. Nová kritéria hodnocení závislosti pro přiznání příspěvku na péči v Německu. FÓRUM sociální politiky č. 6/2017. ISSN 1802-5854.

¹⁹⁸ Nález Ústavního soudu ze dne 23. ledna 2018 sp. zn. I. ÚS 2637/17. Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2018/I_US_2637_17_an.pdf.

¹⁹⁹ ROZEHNALOVÁ, M. Právo na dostupnost vhodných sociálních služeb. FÓRUM sociální práce č. 2/2018. ISSN 2336-6664. Dostupné z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/10/Miriam_Rozehnalova_72-74.pdf.

Uzavření smlouvy o poskytování sociální služby je tedy soukromoprávním aktem, do kterého svým rozhodnutím vstupuje stát tím, že stanovuje maximální výši úhrady za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb a za jednotlivé úkony poskytované v rámci terénních služeb na takové úrovni, která ex ante předpokládá, že bude poskytovatel sociální služby odkázán na poskytnutí dotací ze státního rozpočtu, na které však nemá právní nárok.

Pokud má kraj podle uvedeného nálezu Ústavního soudu povinnost zajistit dostupnost vhodných sociálních služeb na svém území, potom je potřeba vycházet z toho, že tato dostupnost má vedle samotné přítomnosti služeb na území kraje i další aspekt, mj. se jedná rovněž o dostupnost finanční, která by měla zajistit, že nízký příjem klienta nezabrání využití služby v případě, že ji klient potřebuje.²⁰⁰ V tomto smyslu je proto zřejmé, že v současné době nemají jednotlivé kraje k dispozici všechny nástroje, které jsou nezbytné k tomu, aby mohly zabezpečit dostupnost sociálních služeb ve smyslu uvedeného nálezu Ústavního soudu. Stát totiž poskytovatelům stanoví dvě podmínky, které musí respektovat při stanovení výše úhrady klienta za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb:

- po úhradě nákladů za ubytování a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb klientovi musí zůstat alespoň 15 % jeho příjmu;
- stát stanoví maximální výši úhrady za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb.

²⁰⁰ PRŮŠA, L. A P. VÍŠEK. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2012. ISBN 978-80-7416-099-8.

Je zřejmé, že cílové řešení výše úhrad klientů za poskytované sociální služby je nutno spatřovat v komplexní změně systému financování sociálních služeb. Je nevyhnutelné, aby v případech, kdy klienti nebudou mít (ani s využitím dalších příjmů rodinných příslušníků nebo jiných osob) k dispozici dostatek finančních prostředků na úhradu nákladů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb a tuto službu budou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo vysokému věku nezbytně potřebovat, jim péče v těchto zařízeních byla poskytována na nižší úrovni, než je tomu v současné době. V tomto smyslu by proto mělo dojít k diferenciaci kvality poskytovaných služeb od „zařízeních poskytujících základní péči“ až po moderní jednolůžkové „hotely“ s kompletními službami při samozřejmém dodržování zákonem nově definovaných minimálních standardů kvality péče.²⁰¹

Zvyšováním maximálních úhrad by se mělo reagovat na dva základní parametry. Prvním je zvyšování nákladů spojených s ubytovacími a stravovacími službami (tj. nejen u ceny potravin, energií, ale i u výše osobních nákladů pracovníků, kteří tyto služby zajišťují), druhým parametrem je kupní síla klientů (v tomto případě tedy výše především starobních důchodů). Zatímco od roku 2014 docházelo ke kontinuálnímu zvyšování obou těchto proměnných, zůstaly maximální výše sazeb na stejné úrovni.

V současné době se jeví jako nezbytné realizovat parametrické úprav. Tyto úpravy je možno orientovat dvěma směry:

- zvyšovat výši úhrad za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb obdobně jako

²⁰¹ PRŮŠA, L. *Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe. FÓRUM sociální politiky* č. 3/2015. ISSN 1802-5854.

v předchozích letech navýšením maximální výše jednotlivých sazeb při zachování ustanovení, že po úhradě nákladů za ubytování a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb klientovi musí zůstat alespoň 15 % jeho příjmu;

- přenechat kompetenci při stanovování výše úhrad za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb přímo poskytovatelům služeb, popř. jednotlivým krajům a ochranu klienta v zákoně omezit pouze na ustanovení, že po úhradě nákladů za ubytování a stravování mu musí zůstat alespoň 15 % jeho příjmu.

Při rozhodování o konkrétní úpravě výše úhrad za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb je potřeba mít na zřeteli, že zvýšení úrovně těchto úhrad sníží závislost poskytovatelů pobytových zařízení na přiznání dotací ze státního rozpočtu a umožní poskytovat sociální služby na kvalitní úrovni. Jeví se proto jako vhodné pravidelně vždy v souvislosti se zvyšováním důchodu upravovat i výši úhrad za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb. Právě zvyšování životních nákladů seniorů je hlavním důvodem valorizace jejich příjmů, resp. starobních důchodů. Je tedy logickým krokem promítnout tuto souvislost i do automatického zvyšování úhradových limitů.

5.2.3 Přejed na výkonovou platbu za poskytovanou ošetřovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

Dalším klíčovým opatřením, které je důležité realizovat, aby byl zajištěn efektivní systém financování služeb zejména v pobytových zařízeních sociální péče, je přechod z výkonového systému financování ošetřovatelské a rehabilitační péče na paušální platbu.

Celkové náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb činí 7,69 mld. Kč, zdravotní pojišťovny za tuto péči v roce 2014 podle údajů ze svých jednotlivých výročních zpráv zaplatily pouze 1,21 mld. Kč, tedy cca 15 % nákladů ošetřujícími lékaři indikované a ošetrovatelským personálem poskytnuté péče.²⁰² Je proto logické, že je žádoucí nahradit stávající systém financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb prostřednictvím výkonových plateb paušální úhradou za klienta. Na rozdíl od výkonové platby, která představuje mimořádně administrativně náročný systém (manipuluje se s velkým objemem dat, což je spojeno s relativně vysokou chybovostí), který svým způsobem „motivuje k nadprodukci dodatečných výkonů“, hlavní předností „paušální úhrady za klienta“ je transparentnost, relativní pružnost a administrativní nenáročnost.

Obdobným způsobem prostřednictvím paušální platby je hrazena i zdravotní péče na lůžkách dlouhodobé péče, přitom věková struktura, základní diagnózy a stupeň soběstačnosti u pacientů na těchto lůžkách a u klientů domovů pro seniory umístěných na ošetrovatelských lůžkách jsou v zásadě obdobné.²⁰³ Výši paušální platby se doporučuje stanovit jednotnou pevnou denní sazbou na úrovni 340 Kč denně, což v plném rozsahu odpovídá výši nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Celkové náklady ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb by

²⁰² PRŮŠA, L., J. LANGHAMROVÁ, P. BAREŠ a M. HOLUB. *Náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-232-9.

²⁰³ ČERVENKOVÁ, A., D. BRUTHANSOVÁ a M. PECHANOVÁ. *Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2.

tak byly v plném rozsahu profinancovány ze systému veřejného zdravotního pojištění v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Největší přínos tohoto opatření lze spatřovat v tom, že jeho realizace by zajistila provoz pobytových zařízení sociálních služeb v zásadě bez závislosti na dotacích ze státního rozpočtu, což by umožnilo poskytovatelům služeb pružně reagovat na rostoucí potřeby obyvatel vyplývající z očekávaných demografických trendů.

5.2.4 Stejné principy financování ošetrovatelské a sociální péče ve zdravotnických i sociálních zařízeních

Klíčovým prvkem pro efektivní fungování systému financování a poskytování dlouhodobé péče je vytvoření „zrcadla“ mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb a mezi poskytováním sociálních služeb (přesněji služeb sociální péče) v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. V konkrétní podobě se jedná především o vyplácení příspěvku na péči klientům v lůžkových zdravotnických zařízeních a financování indikované a skutečně poskytnuté ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb paušální platbou tak, jako je tomu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.²⁰⁴ Jde tedy o to, aby lidem byly zdravotní služby v rámci dlouhodobé péče poskytovány na základě smlouvy poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny a služby sociální péče

²⁰⁴ Průša, L. *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče. Rezidenční péče č. 4/2011. ISSN 1801-8726.*

na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem a jejich úhrady se řídily zákonem o sociálních službách. Klienti pobývající v zařízení poskytujícím ústavní dlouhodobou péči by se přitom měli podílet na úhradě nákladů na stravu a pobyt podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů.

Podle dříve provedených propočtů²⁰⁵ by vytvořením potřebného „zrcadla“ při financování sociální a ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb došlo k úspoře výdajů státního rozpočtu i fondů zdravotního pojištění ve výši jednotek miliard Kč. Uvedené propočty potvrdily hluboké podfinancování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a zcela jednoznačně ukázaly možnosti efektivního vytvoření systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Kritickým místem tohoto řešení je ovšem ochota zdravotnických zařízení i samotných pojišťoven ke změnám ve struktuře personálního zajištění provozu ve zdravotnických zařízeních, která je cestou k nezbytným změnám ve struktuře financování provozu zařízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Vzhledem k předpokládaným demografickým trendům je toto řešení nutno hodnotit jako pozitivní krok k nastartování rozvojových strategických plánů v jednotlivých regionech.

²⁰⁵ PRŮŠA, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-097-4.

²⁰⁶ KRÁSA, V., J. HORECKÝ, V. BEZDĚK a M. POTŮČEK. *Pojištění dlouhodobé péče v ČR*. Tábor: APSS ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-07-7.

²⁰⁷ *Výzvy systému dlouhodobé péče pohledem komerčních pojišťoven*. Praha: Česká asociace pojišťoven, 2020.

5.2.5 Posouzení možnosti přechodu financování služeb sociální péče prostřednictvím pojistného

Je zřejmé, že při hledání odpovědi na otázku, jak zabezpečit financování sociálních služeb v době, kdy populace stárne, jsou diskutovány různé varianty možného řešení. I v naší zemi se zejména v poslední době hledají odpovědi na tuto otázku, opět se diskutují možnosti zavedení pojistného systému financování sociálních služeb. Inspirací pro toto řešení je systém financování sociálních služeb v Německu, kde bylo pojištění péče zavedeno v roce 1995.

Hlavní důvody pro zavedení veřejného systému pojištění dlouhodobé péče v ČR lze spatřovat v zajištění dlouhodobé udržitelnosti systému, jeho finanční stabilitě, ve zvýšení předvídatelnosti systému financování a zajištění stejných podmínek pro všechny poskytovatele sociálních služeb v rámci rozšiřující se sítě poskytovatelů sociálních služeb.²⁰⁶ Základním předpokladem pro zavedení tohoto systému je sjednocení podmínek poskytování a financování služeb sociální péče a zdravotní péče, všechny pokusy o toto sjednocení však doposud skončily neúspěšně. Zdá se, že otázka zavedení nového systému pojištění dlouhodobé péče v naší zemi vyvolává potřebu zásadní revize stávající podoby daňového a důchodového systému, systému státní sociální podpory a systému sociálních služeb. Doposud provedené propočty ukazují, že lze připravit takové kombinace pojistných produktů, jejichž měsíční pojistné je v řádech stovek korun, resp. 1 až 3 % průměrné mzdy. Pokud by na produkt svému zaměstnanci přispíval i zaměstnavatel, finanční dostupnost produktu a řešení rizik nesoběstačnosti by se dále výrazně zvýšily.²⁰⁷

5.3 K problematice hmotného zabezpečení pečujících osob

5.3.1 Podpora pečujících osob v současné legislativě

Při hledání možností finančního zabezpečení pečujících osob je potřeba vycházet z toho, že pečující osoba neví, jak dlouho bude péči poskytovat. Zatímco rodič, který pečuje o dítě, přesně ví, kdy mu končí nárok na rodičovský příspěvek, osoba, která pečuje o seniora nebo zdravotně handicapovaného člena domácnosti, neví, zda bude péči poskytovat týden, měsíc, rok či několik let. Podporu pečujících osob lze v současné době identifikovat ve čtyřech systémech – v oblasti důchodového a nemocenského pojištění, v zákoníku práce a v oblasti sociálních služeb.

V oblasti důchodového pojištění je doba osobní péče o osobu, která vyžaduje péči druhé osoby, jednou z tzv. náhradních dob pojištění a to přesto, že za tuto dobu není placeno pojistné. V současné době je zohledňována péče o osobu mladší 10 let, která je závislá na pomoci jiné osoby ve všech stupních závislosti, v případě péče o ostatní osoby musí jít o osoby, které jsou závislé na pomoci ve II., III. nebo IV. stupni (středně těžká, těžká a úplná závislost). Tento druh náhradní doby pojištění se hodnotí, pokud jde o délku účasti na pojištění, v plném rozsahu, tzn. že nedochází k žádnému omezení délky doby účasti na pojištění ani rozsahu hodnocené doby. Pokud doba osobní péče o jinou osobu spadá do rozhodného období pro zjišťování příjmů pro výpočet důchodu, je tato doba považována za vyloučenou dobu tak, aby nedošlo k „rozmělnění“ skutečně dosažených příjmů.

Doba osobní péče o závislou osobu se prokazuje rozhodnutím příslušné okresní správy sociálního zabezpečení o době a rozsahu této péče. Podkladem pro rozhodnutí okresní správy sociálního zabezpečení je uznání osoby, o kterou je pečováno, za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

V oblasti nemocenského pojištění lze pro případ podpory pečujících osob krátkodobě využít ošetrovné a od 1. června 2018 rovněž dlouhodobé ošetrovné. Ošetrovné se vyplácí nejdéle 9 kalendářních dnů (resp. 16 kalendářních dnů v případě osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku). Výše ošetrovného od prvního kalendářního dne činí 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den.

U dlouhodobého ošetrovného jsou stanoveny podmínky jednak pro ošetrovanou osobu, jednak pro osobu ošetrojící. U ošetrované osoby musí dojít k závažnému zhoršení zdravotního stavu, který vyžaduje alespoň 7denní hospitalizaci v nemocnici a v den propuštění je potvrzeno, že potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů. Ošetrovaná osoba musí dát konkrétní osobě písemný souhlas k ošetrování. Ošetrojící osoba může být manželem (manželkou) ošetrované osoby, nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetrované osoby, příbuzným v linii přímé s ošetrovanou osobou, nebo její sourozenec, tchyně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta, nebo strýc. Ošetrojící osoba nesmí po dobu ošetrování vykonávat žádnou výdělečnou činnost. V průběhu 90 dnů se mohou ošetrojící osoby libovolně střídát v ošetrování osoby vyžadující dlouhodobou péči po celých dnech. Nárok na další dlouhodobé

ošetřovné vznikne ošetřující osobě nejdříve po uplynutí 12 měsíců od skončení předchozí dlouhodobé péče. Dlouhodobé ošetřovné se vyplácí maximálně po dobu 90 kalendářních dnů. Zaměstnavatel nemá povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance v práci po dobu poskytování dlouhodobé péče pouze v případě, brání-li tomu vážné provozní důvody, které musí sdělit zaměstnanci písemně.

Podle zákoníku práce má zaměstnanec po dobu péče o osobu, na kterou má podle zákona o nemocenském pojištění nárok na ošetřovné, právo na neplacené pracovní volno. Doba tohoto pracovního volna není vázána pouze na dobu poskytování ošetřovného, ale zaměstnavatel je povinen omluvit zaměstnanci jeho nepřítomnost v práci z důvodu ošetřování rodinného příslušníka po celé dva měsíce.

Pro zajištění potřebných sociálních služeb je osobám s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem závislým na pomoci jiné fyzické osoby poskytován od 1. ledna 2007 podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, příspěvek na péči. Nárok na tuto dávku má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb.

Příspěvek na péči by teoreticky měl pečujícímu kompenzovat ztrátu, popř. snížení příjmu z ekonomické aktivity. Tato dávka je však kromě úhrady nákladů souvisejících s péčí o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu využívána rovněž na úhradu běžných výdajů v domácnosti, úhradu nákladů na bydlení, na dopravu, na úhradu léků a plateb u lékaře, v některých případech je však příspěvek na péči vynakládán rovněž na úhradu leasingových splátek.²⁰⁸ V těchto případech je zřejmé, že zavedení příspěvku na péči nebylo správným

řešením, protože jakákoliv peněžní částka, která je přiznána občanovi, se jím a jeho rodinou považuje za rodinný příjem a jako s takovým se s ní nakládá.²⁰⁹

Finanční situace rodin a domácností pečujících o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu je však ve většině případů v současné době velmi nepříznivá, neboť vedle ztráty vlastního příjmu dochází současně k nárůstu výdajů souvisejících se zajištěním potřebné péče, některé z nich se pohybují dokonce na hranici materiální deprivace. Vedle aktuálního snížení příjmové úrovně má však doba péče o rodinného příslušníka dopady i na výši starobního důchodu v budoucnosti. Tato situace je alarmující zejména z toho pohledu, že jedním ze stěžejních cílů transformace sociálních služeb je položit důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí příjemců příspěvku na péči. Vzhledem k nedostatku kapacity pobytových zařízení sociálních služeb (vč. sítě odlehčovacích služeb – viz tabulka č. 34) a k nerozvinutému sektoru terénních sociálních služeb (těžiště terénních služeb stále ve většině regionů spočívá v dovozu obědů v rámci pečovatelské služby) je v řadě případů tato péče poskytována rodinnými příslušníky, popř. blízkými osobami (cca 70 % příjemcům příspěvku na péči je péče poskytována neregistrovanými subjekty).²¹⁰

²⁰⁸ PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9.

²⁰⁹ TOMEŠ, I. *Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem*. FÓRUM sociální politiky, mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854.

²¹⁰ JEŘÁBKOVÁ, V. a L. PRŮŠA. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2.

kraj	2010		2015		2010	2015
	počet klientů				počet neuspokojených žadatelů	
	děti a mládež do 18 let	dospělí	děti a mládež do 18 let	dospělí		
hl. m. Praha	39	1 244	95	1 737	68	457
Středočeský	160	1 062	545	1 617	18	66
Jihočeský	18	701	2	380	116	67
Plzeňský	21	263	258	367	14	2
Karlovarský	84	44	2	28	0	0
Ústecký	5	229	76	847	1	126
Liberecký	17	197	8	391	8	99
Královéhradecký	193	534	14	1 096	76	138
Pardubický	1	612	9	462	10	110
Kraj Vysočina	19	324	28	689	47	70
Jihomoravský	38	1 198	13	637	80	102
Olomoucký	15	402	24	461	1	69
Zlínský	23	386	22	543	92	283
Moravskoslezský	62	530	102	1 315	49	230
ČR	695	7 726	1 198	10 570	580	1 819

Tabulka č. 34: Počet klientů a neuspokojených žadatelů odlehčovacích služeb v roce 2010 a 2015
 Zdroj: PRŮŠA, L. Respitní péče v ČR ve světle nových evropských trendů. Revue sociálně-ekonomického rozvoje č. 2/2016. ISSN 24536148. Dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_2__2016.pdf.

Dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči v důsledku neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jejím zdraví. Je třeba si uvědomit, že na péči o rodinného

příslušníka pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly, často chybí i potřebný grif. Služba, která je poskytovaná nepřetržitě (viz tabulka č. 35), je pro jednoho pečujícího „likvidační“, a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele.

stupeň závislosti	dobu přímé péče a dohledu denně
I.	6 hod. 31 min.
II.	10 hod. 10 min.
III.	15 hod. 54 min.
IV.	18 hod. 24 min.

Tabulka č. 35: Součet doby přímé péče a dohledu dle stupňů závislosti (denně)

Zdroj: MICHALÍK, J. a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

V praxi se postupně rozvíjí model sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů.²¹¹

²¹¹ FORMÁNKOVÁ, P., A. NOVOTNÝ a M. EFENBERKOVÁ. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. Kontakt č. 2/2012. ISSN 1212-4117.

5.3.2 Problémy a rizika, které je potřeba mít na zřeteli při hledání efektivního systému podpory pečujících osob

Je zřejmé, že stávající formy institucionální podpory pečujících osob jsou nedostatečné. Síť potřebných odlehčovacích sociálních služeb není dostatečná,²¹² což dále oslabuje motivaci a sociální jistoty pečujících osob a to přesto, že osoby závislé na jejich péči tuto péči preferují. Pečující osoby se tak ocitají v nejistém postavení, vzhledem k neochotě zaměstnavatelů nabízet zkrácenou pracovní dobu, příp. její flexibilní organizaci pak obtížně kombinují péči a zaměstnání. S nárůstem potřeby a intenzity péče tak pečující osoby často opouštějí svá zaměstnání a jsou zpravidla odkázáni na odměnu, kterou jim poskytne osoba závislá na jejich péči z příspěvku na péči. Dochází tak k propadu celkových příjmů pečujících osob, tyto osoby a jejich rodiny tak následně čelí zvýšenému riziku chudoby. Poskytování péče v přirozeném domácím prostředí – především v případě péče o osoby s vyšším stupněm závislosti – navíc zvyšuje riziko vzniku disfunkčních rodinných vztahů pečujících osob, pečujícím osobám v důsledku zpravidla dlouhodobé péče a její náročnosti hrozí zhoršování jejich zdravotního stavu.

Při hledání vhodných variant řešení hmotného zabezpečení pečujících osob je potřeba vycházet z toho, že ke zhoršení zdravotního stavu rodinného příslušníka dochází zpravidla náhle. Na tuto skutečnost nejsou rodinní příslušníci připraveni a teprve začínají zvažovat možné formy zajištění péče. První informace získají

²¹² PRŮŠA, L. *Respitní péče v ČR ve světle nových evropských trendů. Revue sociálně-ekonomického rozvoje* č. 2/2016. ISSN 2453–6148. Dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_2__2016.pdf.

zpravidla na referátech sociálních věcí obcí s rozšířenou působností, popř. na obcích s pověřeným obecním úřadem, následně kontaktují vhodné poskytovatele sociálních a zdravotních služeb a zvažují možnosti svého zapojení. Jejich situace je o to komplikovanější, že neví, jak dlouho budou muset péči zajišťovat. Po prvotním залечení ve zdravotnickém zařízení na akutním lůžku zpravidla dochází k přemístění zdravotně handicapované osoby do léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde sociální pracovníce začínají ve spolupráci se sociálními pracovníky na referátech sociálních věcí obecních úřadů hledat optimální formy poskytování další péče. Jejich řešení komplikuje několik zásadních skutečností:

- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla doposud nevyužívala žádnou formu terénních sociálních služeb (zejména pečovatelskou službu) a nemá podanou žádnou žádost o umístění do pobytového zařízení sociálních služeb, čekací doby na umístění jsou přitom zpravidla velmi dlouhé, jejich dostupnost v jednotlivých regionech je významně diferencovaná;
- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla nebyla před náhlým zhoršením svého zdravotního stavu příjemcem příspěvku na péči ve vyšším stupni závislosti;
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na zdravotnická zařízení tlak, aby péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebyla poskytována déle než 3 měsíce přesto, že pro tyto kroky již delší dobu nemají žádnou oporu v legislativě;
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na ošetřující lékaře tlak, aby neindikovali svým pacientům domácí zdravotní péči;
- zdravotně handicapovaná osoba si přeje zbytek svého života strávit v naprosté většině případů v domácím prostředí;
- členové rodiny by byli ve většině případů ochotni zdravotně handicapované osobě péči v domácím prostředí – přes všechny

výše uvedené problémy – zabezpečit, ale vzhledem k nedostatku finančních prostředků si nemohou dovolit opustit svoje pracovní pozice, neboť stávající formy jejich hmotného zabezpečení po dobu poskytování péče jsou naprosto nedostatečné.

Je proto potřeba koncipovat takové formy pomoci, které by po dobu poskytování péče zdravotně handicapované osobě v domácím prostředí pomohly pečujícím osobám k zachování jejich životní úrovně a které by jim současně garantovaly možnost návratu na jejich původní pracovní pozici po ukončení péče. Řešení, která byla v uplynulých letech přijata v Rakousku, představují jednu z možných forem řešení této sociální situace v naší zemi.

Nelze pochybovat o tom, že jednou z podmínek pro poskytnutí hmotného zabezpečení by měla být předchozí účast osoby zajišťující péči v důchodovém a v nemocenském pojištění. Obdobně jako při poskytování rodičovského příspěvku by dávka mohla být poskytována v pevné částce, neboť svým charakterem je péče o dítě a péče o zdravotně handicapovanou osobu obdobná.

5.3.3 Možná forma hmotného zabezpečení pečujících osob

Pokud se má péče rodinných příslušníků o seniory a zdravotně handicapované osoby rozvíjet v souladu s Národní strategií rozvoje sociálních služeb na léta 2016–2025,²¹³ je zřejmé, že je nutno zvýšit podporu pečujících osob a legislativně ukotvit postavení pečující osoby, neboť existující formy jejich podpory jsou nedostatečné. Ze

²¹³ *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025. Praha: MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-126-3.*

statistiky ČSSZ totiž vyplývá, že dlouhodobé ošetrovné jako nová sociální dávka, která vstoupila v platnost 1. června 2018, byla k 30. září 2018 vyplácena pouze v 9 098 případech²¹⁴, přestože podle důvodové zprávy k návrhu novely zákona o nemocenském pojištění, kterou tato dávka byla koncipována, se předpokládalo, že ji bude ročně využívat cca 30 000 osob.²¹⁵ Nelze proto vyloučit, že řada pečujících osob tuto dávku s ohledem na stanovené podmínky jejího čerpání nevyužívá a pobírá např. podporu v nezaměstnanosti nebo nemocenskou, neboť tyto dávky jsou poskytovány po podstatně delší dobu než dlouhodobé ošetrovné. Je přitom potřeba vycházet z toho, že s nárůstem potřeby a intenzity péče dochází u pečujících osob zpravidla k hlubokému propadu jejich příjmů, které tak čelí zvýšenému riziku chudoby a z ní vyplývajícího rizika sociálního vyloučení.

Při hledání vhodných forem hmotného zabezpečení pečujících osob je možno vycházet např. z toho, jakým způsobem je v našem právním řádu upraveno postavení pěstounů. Podle zákona č. 359/1995 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění, má pěstoun za svoji činnost nárok na poskytování odměny pěstouna. V současné době výše odměny pěstouna činí:

- 12 000 Kč, je-li pečováno o 1 dítě;
- 18 000 Kč, je-li pečováno o 2 děti;
- 30 000 Kč, je-li pečováno alespoň o 3 děti nebo je-li pečováno alespoň o jedno dítě, které je příjemcem příspěvku na péči ve II., III. nebo IV. stupni závislosti.

²¹⁴ Přehled vybraných statistických ukazatelů z agendy ČSSZ. Dostupné z: https://www.cssz.cz/documents/20143/693346/3Q_2020_Ukazatele%20z%C3%A1%20C5%99%C3%AD%202020.pdf/a49c2b9f-048f-f59e-706f-eb649d2d96d6.

²¹⁵ Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony (sněmovní tisk č. 1029). Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=1029&ct1=0>.

Přitom je důležité, že je tato odměna považována za příjem ze závislé činnosti pro účely jak daňových zákonů, tak i pro účely pojistného na sociální a zdravotní pojištění. Je zřejmé, že tato forma podpory je výrazně širší, než je stávající podpora pečujících osob ve formě dlouhodobého ošetrovného. Skutečnost, že odměna pěstouna je považována za příjem pro účely pojistného na důchodové pojištění, je významná především z toho pohledu, že pečující osoba není v důsledku zajišťování péče do budoucna znevýhodněna absencí vlastního příjmu při výpočtu svých důchodových nároků. Vzhledem k vysoké míře solidarity, která je uplatňována při výpočtu důchodu,²¹⁶ se jeví tento postup jako optimální.

Je zřejmé, že obdobné principy by mohly být uplatňovány i pro odměňování pečujících osob. Výše odměny by přitom mohla být diferencována nejenom podle počtu osob, jimž je zajišťována péče v domácím prostředí, ale i podle stupně závislosti těchto osob.

Současné je nutno v zákoníku práce a v dalších pracovněprávních předpisech upravit možnost, aby pečující mohli po dobu péče pracovat na zkrácený pracovní úvazek, popř. v rámci jiné flexibilní pracovní formě a po ukončení péče měli možnost vrátit se na pracovní pozici, na které byli před zahájením péče.

²¹⁶ Podle § 15 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění je od roku 2014 výpočtový základ pro stanovení procentní služby důchodu redukován na 26 % v případě, že příjem člověka se pohybuje v intervalu mezi 44 % až 400 % průměrné mzdy (pro výpočet důchodu v roce 2021 se jedná o interval mezi 15 595 Kč a 141 764 Kč).



Závěr

Dlouhodobá sociálně zdravotní péče je nejmladším ze všech oborů, které jsou ve vyspělých zemích koncipovány v rámci systému sociální ochrany obyvatelstva. Jedná se o komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností, kteří jsou v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu nebo vysokého věku dlouhodobě závislí na pomoci při zajišťování některé ze základních sebeobslužných aktivit (např. zajištění hygieny, oblékání, stravování, pohybu).

Je zřejmé, že systémy dlouhodobé sociálně-zdravotní péče se v jednotlivých zemích výrazně liší v závislosti na celé řadě faktorů, např. jsou determinovány územně-správním uspořádáním jednotlivých zemí, uplatňovaným přístupem při řešení jednotlivých sociálních situací, způsobem jejich financování i organizačním uspořádáním. V rámci provedeného šetření byl důraz položen nikoli na porovnání těchto systémů v jednotlivých zemích podle uvedených hledisek, ale těžiště šetření bylo položeno na zhodnocení podmínek pro zavádění nových inovativních forem péče o seniory a zdravotně handicapované osoby. Schopnost zavádění inovací totiž patří mezi jednu z nejvýznamnějších charakteristik systému dlouhodobé péče, protože na ní závisí to, zda je tento systém schopen odpovídajícím způsobem zareagovat na významné společenské a ekonomické trendy, které jeho fungování ovlivňují.

Provedené šetření ukázalo, že zavádění inovací je velmi významné mj. díky snaze o zajištění udržitelnosti těchto služeb, kterou mohou výrazně limitovat aktuální demografické, společenské a ekonomické trendy. Technologické inovace mohou zvyšovat efektivitu poskytovaných služeb, mohou zlepšovat možnosti uspokojení potřeb klientů těchto služeb, usnadnit nároky kladené na personál, jehož udržení je výrazným problémem v řadě zemí.

Z výsledků provedeného šetření vyplývá, že k zavádění inovací v jednotlivých zemích v obecné rovině přispívá to, do jaké míry existuje politická podpora při zavádění nových informačních a komunikačních technologií, jak velká finanční podpora je poskytována na podporu výzkumu, vývoje a inovací, jak velký tlak je vyvíjen na sociální služby a zdravotní péči v souvislosti s probíhajícími demografickými změnami, tedy jak velký důraz je kladen na přizpůsobení nabízených služeb potřebám jejich příjemců.

Naproti tomu je potřeba poukázat, že v řadě zemí nemá zavádění inovací v systému sociálně-zdravotní péče politickou podporu, v některých zemích existuje řada překážek, které vyplývají z jejich územněsprávního uspořádání a z něho vyplývajících kompetencí jednotlivých stakeholderů působících v tomto systému, někde chybí odvaha realizovat systémové změny, v některých zemích nejsou poskytovatelé služeb, popř. i jejich uživatelé připraveni k jejich zavádění a realizaci. Přes tyto skutečnosti lze identifikovat některé nové prvky, které byly v uplynulých letech do systému sociálně-zdravotní péče zavedeny. Vedle rozvoje existujících služeb byly vytvořeny nové typy pobytových zařízení (např. tzv. solidární domy), došlo k rozvoji tzv. neformální péče o seniory, do poskytování služeb byly zapojeny nové technologie, měnil se systém financování služeb,

rozšířily se možnosti zapojení dalších subjektů do poskytované péče. Je ale potřeba si uvědomit, že zavádění některých navrhovaných změn do systému poskytovaných služeb (např. vyšší zavádění digitálních nebo asistenčních technologií) bez ověření jejich dopadů může mít negativní dopady zejména na klienty těchto služeb, současně ale je potřeba mít na zřeteli, že nelze rezignovat na snahy o zavádění změn, neboť by to mohlo vést ke ztrátě schopnosti systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče reagovat na aktuální společenské a ekonomické trendy.

V naší zemi je zejména v posledním období věnována značná pozornost rozvoji péče poskytované rodinnými příslušníky a blízkými osobami, hlavními pečujícími jsou zejména ženy, značná část z nich je zaměstnána, což na ně klade vysoké nároky spočívající ve sladění nároků poskytované péče s pracovními povinnostmi. Konkrétní podoba sdílené péče je značně variabilní, ovlivňuje ji zejména zdravotní stav osoby, které je poskytována péče, péče je zpravidla zahajována při náhlé změně jejího zdravotního stavu. Kvalitu poskytované péče významným způsobem ovlivňuje připravenost pečující osoby z hlediska její časové dostupnosti, z hlediska její informovanosti o potřebách osoby, které je péče poskytována, a o možnostech jejich uspokojení.

Významnou překážkou pro kvalitní poskytování péče představují disponibilní finanční prostředky, které mají pečující osoby k dispozici. Z provedeného výzkumu vyplývá, že jejich finanční potřeby nejsou plně uspokojeny, ale vzhledem k jejich motivaci postarat se o seniora se nejedná o bariéru, ale spíš o komplikaci při poskytování péče. Je zřejmé, že nedostatek finančních prostředků může vést k nižší kvalitě poskytované péče nebo k vyšší pečovatelské zátěži. Dalšími

překážkami je místní nedostupnost konkrétních sociálních služeb a nedostatečná informovanost pečujících osob o ucelené nabídce sociálních a zdravotních služeb v místě bydliště pečující osoby. V tomto smyslu je proto zřejmé, že komunitní plánování sociálních služeb zatím neplní tuto jednu ze svých hlavních rolí.

Výzkum rovněž potvrdil, že řada pečujících si některé své potřeby týkající se poskytované péče neuvědomuje, tyto skutečnosti se nejčastěji vedou ke zhoršení zdravotního stavu pečující osoby. V tomto smyslu je potřeba usilovat o snižování zátěže pečujících osob tím, že dojde k rozšíření nabídky tíšňové péče nebo odlehčovacích služeb. Tato opatření pečující osoby preferují před opatřeními, která by zvýšila kvalitu jejich života (např. prostřednictvím jejich psychologické podpory) nebo která by doplnila jejich znalosti týkající se vhodných forem poskytované péče (např. z hlediska možností využívání kompenzačních pomůcek).

Tyto poznatky se – spolu se znalostí aktuální situace při poskytování sociálních a zdravotních služeb a poznatky, získanými při realizaci přechozích výzkumů – promítají v koncipování návrhu řady systémových opatření, která by s ohledem na očekávané demografické trendy a jejich důsledky na potřebu zajištění těchto služeb měla zajistit, aby i nadále byly tyto služby poskytovány na úrovni, která odpovídá kvalitě poskytování těchto služeb ve 21. století. Jedná se vesměs o systémová opatření v oblasti financování a řízení sociálních služeb, jejichž realizaci nebyla doposud v rámci koncepčních opatření Ministerstva práce a sociálních věcí ani Ministerstva zdravotnictví věnována potřebná pozornost.

Je zřejmé, že je nezbytné převést rozhodování o výši státních dotací zpět do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí, zprůhlednit celý dotační proces a tím posílit jistoty poskytovatelů sociálních služeb. V zájmu zajištění dynamického rozvoje služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče se ukazuje jako potřebné zrušit povinnost krajů vytvářet síť sociálních služeb a tak zrovnoprávnit přístup všech registrovaných poskytovatelů k finančním prostředkům z veřejných zdrojů. S ohledem na rostoucí diferenciaci příjmových a celkových sociálních poměrů obyvatel se jeví jako účelné definovat minimální standardy poskytovaných sociálních služeb a v návaznosti na to diferencovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb při garanci těchto minimálních standardů. Z hlediska oddálení potřeby zajištění péče v pobytových zařízeních dlouhodobé sociálně-zdravotní péče se ukazuje jako nezbytné klást při tvorbě a realizaci střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb zvýšenou pozornost rozvoji odlehčovacích služeb a tísňové péče.

Dále se ukazuje, že je potřebné nově upravit systém hmotného zabezpečení pečujících osob, jejichž stávající finanční podpora je nedostatečná. Současně je vhodné tento systém oddělit od systému financování poskytovatelů sociálních služeb. Tento systém je přitom potřebné rekonstruovat, zejména je potřebné precizovat systém hodnocení míry závislosti na potřebě péče (v tomto smyslu se jedná zejména o zvýšení počtu stupňů závislosti, počtu kritérií hodnotících potřebu péče a způsob tohoto hodnocení).

Další systémové změny je nutno realizovat z hlediska systému financování ošetrovateľské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a současně je potřeba adekvátně tomu vytvořit určité „zrcadlo“ při financování sociálních služeb

v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních.

Z výčtu uvedených poznatků a doporučení je zřejmé, že před naší společností stojí veliká výzva. Stojí před námi úkol koncipovat nový moderní dlouhodobě udržitelný systém dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, který zajistí, aby osobám, jež tuto péči budou potřebovat, byla poskytována na úrovni odpovídající 21. století, a který zajistí jejich blízkým, kteří se na poskytování této péče budou spolu/podílet, adekvátní životní a sociální podmínky k tomu, aby tuto péči mohli poskytovat. Přijměme tuto výzvu, sami jednou budeme tuto péči potřebovat!

Seznam literatury

- BAREŠ, P. *Analýza výchozího stavu před realizací projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“*. Dostupné z: http://rodinnipecujici.cz/uploads/file/8a2540e7172b4b3296d0e51efaec1295/Anal%C3%BDza_v%C3%BDchoz%C3%ADho_stavu_2018.pdf.
- BJALKOVSKI, CH. a O. FRÜHBAUER. *Sociální služby v zemích Evropské unie*. Praha: VÚPSV, 2000. ISBN 978-80-2387-116-6.
- COLOMBO, F. a kol. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing, 2011. Dostupné z: www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.
- CREMER, H., P. PESTIEAU a G. PONTIÈRE. *The economics of long-term care: a survey*. ECORE Discussion Paper 2012/30. Louvain-la-Neuve: Center for Operations Research and Econometrics. Dostupné z: http://www.ecore.be/DPs/dp_1343209359.pdf.
- ČERVENKOVÁ, A., D. BRUTHANSOVÁ a M. Pechanová. *Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovateľských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2.
- DILNOT, A., N. WARNER a D. J. WILLIAMS. *Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support*. Dostupné z: http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf.

- DNEBOSKÝ, M. *Územní samospráva ve Spolkové republice Německo*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/137759/esf_b_a2/BP_-_Dnebosky20112008.doc.
- DRAGOMIRECKÁ, E. *Ti, kteří se starají. Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum, 2020.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990.
- FORMÁNKOVÁ, P., A. NOVOTNÝ a M. EFENBERKOVÁ. *Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností*. Kontakt č. 2/2012. ISSN 1212-4117.
- FRIEDMAN, M. *How to Cure Health Care*. Hoover Digest. No. 3/2001. Dostupné z: <http://www.hoover.org/publications/digest/3459466.html#>.
- FUKUSHIMA, N., J. ADAMI a M. PALME. *The Long-Term Care System For the Elderly in Sweden*. ENEPRI Research Report No. 89/2010. Dostupné z: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf.
- GEISSLER, H. a kol. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. Praha: FDV, 2015. Dostupné z: <https://koopolis.cz/file/home/download/1212?key=2fd7643342>.
- HÄMBERG, E. *Inspection of social services in Sweden: a comparative analysis of the use and adjustment of standards*. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2156857X.2016.1156015>.
- HASHIGUCHI, T. C. O. a A. LLENA-NOZAL. *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* OECD, 2020.
- HOLMEROVÁ, I. *Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory*. Česká geriatrická revue č. 2/2003.
- HORÁK, P., M. HORÁKOVÁ, M. L. SEEGER a J. T. JESSSEN. *Care policies and governance in Norway and the Czech Republic*. in Sirovátka

- T. – Válková, J. *Understanding care policies in changing times: experiences and lessons from the Czech republic and Norway*. Brno: Centre for the Study of Democracy and Culture Masaryk University, 2017. ISBN 978-80-7325-425-4.
- HORECKÝ, J. *Mezinárodní zkušenosti a srovnání – Rakousko*. Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/2_Rakousko.pdf.
 - HORECKÝ, J. *Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU*. Sociální služby č. 1/2014. ISSN 1803-7348.
 - HORECKÝ, J. a L. PRŮŠA. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019–2050*. Tábor: APSS ČR, 2019. ISBN: 978-80-907053-4-0.
 - HUMPHRIES, R. *Paying for social care: Beyond Dilnot*. London: The King's Fund, 2013. Dostupné z: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf.
 - JEŘÁBKOVÁ, V. a L. PRŮŠA. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2.
 - KRÁSA, V., J. HORECKÝ, V. BEZDĚK a M. POTUČEK. *Pojištění dlouhodobé péče v ČR*. Tábor: APSS ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-07-7.
 - KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007. ISBN: 978-80-7357-276-1.
 - KRÖHNERT, S. *Bevölkerungsentwicklung in Ostdeutschland*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2010. Dostupné z: <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/regionale-dynamik/ostdeutschland.html>.
 - LINDAHL, A. K. *The Norwegian Health Care System*. Dostupné z: <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>.
 - LOUIS-GEORGES TIN. *Who is Afraid of Blacks in France? The Black Question*. Dostupné z: <https://www.berghahnjournals.com/view/journals/fpcs/26/1/fpcs260103.xml>.
 - MÁTL, O. a L. PRŮŠA. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999. ISSN 0049-0961.

- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MIKULIC, M. *U.S. Health Expenditure as percent of GDP 1960-2020*. Statista, 2020. Dostupné z: <https://www.statista.com/statistics/184968/us-health-expenditure-as-percent-of-gdp-since-1960/>.
- PALMER, E. *Public Policy for Pensions, Health and Sickness Insurance. Potential Lessons from Sweden for Latin America*. Santiago de Chile: United Nations, 2006.
- PROCHÁZKA, J. *Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Sociální služby č. 2/2014. ISSN 1803-7348.
- PRŮŠA, L. a J. HORECKÝ. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: APSS ČR, 2012. ISBN 978-80-904668-3-8.
- PRŮŠA, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9.
- PRŮŠA, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-097-4.
- PRŮŠA, L. *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče*. Rezidenční péče č. 4/2011. ISSN 1801-8726.
- PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9.
- PRŮŠA, L. *Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe*. FÓRUM sociální politiky č. 3/2015. ISSN 1802-5854.
- PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky č. 6/2016. ISSN 1802-5854.
- PRŮŠA, L. *Respitní péče – analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb*. Ostrava: Diakonie ČCE, 2016. ISBN 978-80-87953-30-3.
- PRŮŠA, L. *Respitní péče v ČR ve světle nových evropských trendů*. Revue

- sociálno-ekonomického rozvoja č. 2/2016. ISSN 2453-6148. Dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_2__2016.pdf.
- PRŮŠA, L. Nová kritéria hodnocení závislosti pro přiznání příspěvku na péči v Německu. *FÓRUM sociální politiky* č. 6/2017. ISSN 1802-5854.
 - PRŮŠA, L. Systémy dlouhodobé sociálně zdravotní péče ve vybraných evropských zemích – inspirace pro ČR. In *Sborník příspěvků vydaných při příležitosti 12. ročníku konference Současnost a perspektiva sociální péče ve společnosti 21. století*, Litomyšl, 2018.
 - PRŮŠA, L. Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019. ISBN 978-80-270-5373-5.
 - PRŮŠA, L. Kdo zabezpečí péči o naše seniory? *Demografie* č. 1/2019. ISSN 0011-8265.
 - PRŮŠA, L. Co ukázala analýza systému financování sociálních služeb? *Rezidenční péče* č. 3/2019. ISSN 1801-8718.
 - PRŮŠA, L. Social Services at a Historical Crossroads. in *Proceedings of the International Scientific Conference Economic and Social Policy: Economic and Social Challenges for European Economy*. Ostrava: Vysoká škola PRIGO, 2019. ISBN 978-80-87291-25-2.
 - PRŮŠA, L. Přispěl zákon o sociálních službách ke zvýšení jejich dostupnosti? *Demografie* č. 2/2020. ISSN 0011-8265.
 - PRŮŠA, L. Asistenční technologie v sociálních službách. *Policy Brief* č. 6/2020. Praha: VÚPSV, 2020. ISSN 2694-9482.
 - PRŮŠA, L. Úhrada klientů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR. *FÓRUM sociální politiky* č. 2/2020. ISSN 1802-5854.
 - PRŮŠA, L. Ekonomie sociálních služeb v r. 2020 aneb co jsme v r. 2006 netušili... in
 - PRŮŠA, L., P. BAREŠ, M. HOLUB a M. ŠLAPÁK. *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-234-3.

- PRŮŠA, L., J. LANGHAMROVÁ, P. BAREŠ a M. HOLUB. *Náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-232-9.
- PRŮŠA, L. a P. VÍŠEK. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8.
- REMR, J. *Institucionální péče o seniory*. In: *Rodinná péče o staré lidi*. Studie CESES č. 3/2005.
- REMR, J. *Typology of Family Care for Dependent Seniors*. In: PEREK-BIALAS, P. a A. HOFF. *Developing the „Sociology of Ageing“. To Tackle the Challenge of Ageing Societies in Central and Eastern Europe*. Krakow: Jagiellonian University Press, 2012.
- REMR, J. *Methodological Peculiarities of Needs Assessment*. *Evaluační teorie a praxe*, č. 2/2018. ISSN 2336-1158.
- REMR, J. *The needs of caregivers*. *Fórum sociální práce* č. 1/2018.
- RIEDEL, M., S. FÖßLEITNER a M. KRAUS. *Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen*. Research Report. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019. Dostupné z: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=727>.
- ROZEHNALOVÁ, M. *Právo na dostupnost vhodných sociálních služeb*. *Fórum sociální práce* č. 2/2018. ISSN 2336-6664. Dostupné z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/10/Miriam_Rozehnalova_72-74.pdf.
- SIROVÁTKA, T. a J. VÁLKOVÁ. *Understanding care policies in changing times: experiences and lessons from the Czech republic and Norway*. Brno: Centre for the Study of Democracy and Culture Masaryk University, 2017. ISBN 978-80-7325-425-4.
- SCHMID, H. *Israel's Long-Term Care Insurance Scheme*. Dostupné z: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/1207>.

- ŠÍDLOVÁ KUNSTOVÁ, N. a L. ŠÍDLO. *Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji*. Kontakt. č. 2/2016. ISSN 1212-4117.
- TOMEŠ, I. *Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem*. FÓRUM sociální politiky: 10x o sociální politice. Mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854.
- VOSTATEK, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.
- VOSTATEK, J. *Modely financování dlouhodobé péče*. FÓRUM sociální politiky č. 6/2020. ISSN 1802-5854.
- WIJA, P., P. BAREŠ a J. ŽOFKA. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, 2019. ISBN 978-80-907662-2-8.
- *Allgemeines zu Pflegekarenz und Pflegezeit*, (2015). Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360527.html>.
- *Analýza segmentu sociálních služeb*. Tábor: APSS ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-08-4.
- *Beds in nursing and residential care facilities*. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_24-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-total/.
- *Bílá kniha v sociálních službách*. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/bila_kniha.pdf.
- *Care Work with Older People*. Dostupné z: https://www.ttk.ee/public/Sweden_Elders.pdf.
- *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV, 2010. ISBN 978-80-7421-021-1.
- *Elderly care in Sweden*. Dostupné z: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>.
- *EQUASS 2018 – Prinsipper, kriterier og indikatorer for godkjenning fra EQUASS Assurance*. Dostupné z: <https://www.equass.be/images/Documents/EQUASS2018/other-languages/Norwegian/Assurance-2018-Prinsipper-kriterier-og-indikatorer.pdf>.

- *Estonsko: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled.*
Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/estonsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/>
- *European Demographic Data Sheet 2020 Vienna: Vienna Institute of Demography and International Institute for Applied Systems Analysis, 2020.* Dostupné z: <http://www.populationeurope.org/>.
- *Izrael: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled.* Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/izrael-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/>.
- *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability.* Luxembourg: European Union, 2019.
ISBN 978-92-79-98852-3
- *Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012.* Praha: MPSV, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/starnuti_cz_web.pdf/4411f954-d060-881c-0ab0-22d1600948be.
- *Laboratoire des Connaissances en Seduction.* Dostupné z: https://www.lacse.fr/?sid=site%2Ffinancements_de_l_acse%2Fpriorites.
- *Léčebny pro dlouhodobě nemocné – zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv.* Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf.
- *Long-term Care for Older People.* Paris: OECD 2005. ISBN 92-64-00848-9.
Dostupné z: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page140.
- *Nález Ústavního soudu ze dne 23. ledna 2018 sp. zn. I. ÚS 2637/17.* Dostupné z: <https://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=100809&pos=1&cnt=1&typ=result>.
- *Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025.*
Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3.
- *Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně*

- sociální péče, Praha: MPSV 2011 (č.j. 2011/68462 – 223 ze dne 26. října 2011).
- Norsko – základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/norsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/#section-cf66c6a7-3fa2-4cb1-813c-d263d20540ff>.
 - Norsko – vztahy země s EU. Dostupné z: www.businessinfo.cz/navody/norsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/#section-cf66c6a7-3fa2-4cb1-813c-d263d20540ff.
 - OECD Health Reviews: Switzerland. Paris: OECD Publishing, 2011. ISBN 978-92-64-12090-7. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdreviewsofhealthsystems-switzerland.htm>.
 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime 2013, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2016.
 - Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách. Praha: Markent & VÚPSV, 2001. Dostupné z: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/vyzkum.pdf>.
 - Politiques sociales. Dostupné z: <http://www.unccas.org/unccas/ccas-cias.asp>.
 - Polsko – základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/polsko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/>.
 - Přehled vybraných statistických ukazatelů z agend ČSSZ. Dostupné z: https://www.cssz.cz/documents/20143/693346/3Q_2020_Ukazatele%20z%C3%A1%C5%99%C3%AD%202020.pdf/a49c2b9f-048f-f59e-706f-eb649d2d96d6.
 - Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: MARKENT, s.r.o., & VÚPSV, v. v. i., 2011.
 - Rakousko: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/rakousko-zakladni-charakteristika-teritoria-ekonomicky-prehled/#sec2>.
 - Rządowy program ASOS. Dostupné z: <https://www.mpips.gov.pl/>

seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos/.

- Slovensko: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/slovensko-zakladni-charakteristika-teritoria-17583.html>.
- Souhrnná teritoriální informace Švédsko. Dostupné z: [http://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2017/06/02/Nahled%20STI%20\(PDF\)%20Svedsko%20-%20Souhrnna%20teritorialni%20informace%20-%202017.171826143.pdf](http://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2017/06/02/Nahled%20STI%20(PDF)%20Svedsko%20-%20Souhrnna%20teritorialni%20informace%20-%202017.171826143.pdf).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI). Dostupné z: <http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787/>.
- Social Services. Dostupné z: <https://www.tel-aviv.gov.il/en/Live/HealthAndWelfare/Pages/SocialServices.aspx>.
- Social Services Reform – Human Thinkers Think. Dostupné z: <https://www.molsa.gov.il/SocialServicesReform/Pages/SocialServicesReformPage.aspx>.
- Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018. Praha: MPSV, 2019. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2018+%282%29.pdf/d16a5977-62d8-0ce2-bfd4-15d6118a9700.
- Studie proveditelnosti: výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR. Praha: Deloitte Česká republika, 2015.
- Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Portugalsku. Dostupné z: https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Portugal_cs.pdf.
- Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Rakousku. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Austria_cs.pdf.
- Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Švédsku. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_cs.pdf.

- *Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony (sněmovní tisk č. 1029).* Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=1029&ct1=0>.
- *Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017.* Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzip32ax>.
- *Výzvy systému dlouhodobé péče pohledem komerčních pojišťoven.* Praha: Česká asociace pojišťoven, 2020.
- *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly.* Paris: OECD, 2020. ISBN 978-92-64-38374-6.
- *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2017.* Praha: MPSV, 2018. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/975121/Z%C3%A1kladn%C3%AD+ukazatele+z+oblasti+pr%C3%A1ce+a+soci%C3%A1ln%C3%AD+Dho+zabezpe%C4%8Den%C3%AD+v+%C4%8Cesk%C3%A9+republi+ce+2018+%281%29.pdf/28c53e06-f39e-bf6f-58ff-4a5bde324b51>.
- *Zdravotnická ročenka České republiky 2018.* Praha: ÚZIS ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>.
- *Zensus 2011 – Bevölkerung Bundesrepublik Deutschland am 9. Mai 2011.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2013/Zensus2011/bevoelkerung_zensus2011.pdf?__blob=publicationFile.

www.czso.cz/

www.insee.fr/

www.missoc.org/

<http://datacube.statistics.sk/>

Příloha č. 1

Hodnocení závislosti v jednotlivých modulech a jeho promítnutí do celkového hodnocení pro úroveň přiznání příspěvku na péči v Německu

Kritéria pro stanovení potřeby péče jsou v současné době vymezena v § 14 SGB XI. Podle tohoto ustanovení péči potřebuje ten, kdo není schopen samostatně kompenzovat svoje tělesné, duševní nebo psychické postižení nebo zdravotní zátěž, potřeba péče přitom však musí pravděpodobně trvat minimálně 6 měsíců. Jednotlivá kritéria jsou rozdělena do šesti modelů, které v různé míře ovlivňují stupeň péče:

- mobilita (10 %);
- kognitivní a komunikační dovednosti (15 %);
- chování a psychické problémy (15 %);
- péče o vlastní osobu (40 %);
- zvládání zdravotně podmíněných požadavků (20 %);
- uspořádání každodenního života (15 %).

U dětí je potřeba péče stanovena na základě srovnání vývojového stavu handicapovaného dítěte s věkově stejně starými dětmi a na základě posouzení odpovídajících deficitů u výše uvedených kritérií.

Kritéria pro posuzování jednotlivých schopností jsou závazně stanoveny v příloze č. 1 k BSG XI, jejich váha v rámci každé kategorie je upravena v příloze č. 2 k BSG XI, přičemž navíc se přihlíží k tomu, zda je člověk schopen samostatně vést domácnost.

V závislosti na počtu získaných bodů je potřeba péče diferencována do pěti stupňů:

- I. stupeň péče – od 12,5 až do 27 bodů;
- II. stupeň péče – od 27 až do 47,5 bodů;
- III. stupeň péče – od 47,5 až do 70 bodů;
- IV. stupeň péče – od 70 až do 90 bodů;
- V. stupeň péče – 90 a více bodů.

V modulu 1, který je věnován hodnocení mobility, se hodnotí celkem pět kritérií, schopnost klienta je hodnocena ve čtyřech stupních v rozsahu 0–3 body (viz tabulka č. 1).

číslo	kritéria	samostatně	převážně samostatně	převážně závislý	závislý
1.1	změna pozice v posteli	0	1	2	3
1.2	udržení stabilní pozice vsedě	0	1	2	3
1.3	přemístění se	0	1	2	3
1.4	přesun v domácím prostředí	0	1	2	3
1.5	chůze do schodů	0	1	2	3

Tabulka č. 1: Hodnocení jednotlivých schopností v oblasti mobility

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_anl1/.

V modulu 2, který je věnován hodnocení kognitivních a komunikačních dovedností, je hodnoceno celkem 11 kritérií, schopnost klienta je hodnocena ve čtyřech stupních v rozsahu 0–3 body (viz tabulka č. 2).

číslo	kritéria	schopnost nedotčena	schopnost z velké části nedotčena	schopnost k dispozici v omezené míře	schopnost není k dispozici
2.1	pozná osoby z okolního prostředí	0	1	2	3
2.2	místní orientace	0	1	2	3
2.3	orientace v čase	0	1	2	3
2.4	pamatuje si významné události nebo postřehy	0	1	2	3
2.5	zvládání více každodenních činností	0	1	2	3
2.6	rozhodování v každodenním životě	0	1	2	3
2.7	chápaní otázek a informací	0	1	2	3
2.8	identifikace rizik a nebezpečí	0	1	2	3
2.9	sdělení základních potřeb	0	1	2	3
2.10	pochopení výzev	0	1	2	3
2.11	angažování se v konverzaci	0	1	2	3

Tabulka č. 2: Hodnocení jednotlivých schopností v oblasti kognitivních a komunikačních dovedností

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_anl1/.

V modulu 3, který je věnován hodnocení chování a psychických problémů, se hodnotí celkem 13 kritérií, schopnost klienta je hodnocena ve čtyřech stupních v rozsahu 0–5 bodů (viz tabulka č. 3).

číslo	kritéria	nikdy nebo jen velmi zřídka	zřídka (jednou až třikrát v průběhu dvou týdnů)	často (dvakrát až několikrát týdně, ale ne každý den)	denně
3.1	problémy s chováním motorického charakteru	0	1	3	5
3.2	noční neklid	0	1	3	5
3.3	sebeпоškozování a agresivní chování	0	1	3	5
3.4	poškozování předmětů	0	1	3	5
3.5	agresivní fyzické chování vůči jiným osobám	0	1	3	5
3.6	verbální agresivita	0	1	3	5
3.7	jiné s péčí související hlasové abnormality	0	1	3	5
3.8	obrana pečovatelských a jiných podpůrných opatření	0	1	3	5
3.9	halucinace	0	1	3	5
3.10	obavy	0	1	3	5
3.11	lhostejnost v depresivní náladě	0	1	3	5
3.12	sociálně neadekvátní způsoby chování	0	1	3	5
3.13	jiné s péčí související neadekvátní jednání	0	1	3	5

Tabulka č. 3: Hodnocení jednotlivých kritérií v oblasti chování a psychických problémů

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_an1/.

Modul 4 je věnován hodnocení péče o vlastní osobu pomocí celkem 13 kritérií ve třech nebo čtyřech stupních v rozsahu 0–9 bodů. Pomocí čtyř stupňů je hodnoceno celkem 12 kritérií (viz tabulka č. 4).

číslo	kritéria	schopnost nedotčena	schopnost z velké části nedotčena	schopnost k dispozici v omezené míře	schopnost není k dispozici
4.1	mytí horní části těla na přední straně	0	1	2	3
4.2	péče o tělo v oblasti hlavy (česání, péče o zuby / protézy, holení)	0	1	2	3
4.3	mytí intimních partií	0	1	2	3
4.4	sprchování a koupání vč. mytí vlasů	0	1	2	3
4.5	oblékání a svlékání v horní části těla	0	1	2	3
4.6	oblékání a svlékání v dolní části těla	0	1	2	3
4.7	příprava jídla a nalévání nápojů pouze ústy	0	1	2	3
4.8	jezení	0	3	6	9
4.9	pití	0	2	4	6
4.10	použití toalety nebo toaletní stolice	0	2	4	6
4.11	vypořádat se s následky inkontinence moči a používání permanentního katetru	0	1	2	3
4.12	vyrovnat se s následky inkontinence a řešení stomií	0	1	2	3

Tabulka č. 4: Hodnocení kritérií v oblasti péče o vlastní osobu

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_an1/.

Z tabulky je zřejmé, že hodnoty kritérií č. 4.8, 4.9 a 4.10 mají větší váhu vzhledem k jejich zvláštním významu pro zajištění péče.

Kritérium č. 4.13 se týká zajištění výživy parentálně nebo pomocí sondy a hodnotí se pouze ve třech stupních:

- v případě, kdy pravidelná denní parenterální forma výživy nebo výživa sondou není potřebná dlouhodobě pravděpodobně po dobu nejméně šesti měsíců nebo když je parentální výživa nebo výživa sondou prováděna samostatně bez pomoci druhých, neudělují se žádné body;
- v případě, kdy se parenterální výživa nebo výživa sondou provádějí proto, aby se zabránilo podvýživě v důsledku nedostatečného denního orálního příjmu potravy nebo tekutin, je přiznáno celkem 6 bodů;
- v případě, kdy je příjem potravy nebo tekutin prováděn výlučně nebo téměř výlučně parenterálně nebo pomocí sondy, jsou přiznány 3 body.

Při celkové parenterální výživě nebo výživě pomocí sondy je přiznáno méně bodů než při částečné parenterální výživě nebo výživě sondou vzhledem k tomu, že vysoké náklady na pomoc při orálním podávání potravy nebo tekutin jsou často v případě výhradně parenterální výživy nebo výživy sondou z velké části eliminovány.

U dětí ve věku do 18 měsíců jsou kritéria, která jsou v rámci tohoto modulu nahrazena kritériem 4.K, podle něhož je existence vážných problémů souvisejících s příjmem potravy u dětí v této věkové kategorii, které vyvolávají mimořádně náročné požadavky na podporu péče, hodnocena celkem 20 body.

V modulu 5, který je věnován hodnocení zvládnání zdravotně podmíněných požadavků, se hodnotí celkem 16 kritérií, schopnost klienta je hodnocena ve třech nebo čtyřech stupních podle četnosti jednotlivých úkonů. Všechna kritéria jsou rozčleněna do celkem pěti podskupin.

V první podskupině jsou hodnoceno celkem sedm kritérií:

- kritérium č. 5.1 – medikace;
- kritérium č. 5.2 – injekce (podkožně nebo do svalu);
- kritérium č. 5.3 – zajištění intravenózního připojení (port);
- kritérium č. 5.4 – odsávání nebo podávání kyslíku;
- kritérium č. 5.5 – masti nebo studená a teplá aplikace;
- kritérium č. 5.6 – měření a interpretace tělesných stavů;
- kritérium č. 5.7 – kompenzační pomůcky.

U každého z těchto kritérií je sledován počet indikací, které se realizují denně, týdně nebo měsíčně, přičemž se předpokládá, že tyto indikace budou realizovány pravděpodobně minimálně šest měsíců. Následně je počet denních, týdenních a měsíčních intervencí pro jednotlivá kritéria sumarizován (pokud se uskutečnilo např. třikrát denně podání léků [kritérium č. 5.1] a jednou měření cukru v krvi [kritérium č. 5.6], počet indikací za den činí čtyři), četnost indikací realizovaných týdně a měsíčně je přepočtena na průměrnou hodnotu za den. Následně je stanoven počet bodů za tato kritéria (viz tabulka č. 5).

jednotlivé body za kritéria č. 5.1–5.7				
opatření za den	žádné nebo méně než jednou denně	alespoň jednou až maximálně třikrát denně	více než třikrát až maximálně osmkrát denně	více než osmkrát denně
jednotlivé body	0	1	2	3

Tabulka č. 5: Hodnocení kritérií v oblasti zvládnutí zdravotně podmíněných požadavků za kritéria č. 5.1–5.7

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_anl1/.

Ve druhé podskupině jsou hodnoceny čtyři kritéria:

- kritérium č. 5.8 – převazy a péče o rány;
- kritérium č. 5.9 – zabezpečení stomií;
- kritérium č. 5.10 – pravidelné cévkování a používání projímadel;
- kritérium č. 5.11 – léčebná opatření v domácím prostředí.

Obdobně jako u kritérií č. 5.1–5.7 i v této podskupině je nejprve sledován počet indikací, které se realizují denně, týdně nebo měsíčně, přičemž se předpokládá, že i tyto indikace budou realizovány pravděpodobně minimálně šest měsíců. Následně je počet denních, týdenních a měsíčních intervencí pro jednotlivá kritéria opět sumarizován, přičemž četnost indikací realizovaných týdně a měsíčně je přepočtena na průměrnou hodnotu za den. Následně je stanoven počet bodů za tato kritéria (viz tabulka č. 6)

jednotlivé body za kritéria č. 5.8–5.11				
opatření za den	žádné nebo méně než jednou týdně	jednou až vícekrát týdně	jednou až maximálně třikrát denně	více než třikrát denně
jednotlivé body	0	1	2	3

Tabulka č. 6: Hodnocení kritérií v oblasti zvládání zdravotně podmíněných požadavků za kritéria č. 5.8–5.11

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_an1/.

Ve třetí podskupině tohoto modulu je sledována průměrná týdenní nebo měsíční četnost časově a technologicky náročných opatření v domácím prostředí, jež trvají minimálně šest měsíců, která je ohodnocena následujícím počtem bodů (viz tabulka č. 7).

číslo	kritérium týkající se	nepoužije se nebo samostatně	denně	týdenní četnost vynásobená	měsíční četnost vynásobená
5.12	časová a technologicky náročná opatření v domácím prostředí	0	60	8,6	2

Tabulka č. 7: Hodnocení četnosti časových a technologicky náročných opatření v domácím prostředí

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_an1/.

Při hodnocení tohoto kritéria je sledován počet pravidelných indikací prováděných týdně a měsíčně. Opatření, která jsou realizována každý den, jsou hodnocena 60 body, opatření, která jsou realizována týdně, jsou oceněna 8,6 body, a opatření, která jsou realizována měsíčně, jsou oceněna 2 body.

Ve čtvrté podskupině tohoto modulu jsou hodnocena celkem čtyři kritéria (viz tabulka č. 8).

číslo	kritérium týkající se	nepoužije se nebo samostatně	týdenní četnost násobena	měsíční četnost násobena
5.13	návštěva lékaře	0	4,3	1
5.14	návštěva jiného zdravotnického nebo terapeutického zařízení (do tří hodin)	0	4,3	1
5.15	časově prodloužené návštěvy jiných zdravotnických nebo terapeutických zařízení (delší než tři hodiny)	0	8,6	2
5.K	návštěvy zařízení včasné intervence u dětí	0	4,3	1

Tabulka č. 8: Hodnocení kritérií v oblasti zvládání zdravotně podmíněných požadavků za kritéria č. 5.13–5.K

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_an1/.

Pro každé kritérium č. 5.13–5.K je sledována zjištěná četnost pravidelně se opakujících návštěv lékaře nebo zdravotnického zařízení týdně a měsíčně, přičemž každá pravidelná měsíční návštěva je oceněna 1 bodem a týdenní návštěva je oceněna 4,3 body. Pokud návštěva lékaře nebo jiného zdravotnického nebo terapeutického zařízení je delší než 3 hodiny, je tato návštěva oceněna dvojnásobně.

U dětí je zvolen jiný způsob hodnocení, kritéria č. 5.12 až 5.15 jsou sumarizovány do č. 5.K a jsou hodnoceny na základě součtu takto získaných bodů následujícími konkrétními body (viz tabulka č. 9).

součet návštěv			jednotlivé body
0	až do	4,3	0
4,3	až do	8,6	1
8,6	až do	12,9	2
12,9	až do	60	3
60	a více		6

Tabulka č. 9: Hodnocení kritérií v oblasti zvládání zdravotně podmíněných požadavků za kritéria č. 5.13–5.K u dětí

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_anl1/.

V poslední páté podskupině tohoto modulu je hodnocena schopnost dodržování diety a jiných pravidel souvisejících s nemocí nebo léčbou. Pokud je klient schopen dodržovat dietu převážně samostatně, je tato schopnost ohodnocena 1 bodem, pokud je při dodržování diety převážně závislý na pomoci okolí, je schopnost ohodnocena 2 body a v případě, kdy je zcela závislý na pomoci okolí, je schopnost ohodnocena 3 body.

V modulu 6 je hodnoceno celkem šest kritérií v oblasti uspořádání každodenního života a sociálních kontaktů, schopnost klienta je hodnocena ve čtyřech stupních v rozsahu 0–3 bodů (viz tabulka č. 10).

číslo	kritérium	nepoužije se nebo samostatně	převážně samostatně	převážně závislý	závislý
6.1	rozložení denního režimu a přizpůsobování se změnám	0	1	2	3
6.2	odpočinek a spánek	0	1	2	3
6.3	schopnost sám se zaměstnat	0	1	2	3

6.4	tvorba výhledových plánů	0	1	2	3
6.5	interakce s lidmi v přímém kontaktu	0	1	2	3
6.6	udržování kontaktu s lidmi mimo bezprostřední okolí	0	1	2	3

Tabulka č. 10: Hodnocení kritérií v oblasti uspořádání každodenního života a sociálních kontaktů

Zdroj: Einzelpunkte der Module 1 bis 6. Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_an1/.

Takto získané body v jednotlivých modulech jsou „převáženy“ podle váhy, která je jednotlivým modulům přiřazena, a na tomto základě je stanoven počet bodů, podle nichž je určen stupeň závislosti klienta. Váha jednotlivých bodů v jednotlivých modulech podle snížení nezávislosti klienta je zobrazena v tabulce č. 11.

modul		váha	0 žádné	1 nízké	2 podstatné	3 těžké	4 nejtěžší	
1.	mobilita	10 %	0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	součet jednotlivých bodů v modulu 1
			0	2,5	5	7,5	10	vážené body v modulu 1
2.	kognitivní a komunikační dovednosti	15 %	0–1	2–5	6–10	11–16	17–33	součet jednotlivých bodů v modulu 2
3.	chování a psychické problémy		0	1–2	3–4	5–6	7–65	součet jednotlivých bodů v modulu 3
	vyšší hodnota z modulu 2 nebo 3		0	3,75	7,5	11,25	15	vážené body v modulu 2 a 3

4.	péče o vlastní osobu	40 %	0–2	3–7	8–18	19–36	37–54	součet jednotlivých bodů v modulu 4
			0	10	20	30	40	vážené body v modulu 4
5.	samostatné zvládání zdravotně a terapeuticky podmíněných požadavků a zatížení	20 %	0	1	2–3	4–5	6–15	součet jednotlivých bodů v modulu 5
			0	5	10	15	20	vážené body v modulu 5
6.	uspořádání každodenního života a sociálních kontaktů	15 %	0	1–3	4–6	7–11	12–18	součet jednotlivých bodů v modulu 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	vážené body v modulu 6
7.	mimodomáčí aktivity	Pro kalkulaci je hodnocení modulu zbytečné, protože prezentace kvalitativních charakteristik je dostatečná pro každé kritérium tak, aby bylo možné odvodit údaje o nabídce a plánování péče.						
8.	vedení domácnosti							

Tabulka č. 11: Systém hodnocení závislosti klienta (přepočet získaných bodů na vážené body)

Zdroj: Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte).

Dostupné z: http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787_anl2/.

Odvaha změnit úhel pohledu

nám přináší nové možnosti kvalitnější péče o zdraví. Ať už jde o inkontinenci, hojení ran, dezinfekci nebo prevenci rizik, neustále hledáme nové cesty, jak zvýšit bezpečí klientů i těch, kteří se o ně každodenně starají.



Inkontinence | Ošetřování ran | Prevence rizik | Dezinfekce |

HARTMANN





„Máme CYGNUS,
takže náš čas už
můžeme věnovat
hlavně klientům.“



Důstojnost klienta a "provozní ticho"

- NA ČISTÉ PRÁDLO
- NA ŠPINAVÉ PRÁDLO A INFEKČNÍ ODPAD
- S ANTIBAKTERIÁLNÍ ÚPRAVOU

- NA LÉKY A LÉKAŘSKÝ MATERIÁL
- ÚKLIDOVÉ A DEZINFEKČNÍ
- JÍDELNÍ A SERVÍROVACÍ



- + Protihlukový systém = tzv. "provozní ticho"
- + Vozíky splňují současné hygienické normy

- + Nízká váha = snadná manipulace
- + Uzavřený systém = proti zápachu



VOZÍKOVÉ SYSTÉMY PROFESIONÁLNĚ SESTAVÍME DLE INDIVIDUÁLNÍCH POŽADAVKŮ.



OD 65 LET ZDARMA!

Pneumokoky nejvíce ohrožují děti do dvou let a seniory!

**Chraňte se proti pneumokokovým
onemocněním očkováním.**

**Ve zvýšeném riziku onemocnění
jsou především lidé s:**

- chronickým onemocněním srdce,
- chronickým plicním onemocněním (astma, chronická obstrukční plicní nemoc),
- diabetem,
- nádorovým onemocněním,
- a dále kuřáci a lidé **starší 65 let.**

**U osob starších 18 let přispívá
k dlouhodobé ochraně 1 dávka
vakcíny Prevenar 13, nutnost
přeočkování nebyla stanovena!**

Požádejte svého lékaře o vakcínu
proti pneumokokovým infekcím.

Pfizer, spol. s r. o.
Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, tel.: +420 283 004 111
www.pfizer.cz

Pfizer Průlomové léky, které mění život pacientů™

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Prevenar 13 je registrovaný léčivý přípravek (vakcína proti pneumokokovým infekcím), jehož výdej je vázán na lékařský předpis. Přetčete si, prosím, pečlivě příbalovou informaci. Prevenar 13 neposkytuje 100% ochranu proti typům pneumokoka, které vakcína obsahuje, a nechrání před typy neobsaženými ve vakcině ani jinými mikroorganismy, které způsobují zápal plic.

**VŠEOBECNÝ
LÉKAŘ**



**LÉKAŘ,
KTERÝ
NA VÁS
MYSLÍ**



POSKYTUJEME PRAVIDELNOU LÉKAŘSKOU PÉČI V DOMOVECH PRO SENIORY A V DOMOVECH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Kdo jsme?

Společnost Všeobecný lékař je české rodinné zdravotnické zařízení poskytující služby praktického lékařství po celé ČR. Uvědomujeme si, jak důležitý je pro seniory osobní přístup a citlivá péče známého lékaře. Proto poskytujeme pravidelné návštěvy konkrétního lékaře přímo ve Vašem domově.

Jaké jsou naše hodnoty?

Jsme přesvědčeni, že každý člověk má právo na kvalitní zdravotní péči. Abychom pacientům zajistili komplexní zdravotní péči, používáme nejen **moderní diagnostiku**, ale **hlavně lidský přístup**, který si klienti domovů seniorů z hlediska jejich věku a zdravotního stavu právem zaslouží. Zajišťujeme odpovídající zdravotní péči, a to nejen urgentním pacientům, ale věnujeme se také geriatrické prevenci a paliativní péči.

Jaký je náš přístup?

Lidský, respektující a individuální ke každému pacientovi. Domovy seniorů se pro většinu klientů stávají skutečným domovem a zdravotnický, sociální a ošetrovatelský personál jejich druhou rodinou. S touto skutečností se plně ztotožňují i naši lékaři, kteří se tak pro seniory stávají chápajícím pomocníkem v péči o jejich zdraví. Je pro nás důležité, aby se klientům sociálních zařízení dostalo kvalitního a zároveň šetrného ošetření přímo v prostředí, na které jsou zvyklí.

www.vseobecnylekar.cz

Váš specializovaný
DISTRIBUTOR



www.dentimedshop.cz

- Široké portfolio výrobků
- Dodávky inkontinenčních pomůcek za výhodných podmínek
- Široký výběr zdravotního materiálu
- Komplexní dezinfekční program
- Elektronický objednávkový systém
- Rychlé termíny dodání
- Rozvoz po celé ČR – vlastní doprava
- Sponzorské aktivity
- Vzdělávací program za exkluzivní ceny
- Novinky a akce
- Mnoho dalších výhod

Jsme členy odborných organizací.



Poskytujeme službu Home delivery. Bezplatné rozvozy inkontinenčních a stomických pomůcek až domů.

Inkontinence vyžaduje spolehlivé, pohodlné a diskrétní řešení. Inkontinenční pomůcky Dailee jsou vyrobené v České republice.

Firma Dentimed s.r.o. disponuje zastoupením pro distribuci inkontinenčních pomůcek Dailee.



www.dentimed.cz | www.dentimedshop.cz | www.dailee.cz

Dentimed s.r.o., Družstevní 76, 570 01 Litomyšl, e-mail: info@dentimed.cz, Tel.: 461 612 740

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Největší profesní organizace v oblasti sociálních služeb ČR

www.apsscr.cz

...již od roku
1991



**APSS ČR je největší profesní
organizací sdružující poskytovatele sociálních služeb v České republice.**

Asociace v rámci své činnosti:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucích právních regulací sociálních služeb;
- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních

- služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům;
- vyvíjí studijní, dokumentační, vzdělávací a expertní činnost;
- organizuje kongresy, odborné konference a vzdělávací programy;
- je pořadatelem již tradičního Týdne sociálních služeb ČR a výtvarné soutěže Šťastné stáří očima dětí, spoluorganizátorem ocenění Národní cena – Pečovatel/ka roku,

- držitelem licence E-Qalin pro ČR (model měření a zvyšování kvality), tvůrcem modelu Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách a správcem Značky kvality (systém externí certifikace zařízení);
- vydává odborný čtvrtletník Listy sociální práce a odborný měsíčník Sociální služby.

Sekce a svazy Asociace:

Činnost sekce a svazů probíhá na základě specifických potřeb členů Asociace.

Sekce:

- sekce terénních služeb
- sekce ambulantních služeb APSS ČR
- sekce adiktologických služeb
- sekce sociálních služeb pro osoby bez domova

- sekce korporátních poskytovatelů sociálních služeb
- sekce služeb péče o ohrožené dítě
- sekce služeb pro rodinu
- sekce pro náhradní rodinnou péči a sociálně-právní ochranu dětí

Svazy:

- Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách
- Profesní svaz zdravotnických pracovníků v sociálních službách

APSS ČR je členem: