BRNO ZDRAVÉ MĚSTO

B | R | N | O

Posilování mezigeneračních vazeb a funkcí rodiny při neformální péči o seniory

Tento text vznikl jako informativní zdrojový dokument pro tvorbu e-learningového kurzu s názvem Posilování mezigeneračních vazeb a funkcí rodiny při neformální péči. Tento název vychází z Opatření C2.3.2 v Plánu zdraví města Brna 2018-2030. Na výběru informativního zdrojového dokumentu se podílel spolek Klára pomáhá z.s. pomoc pečujícím a pozůstalím, nezisková organizace Modrá beruška, komunita Unie pečujících, Zdravotnická škola Brno.

Názvy kapitol:

CO OBNÁŠÍ DLOUHODOBÁ ZDRAVOTNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE?
CO OBNÁŠÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE?
CO OBNÁŠÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE VE VYBRANÝCH STÁTECH EVROPSKÉ UNIE?

1. CO OBNÁŠÍ DLOUHODOBÁ ZDRAVOTNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE?

Klíčovou koncepcí pro oblast dlouhodobé péče v České republice je aktuálně *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Dlouhodobá péče je v současnosti poskytována v různých sektorech a různými typy poskytovatelů (ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí, krajů, měst, obcí) a jelikož se nachází na pomezí zdravotního a sociálního resortu, je vymezení dlouhodobé péče obtížné. Aktuální záměr Ministerstva práce a sociálních věcí přijmout zákon o tzv. koordinované rehabilitaci je vnímán jako velice perspektivní, představující kvalitativní posun ve zdravotně sociální péči.

Koordinovanou rehabilitací se rozumí *„kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, pracovních, vzdělávacích, technických a technologických prostředků za účelem získání / znovuzískání funkční schopnosti, která je limitována z důvodu dočasně či dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Současně se rehabilitace zaměřuje na stabilizaci zdravotního stavu, příp. zmírnění rizika progrese a zmnožení důsledků nemoci či úrazu, popř. vzniku sekundárního zdravotního postižení. Rehabilitace je snahou o flexibilní propojení nástrojů odborné podpory a aktivit, aby se zlepšilo osobní i sociální fungování člověka se sníženým limitem zdravotní kondice a pozitivně interdisciplinárně podporovalo kvalitu jeho života. Současným zahraničním trendem je orientace na rehabilitaci organizovanou v obci (Community based rehabilitation), jejímž cílem je zajištění rehabilitační podpory v přirozené komunitě člověka“* (Kuzníková, 2017, 14).

Systém dlouhodobé péče by měl umožnit setrvat lidem ve svém přirozeném prostředí a vytvořit podmínky pro jejich rodinné příslušníky.

Poskytování uvedených služeb je legislativně ukotveno především:
1) v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění.
2) v Zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., v platném znění.

Dlouhodobou péčí (Long–term care, LTC) se rozumí jak péče v domácím prostředí, tak péče v institucích. V praxi jsou tyto služby nabízeny ve formách **pobytových** (zajišťují je např. léčebny pro dlouhodobě nemocné, hospice, odborné léčebné ústavy, ošetřovatelská pracoviště v nemocnicích a následná péče, pobytová zařízení sociálních služeb aj.), **ambulantních**

(rehabilitační stacionáře, denní či noční stacionáře aj.) a **terénních** (zdravotní a sociální služby v domácnosti a terénu). Nedílnou a podstatnou součástí jsou tzv. neformální poskytovatelé dlouhodobé péče v domácnostech, na jejichž podporu by měly být zaměřeny budoucí reformy systému dlouhodobé péče (viz návrh tzv. změnového zákona, 2016).

Někteří autoři rozdělují formy poskytované dlouhodobé péče na **profesionální a rodinnou péči**. Stárnutí populace je výzvou rozvoje koncepce LTC. Za růstem potřeby LTC stojí zejména růst počtu seniorů. Čísla hovoří sama za sebe, počet osob ve věku 65 let a více se odhaduje na téměř 3,2 milionu, což bude představovat téměř jednu třetinu ze všech osob žijících v ČR. Současně se do roku 2050 více než ztrojnásobí počet osob 85letých a starších na počet vyšší než 0,6 milionu, což bude představovat přibližně 6 % populace. Demografické stárnutí je definováno jako nárůst podílu osob seniorského věku, přičemž za hranici stáří se dnes považuje věk 65 let. Do roku 2050 bude dle odhadů o vzestupu počtu seniorů v ČR každý dvacátý občan starší 85 let. Podle tzv. zdravé délky života při narození prožijí muži v ČR v průměru pouze 62 let v dobrém zdraví, tj. bez zdravotního omezení, a ženy 64 let. Jak muži, tak ženy tedy prožívají relativně značnou část svého seniorského věku s nějakou zdravotní indispozicí. Naděje dožití při narození byla v ČR v roce 2014 cca 75,8 let pro muže a 81,7 let pro ženy; průměr za EU byl v roce 2013 cca 77,8 let pro muže a 83,3 let pro ženy. Souvisejícím pojmem je tedy tzv. zdravé dožití (Healthy life expectancy), kdysi označované jako naděje na dožití bez disability/ nesoběstačnosti. Zdravé roky života, představovaly dle výpočtů provedených na základě úmrtnostních tabulek a subjektivně pociťované disability 63 let u žen a 61 u mužů (výzkum ÚZIS, 2007).

Pojem disability rates (míra nesoběstačnosti) pak označuje míru určující tu část populace (seniorů), kteří pravděpodobně potřebují služby dlouhodobé péče. Tento parametr je definován jako závislost alespoň v jedné ze základních aktivit denního života (Activity daily living ADL).

Dlouhodobou péči definuje též Národní program přípravy na stárnutí (MPSV ČR, 2009):

„Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části osob neoddělitelné… Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů“ (Kuzníková, 2017, 7).

Základní cíle a principy koncepce LTC:

- Spravedlivý přístup k službám zdravotním i sociálním.
- Ochrana důstojnosti člověka a zajištění individuální péče.
- Podpora autonomie a funkčního stavu klientů.
- Zajištění optimálního způsobu poskytování dlouhodobé péče (typu LTC).
- Podpora rozvoje a kvality služeb LTC.
- Podpora neformálních pečujících (rodina, komunita).
- Podpora profesionalizace neformálních pečujících (vzdělávání a výcvik, finanční zajištění).
- Zlepšení individuálního hodnocení potřeb klienta a zajištění kompenzací (dávky, pomůcky, služby).
- Zajištění informovanosti o službách.
- Koordinace služeb, podpora sítí služeb LTC, zajištění provázanosti, dostupnosti.
- Srozumitelnost a orientace v systému služeb.
- Vymezení pozice zdravotně sociálních profesí podílejících se na LTC.

Jako **hlavní transformační cíle LTC** byly formulovány následující:

- Deinstitucionalizace.
- Desektorializace.
- Deprofesionalizace.
- Demedicinalizace.
- Prevence potřeby LTC.

Deinstitucionalizace má vést k omezení počtu ústavů, zároveň je nutné respektovat podřízení autonomie důstojnosti, zajištění dostupnosti důstojných institucí osobám trpícím demencí. K zakotvení těžiště LTC na komunitní úrovni, posilovat komunitní služby.
Desektorializace má směřovat ke zvýšení flexibility systému, prolomení bariér mezi profesemi, rezorty a systémy a k posílení zdravotně sociálního pojetí LTC.

Deprofesionalizace je chápána ve smyslu přenesení péče na neformální pečovatele, rodinu, dobrovolníky, komunitu (sousedství, sociální skupiny, sociální sítě).
Demedicinalizace vymanění klientů z ryze zdravotnické dlouhodobé péče, odstranění samoúčelných zdravotnických intervencí.
Prevence potřeby LTC – předcházení, odvracení, léčení, včasná rehabilitace poklesu potenciálu zdraví a ztráty soběstačnosti.

Formy dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je poskytována v terénní, ambulantní či institucionální formě. Současně se prosazuje:

- systém komunitní péče na úrovni obcí, optimálně ve spolupráci s komunitní sestrou, praktickým lékařem a zdravotně-sociálním pracovníkem.
- systém koordinace rehabilitace na místní úrovni (obcí, měst, krajů) ve spolupráci s obcemi a zástupci poskytovatelů pomoci a podpory (formálních i neformálních).

„Terénní péče je zajišťována v podobě zdravotní či sociální péče. Terénní zdravotnická péče může mít podoby: hospicová péče (odborná zdravotnická paliativní péče neboli mobilní hospic je v domácím prostředí poskytována jen pokud se na péči podílí také rodina nemocného), dlouhodobé zdravotní péče, domácí hospitalizace (např.: poúrazová a pooperační péče navazující na hospitalizaci či ošetření v nemocnici), preventivní domácí péče, ale i jednorázové zdravotní péče“ (Kuzníková, 2017, 34).

V oblasti poskytování sociálních služeb je terénní péče nabízena v podobě:

- Osobní asistence: terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.
- Pečovatelská služba: terénní nebo ambulantní služba, která je poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

- Podpora samostatného bydlení: terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
- Odlehčovací služby: terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.
- Tísňová péče: terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.
- Ambulantní péče: je zajišťována rovněž službami, které nabízejí různé rezorty. Typické ambulantní služby nabízí zdravotnické služby: ambulance lékaře, stacionáře – většinou součást služeb zdravotnických zařízení, nemocnic (např.: rehabilitační stacionáře pro děti, denní stacionáře pro klienty psychiatrických oddělení). Sociální služby nabízejí ambulantní sociální a odlehčovací služby či sociálně aktivizační služby v podobě denních center, stacionářů aj.
- Odlehčovací služby: terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.
- Centra denních služeb: ambulantní služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
- Denní stacionáře: ambulantní služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- Institucionální péče: je poskytována v pobytových zařízeních různých resortů. Hospitalizace ve zdravotnickém zařízení či dlouhodobý pobyt v pobytovém zařízení sociálních služeb mají svá pravidla a specifika, která se řídí platnou legislativou. Specifickou situací je poskytování pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení:
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče: pobytové sociální služby se poskytují osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické

osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Současná struktura služeb dlouhodobé péče

V České republice působí přibližně 2 150 poskytovatelů sociálních služeb, kteří mají registrováno cca 5 600 sociálních služeb ve 33 druzích. Veřejné výdaje na zajištění těchto sociálních služeb činí 40 mld. Kč. Odborníci se shodují, že se výdaje na sociální služby zhruba každých 10 let zdvojnásobí. Nejčetnějšími registrovanými sociálními službami jsou Pečovatelská služba (717), Odborné sociální poradenství (535) a Domovy pro seniory (531). Nejnákladnějšími jsou pak služby pobytové, tj. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Obecně nejnákladnější a pro pečující osobu také nejrizikovější je neformální, resp. rodinná péče o osobu vyžadující vysokou míru potřeby péče, bez využití sociálních služeb (služeb terénních, ambulantních a odlehčovacích, poradentství apod. Domovy se zvláštním režimem slouží zpravidla pro osoby trpící demencí. Celkově Česká republika disponuje 61 973 lůžky. APSS ČR odhaduje, že aktuální a skutečný převis žádostí se pohybuje přibližně v jedné čtvrtině celkově evidovaných žádostí, tedy přes 20 000 žadatelů. Podle mezinárodní metodiky sledování výdajů na dlouhodobou péči (SHA 2011) se rozlišují dvě skupiny výdajů:

Dlouhodobá zdravotní péče (HC.3), která zahrnuje tři formy:

- lůžková dlouhodobá péče 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 klientům v přirozeném prostředí jejich domova (domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence).

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).

První kvantifikace výdajů na dlouhodobou péči podle nové metodiky SHA 2011 byly publikovány v roce 2017. Podle této metodiky činily v roce 2017 celkové výdaje na dlouhodobou péči 72,2 mld. Kč, z toho 50,4 mld. Kč představovaly výdaje na dlouhodobou zdravotní péči a 21,8 mld. Kč výdaje na dlouhodobou sociální péči. Nejvíce finančních prostředků z kategorie dlouhodobé lůžkové péče bylo v letech 2010–2017 z veřejných rozpočtů vydáno na provoz domovů pro seniory, výdaje na tuto péči činily v r. 2017 celkem 12,9 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. 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.

V Evropě vydávají za dlouhodobou péči nejvíce země, které se soustředí především na formální, tj. institucemi poskytovanou zdravotní péči ve specializovaných zařízeních nebo přímo v domácnostech uživatelů. Jde především o skandinávské státy (Norsko, Švédsko, Dánsko) a také Nizozemsko, jejichž výdaje na dlouhodobou péči přesahují 26 % celkových nákladů na zdravotní péči. V mnoha zemích jižní a střední Evropy
je kladen důraz na neformální péči, tj. péči, která je poskytována zejména rodinnými příslušníky či osobami blízkými. V České republice bylo vyplaceno na dlouhodobou péči z veřejných zdrojů 13 % finančních prostředků vydaných na zdravotní péči, což odpovídá průměru evropských zemí. Výdaje za peněžité dávky (příspěvky na péči, na mobilitu a kompenzační pomůcky) hrazené ze státního rozpočtu se pohybují okolo 27 % celkových výdajů na dlouhodobou péči. Výdaje na péči o dlouhodobě nemocného pacienta v domácím prostředí tvoří desetinu celkových výdajů na dlouhodobou péči.

Výdaje na LCT zdravotní péči

Celkové výdaje na dlouhodobou péči zdravotní dosáhly v roce 2017 výše 50,4 mld. Kč a z nich dlouhodobá lůžková péče tvořila více než čtyři pětiny těchto výdajů. Zahrnuje lůžkovou péči jak v různých typech zdravotnických zařízeních (např. nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, ostatní specializované léčebny, hospice apod.), tak i v rámci poskytovatelů sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře apod.). V roce 2017 byly služby dlouhodobé lůžkové péče financovány především ze státního rozpočtu a veřejného zdravotního pojištění. I když si na nadstandardní ubytování, stravu a některé druhy služeb klienti připlácí i z vlastní kapsy, pro dlouhodobou lůžkovou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou k dispozici pouze výdaje z veřejných zdrojů.

Nejvíce finančních prostředků z kategorie dlouhodobé lůžkové péče bylo v letech 2010 až 2017 z veřejných rozpočtů vydáno na provoz domovů pro seniory, dohromady za osmileté sledované období tvoří částku ve výši 87,2 mld. Kč. Výdaje na péči v uvedených zařízeních pro seniory se v roce 2017 pohybovaly na úrovni 12,9 mld. Kč, tedy je o 28 % více než v roce 2010. Jen pro zajímavost, v roce 2017 bylo na území České republiky 519 domovů pro seniory. Od roku 2010 se výdaje na domácí péči pohybují v rozmezí 12-14 % z celkových nákladů na dlouhodobou zdravotní péči. Kategorie domácí péče zahrnuje služby, které jsou pacientům s chronickým, popř. nevyléčitelným onemocněním včetně hospicové péče poskytovány v domácím přirozeném prostředí. V absolutních hodnotách bylo vynaloženo na domácí péči 7,1 mld. Kč. Výdaje na domácí dlouhodobou péči jsou hrazeny především ze státního rozpočtu (73 %) a zdravotních pojišťoven (27 %). Součástí domácí péče jsou služby agentur domácí péče (nazývané také homecare), které fungují v České republice od roku 1991. Domácí zdravotní péče, tedy ošetřovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče, je určena dospělým i dětským pacientům. Ve všech těchto případech je pak domácí péče pacientovi hrazena z veřejného zdravotního pojištění a vykonává ji v domácím prostředí pacienta kvalifikovaná zdravotní sestra, která dochází k pacientovi domů a provádí pouze zdravotní výkony dle indikace lékaře.

Na ošetřovné člena domácnosti bylo v roce 2017 vydáno ze státního rozpočtu 1,4 mld. Kč, uvedená částka byla vyplacena za 519 594 případů ošetřovného. Výdaje na jeden případ ošetřovného dosáhl 2 700 Kč. Pouze 4 % z celkových nákladů na dlouhodobou zdravotní péči se týkají denní péče. Jedná se především o odlehčovací služby poskytované osobám se

zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Dále jde o denní stacionáře poskytující ambulantní služby ve specializovaném zařízení a centra denních služeb, směřující k posílení samostatnosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci.

Výdaje na LCT sociální péči

Dlouhodobá sociální péče v systému zdravotnických účtů zahrnuje výdaje na služby, které zajišťují pomoc s činnostmi každodenního života, a dělí se na sociální služby (tvoří 11 %) a peněžité dávky (89 %). Obojí je financováno ze státního rozpočtu, ze kterého bylo v roce 2017 vydáno celkem 21,8 mld. Kč. Peněžité sociální dávky zahrnují dávky dlouhodobé sociální péče, a to zejména příspěvek na péči, který byl zaveden v roce 2007. Ten je určen osobám starším 1 roku, které z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby při zvládání základních životních potřeb. Z příspěvku je pak hrazena pomoc poskytovaná osobou blízkou, asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb. Výdaje na peněžité dávky se pozvolna zvyšovaly a pohybovaly se pod hranicí 15 miliard Kč.

Vývoj výdajů na sociální služby dlouhodobé sociální péče pokrýval: **chráněné bydlení, sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby, terapeutické komunity, ostatní.**

Téměř polovina výdajů na sociální služby dlouhodobé péče byla investována do **chráněného bydlení.** V případě sociálních služeb dlouhodobé sociální péče se jedná výhradně nebo převážně o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí ubytování, sociálně terapeutické, výchovné a vzdělávací činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. V roce 2017 bylo celkem na uvedené služby vydáno 2,4 mld. Kč.

Chráněné bydlení je pobytová služba umožňující lidem se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním žít v běžném prostředí domácnosti, resp. nabízí alternativu k pobytu v ústavním zařízení. Hlavním smyslem chráněného bydlení je poskytování přiměřené míry podpory především pro osoby s mentálním postižením, bezdomovce a nemocné seniory. Smyslem služby je motivace k maximální samostatnosti a uznání jejich autonomie jako dospělé role. Zároveň posiluje přirozené sociální vazby a podpůrné sociální sítě, zpravidla v okruhu blízkých osob. Jmenované osoby potřebují individuální podporu v každodenním životě, což z hlediska profesního naplňují pozice sociálního pracovníka, pečovatele nebo asistenta.

Chráněné bydlení je v běžné zástavbě a patří poskytovateli služby. V roce 2017 bylo investováno 1,1 mld. Kč na provoz chráněného bydlení.

Sociální rehabilitace zahrnuje soubor činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osob se zdravotním postižením směřujících k dosažení maximální možné soběstačnosti.

"Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb."

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách)

Sociálně aktivizační služby jsou určeny pro rodiny s dětmi, které žijí v ohrožení sociálního vyloučení. Tato situace se projevuje nepříznivě ve výchově dětí a v socializaci celé rodiny, která není schopna bez pomoci fungovat. Sociální pracovníci i sociální pedagogové tak poskytují individuální sociální pomoc a poradenství s cílem prohlubovat rodičovské dovednosti na cestě k dosažení plné autonomie a svépomoci. Do této služby nepřímo mohou spadat i senioři, kteří žijí ve vícegeneračním soužití v ohrožené rodině nebo zastávají úlohu pěstounů, jíž se jim nedaří naplňovat.

Peněžité 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. Celkové náklady dlouhodobé sociální péče dosáhly v r. 2017 úrovně 35 747 mil. Kč, které zahrnují náklady na všechny služby sociální péče. Tedy:

- domovy pro seniory 12 439 mil. Kč,
- domovy se zvláštním režimem 7 187 mil. Kč,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením 5 590 mil. Kč,
- chráněné bydlení 1 086 mil. Kč,
- týdenní stacionáře 353 mil. Kč,
- osobní asistence 699 mil. Kč,

- pečovatelská služba 2 644 mil. Kč,
- tísňová péče 44 mil. Kč,
- průvodcovské, předčitatelské a tlumočnické služby 56 mil. Kč,
- podpora samostatného bydlení 65 mil. Kč,
- odlehčovací služby 678 mil. Kč,
- ostatní 4 906 mil. Kč.

Pro zachování současné úrovně vybavenosti jednotlivými typy služeb sociální péče po celé sledované období do r. 2050 by se např.: - počet míst v domovech pro seniory do r. 2050 musel zvýšit z 35 596 míst v r. 2016 na 89 146 míst, přičemž největší nárůst kapacity v těchto zařízeních by bylo nutno realizovat do r. 2035; - počet míst v domovech se zvláštním režimem do r. 2050 musel zvýšit z 15 387 míst v r. 2016 na 38 536 míst, přičemž největší nárůst kapacity i v těchto zařízeních by bylo nutno realizovat do r. 2035; - počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, musel zvýšit z 63 701 osob v r. 2016 (jedná se o disponibilní kapacitu pečovatelské služby, tj. okamžitá disponibilní kapacita; celkový počet klientů byl tak např. v roce 2017 celkem 100 700 osob) na 98 613 osob. Nutné a nezbytné zvýšení kapacit služeb sociální péče povede také ke zvýšení počtu zaměstnanců v sociálních službách o 11 000 do roku 2030 a v r. 2050 až 4× více.

Opatření

- Pro odvrácení budoucího kolapsu sociálních služeb je nutné zajistit dostatečnou podporu investic sociálních služeb, a to v souladu s doporučeními Evropské komise pro ČR. Rozpočtovaná částka v rámci státního rozpočtu ČR na r. 2019 pro tento účel ve výši 150 mil. Kč je fatálně nedostatečná.
- Pro umožnění elementárního rozvoje sociálních služeb je nezbytné změnit systém financování tak, aby tento reagoval na nutnou a vzrůstající poptávku po těchto službách a tuto potřebu odrážel i v jejich financování. Současný systém státních dotací je nastaven tak, že udržuje stávající kapacity a neumožňuje průběžně a pružně reagovat na zvyšování poptávky, resp. potřeb.
- Žádné strategické dokumenty ČR na nutnost zvyšování kapacit sociálních služeb nereagují systematicky. Jakékoliv změny, a to i změny jednotlivých prvků celkového systému, jsou pouze dílčí či parametrické. Jinými slovy: Česká republika se chová, jako by se jí popsané prognózy (evropské i národní) netýkaly.

- Současný systém sociálních služeb je nepřátelský vůči soukromému kapitálu, soukromým zdrojům a soukromým poskytovatelům sociálních služeb. Zatímco právě soukromý sektor vykazuje v posledních letech zásadní nárůst kapacit sociálních služeb (a tím reaguje na narůstající poptávku po těchto službách), stávající systém svými regulačními opatřeními, které jsou iracionální a ve srovnání se západní Evropou ojedinělé, jim zabraňuje v přirozeném, a hlavně potřebném rozvoji.

S komplexní rehabilitací souvisí i zahájení kroků k *reintegraci* nemocného, aby se předešlo možným důsledkům v pracovním životě a z toho plynoucích finančních nejistot, ve výchovně – vzdělávacím procesu u dětí, ve struktuře, dynamice a atmosféře rodiny nemocného, v podmínkách bydlení, ve volnočasových aktivitách. Taktéž aby se předešlo stigmatizaci a trvalé sociální izolaci a naopak, aby byla podporována autonomie lidí s dlouhodobým onemocněním. Segregace znemožňuje rozšiřování poznání o individuálních charakteristikách jedinců, tím posiluje striktnost obvykle negativních (nejen myšlenkových) stereotypů, které máme o celé skupině. Sociální postavení se mění nástupem životních fází či fází nemocí. Vnímání odlišností velmi ovlivňují média. Stigmatizace může být důsledkem odlišností jedinců od většiny, jedinec nesplňuje očekávání či požadavky společnosti (většiny). (srov. Etiketizační teorie: nálepkování – labeling).

Potřeby dlouhodobě nemocných

Potřeby mohou být uspokojeny – saturovány, anebo neuspokojeny – frustrovány. Při saturaci jedné potřeby však může paradoxně dojít k frustraci jiných potřeb.

Potřeby sociální (Křivohlavý, 2001):

- potřeba afiliace – sociálního kontaktu – styku s druhými,
- potřeba přátelského vztahu – důvěryhodného člověka,
- potřeba sociálního připoutání (attachment) – vztah matky a dítěte,
- potřeba vzájemnosti – být v něčí péči a o někoho pečovat,
- potřeba sociální komunikace – s někým mluvit, vést rozhovor, sdílet, nejen sdělovat,
- potřeba sociálního porovnávání (komparace) – překračovat omezené individuální možnosti,

- potřeba zajištění sociálního bezpečí – proti nežádoucím útokům (agresi) druhých,
- potřeba spolupráce (kooperace) – překračovat omezené individuální možnosti,
- potřeba kladného sociálního hodnocení (evalvace) - potřeba uznání vlastní hodnoty druhými lidmi, potřeba respektu (úcty), sociálního uznání, pochvaly atp.,
- potřeba sociálního začlenění, zařazení – být přijat druhými lidmi a patřit do zcela určité sociální skupiny,
- potřeba sociální identity – být „někým“ v rámci určité sociální skupiny,
- potřeba lásky – být milován, vážen, uznáván jako člověk sui generis a potřeba někoho milovat.

Potřeby spirituální (duchovní): ryze lidské potřeby krásy a harmonie, spravedlnosti a odpuštění, pravdy a smíření, radosti ze života.

Pro hodnocení potřeb existují výzkumné nástroje, které měří míru a kvalitu potřeb lidí se specifickými potřebami. Např. pro skupinu lidí s duševní nemocí nabízí přehled nástrojů Kalvoda, Nelepová, Probstová (2005), pro geriatrické pacienty Gallo et. al. (2006), pro ohrožené děti a rodiny Matoušek a Pazlarová (2010).
Potřeby člověka jsou individuální, mění se v čase a ve vztahu k prostředí, ve kterém žije. Mezi nejdůležitější potřeby řadí dle mnoha studií senioři především potřebu jistoty a bezpečí, důvěry, stability, lásky, sociálních kontaktů, spolehlivosti a fyzické i psychické pohody. Mnohdy se při snaze seniorům pomoci zapomíná a nerespektuje potřeba autonomie, možnosti svobodného rozhodování za sebe. V popředí by měla stát jistě především důstojnost (např. u seniorů s demencí nelze upřednostňovat autonomii před důstojností) seniora.

Kvalita života dlouhodobě nemocných

„*Je to vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci. Využívá se ke sledování účinnosti komplexně zaměřených psychosociálních a zdravotnických intervencí. Pojem je vymezován a definován různými disciplínami odlišně*“ (Dragomerická, 2013).

Podle Křížové (2005) kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti, a to fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem.

Tab. č. 1: Veenhovenův model čtyř typů kvality života

	Vnější kvality života	**Vnitřní kvality života**
Životní předpoklady	**A vhodnost prostředí** (životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň)	**B životaschopnost jedince** (psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost)
Životní výsledky	**C užitečnost života** (vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce)	**D vlastní hodnocení života** (subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti)

Kvalitu života sledujeme na úrovních: mikro(personální)/mezo(skupiny, populace)/makro (národy).

Mezo rovina měření kvality života zahrnuje hodnocení intervencí a služeb, vede k porovnání a diagnostice potřeb různých skupin a nalezení rizikových a projektivních faktorů ovlivňujících životní situaci sledovaných osob. Odborníci na kvalitu života v medicíně (Musschenga, A., Křivohlavý, J.) hovoří o třech vzájemně provázaných významech termínu kvalita života: kvalita života jako stupeň normálního fungování, kvalita života jako stupeň spokojenosti se životem a kvalita života jako úroveň lidského rozvoje.

2. CO OBNÁŠÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE?

Tato péče je charakterizovaná jako péče v rodině, kde pečovatelé jsou příslušníci rodiny opečovávaného nebo jeho přátelé. Zároveň se ve většině případů jedná o laickou péči bez specifického odborného vzdělání. Jedná se o práci neplacenou, která je vykonávána mimo

pracovní poměr. Poskytování této péče je většinou spojeno s úzkou citovou vazbou mezi pečovatelem a opečovávaným.

Dle odhadů je pouhých 5–10 % z úmrtí v domácím prostředí očekávaných, ostatní jsou náhlá, nečekaná, kdy pacient umírá před příjezdem služby rychlé lékařské pomoci. Data dokládají nízký podíl pacientů v domácí péči a stále přetrvávající trend institucionální dlouhodobé péče především ve zdravotnických službách.

Pokud se člověk stane závislým na péči druhých, přichází vyšší citlivost vůči chování druhých. Lidé jsou často „dotčeni“ tím, že nejsou stálým středem zájmu druhých, současně si uvědomují ztrátu elánu, své prestiže, důležitosti. Narůstá pocit ohrožení, nedůvěry. V případě, že o dlouhodobě nemocného pečuje odborník (zdravotník, pečovatel), musí jej respektovat jako osobnost na jeho nejvyšší úrovni. Předpokládá se tzv. partnerský přístup. Hlavním projevem partnerského přístupu je osobní **zájem o pacienta a jeho biografii**. Příkladem přístupu v odborné práci s klienty, který se právě osobnímu životnímu příběhu věnuje je tzv. narativní přístup (např.: u osob s demencí, s dlouhodobými onemocněními psychickými i fyzickými) anebo tzv. autobiografie. Další vhodný přístup je zaměřený na člověka podle C. Rogerse (Person-centered approach). Formou nedirektivních rozhovorů a za použití projevů empatie, opravdovosti a bezpodmínečného přijetí pacienta lze docílit vysoce personalizovaného vztahu a přístupu k dlouhodobě nemocnému člověku. Opakem je paternalistický vztah, kdy jsou uplatňovány vzorce nadřazeného chování ze strany pečovatele, odborníka atp.

„Za neformální péči je považována ta, která je poskytována osobám mimo sociální a zdravotnická zařízení. Jedná se o péči, jejíž potřeba vznikla v důsledku snížené soběstačnosti způsobené onemocněním, úrazem, postižením (duševním, smyslovým, tělesným) či pokročilým věkem. Neformální péče je v současnosti neplacená, tedy jde o péči, která není vykonávána v pracovním nebo obdobném poměru, tedy taková péče, za kterou není pobírána mzda nebo plat. Neformální pečovatel v ČR může od klienta obdržet část tzv. příspěvku na péči, který klient (objekt péče) může čerpat při splnění zákonem daných předpokladů.“ (Kuzníková, 2017, 56).

Pojmy a legislativa:

Neformální dlouhodobá péče je dlouhodobá péče poskytovaná neformálním pečujícím, tj. osobou blízkou nebo asistentem sociální péče. Při neformální péči jsou využity zdroje, jež jsou opečovávané osobě dostupné v jejím přirozeném sociálním prostředí. **Osoba závislá na**

pomoci jiné osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definována jako osoba, jíž její zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb.

Asistent sociální péče je jinou fyzickou osobou než osobou blízkou, která může poskytovat péči osobě závislé na péči jiné fyzické osoby (Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

- je jím pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku, nevyžaduje se registrace sociální služby
- musí být vždy uveden jako pečující osoba v žádosti o příspěvek na péči
- je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci.
- přijatá částka z příspěvku na péči jako úhrada za poskytnutou péči je v případě poskytování péče asistentem sociální péče osvobozena od povinnosti zdaňování
- jde o osobu účastnou důchodového pojištění z titulu péče o závislou osobu.

Dlouhodobé ošetřovné je jednou z šesti dávek českého systému nemocenského pojištění (novelizace Zákona č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění, § 41):

- je náhradou příjmů ve výši 60 % denního vyměřovacího základu,
- umožňuje osobě pečující zůstat doma v situaci, kdy bude pečovat o člena rodiny, u kterého ošetřující lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace domácí celodenní péči nejméně 30 následujících dní,
- dlouhodobé ošetřovné bude vypláceno po dobu až 3 měsíců v témže případě ošetřování,
- dávka bude poskytována pojištěnci nemocenského pojištění, tzn. zaměstnanci, nebo osobě samostatně výdělečně činné.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006 Sb.) ve výši dané stupněm závislosti – jím se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby. Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku. **Vyhláška č. 505/2006 Sb.** definuje způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby při posuzování stupně závislosti:

- mobility,

- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesné hygieny,
- výkonu fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobních aktivit,
- péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let).

Postup řízení o přiznání příspěvku na péči:

- podání písemné žádosti na předepsaném tiskopisu, žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky ÚP ČR (dle místa trvalého pobytu posuzované osoby),

Součástí žádosti je tiskopis Oznámení o poskytovateli pomoci, kterým může být:

- osoba blízká,
- asistent sociální péče,
- poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb,
- dětský domov nebo hospic,
- krajská pobočka ÚP ČR (sociální pracovník) provede nejprve sociální šetření-zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí,
- krajská pobočka ÚP ČR zašle lékařské posudkové službě příslušné okresní správy sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby (vyšetření posuzujícího lékaře),
- na základě tohoto posudku krajská pobočka ÚP ČR vydá rozhodnutí, zda a v jakém stupni se příspěvek na péči přiznává.

Odhad počtu neformálních pečujících v ČR se zakládá především na počtu vyplácených příspěvků na péči, kde je ve smlouvě uvedeno zajištění péče osobou blízkou. Tento počet je nutno navýšit o další 2 % příspěvků na péči, kde je ve smlouvě uvedena kombinovaná péče. Dále je nutné počítat s neformální péčí poskytovanou bez finanční podpory příspěvku na péči.

Dlouhodobá péče je pro potřeby tohoto tématu vnímána jako kombinace zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby závislé na pomoci jiné osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Mezi poskytovatele dlouhodobé zdravotní péče (Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách) řadíme:

- lůžková zdravotnická zařízení,
- nemocnice následné péče,
- psychiatrické nemocnice,
- léčebny dlouhodobě nemocných,
- hospice,
- ostatní odborné léčebné ústavy, dětské léčebné ústavy,
- lůžka pro pacienty s dlouhodobými chronickými nemocemi v rámci nemocnic (poskytující převážně akutní nebo vysoce specializovanou péči),
- gerontopsychiatrická oddělení,
- domácí zdravotnická péče - agentury domácí zdravotní péče.

Sociální služby dlouhodobé péče (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) zahrnují ve formě terénní, ambulantní, nebo pobytové:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče (SSP),
- služby sociální prevence.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

„Zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“

(§ 1odst. 1 zákona 108/2006 Sb)

U sociálních služeb zákon mimo jiné definuje:

- druh sociální služby (§ 32)

- sociální poradenství,
- služby sociální péče
- služby sociální prevence
    - formu (§ 33)
- pobytová
- ambulantní
- terénní
    - zařízení sociálních služeb (§34)
- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- azylové domy
- domy na půl cesty
- zařízení pro krizovou pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny
- terapeutické komunity
- sociální poradny a sociálně terapeutické dílny
- centra sociálně rehabilitačních služeb
- pracoviště rané péče (pomoc s péčí o dítě s handicapem do sedmi let)
- intervenční centra
- zařízení následné péče
- Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.
    - základní činnosti dané služby (§ 35)
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,

- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- základní sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.
Předmětem zákona je poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování a průkaz osoby se zdravotním postižením.

Osobám se zdravotním postižením se poskytují:

- příspěvek na mobilitu – činí 550 Kč/měsíc,
- příspěvek na zvláštní pomůcku.

Např. max. výše příspěvku na pořízení motorového vozidla je 200 000 Kč. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku je 350 000 Kč (400 000 Kč v případě „plošiny“). Součet vyplacených příspěvků nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč (850 000 Kč v případě „plošiny“).

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením definuje především:

- seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku,
- dovednosti vodícího psa.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Dlouhodobé ošetřovné (§ 41 zákona č. 187/2006 Sb. v platnosti od 1. 6. 2018):

- je určeno jako pomoc rodinám překlenout nepříznivou situaci spojenou s náhlou potřebou poskytovat celodenní péči blízkému v domácím prostředí po hospitalizaci
- je náhradou příjmů ve výši 60 % denního vyměřovacího základu pojištěnce nemocenského pojištění (zaměstnanec nebo OSVČ)
- je nárokem, pokud člověk, o něhož bude pečovat, byl alespoň 7 dní hospitalizován
- je vypláceno po dobu až 3 měsíců v témže případě ošetřování
- je vymezen poměrně široký okruh oprávněných osob s možným nárokem na dávku, tedy nejen blízcí příbuzní. Je také umožněno střídání v poskytování péče s jiným členem rodiny, a to vždy po celých dnech.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi situaci pečujících osob zohledňuje při stanovení podmínky pro to, kdo je a kdo není osobou v hmotné nouzi. Dávky stanovené tímto zákonem jsou:

- příspěvek na živobytí,
- doplatek na bydlení,
- mimořádná okamžitá pomoc.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře definuje mimo jiné:

- přídavek na dítě,
- příspěvek na bydlení,
- pohřebné.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Úhrada zdravotního pojištění se týká pečujících osob, které jsou uvedeny jako poskytovatel pomoci u příspěvku na péči (§ 24 zákona
č. 108/2006 Sb.). Zákon vymezuje tzv. státní pojištěnce, za které stát každý měsíc ze státního rozpočtu uhradí zdravotní pojištění (aktuálně 920 Kč), patří sem osoby pečující o osoby závislé na péči jiné fyzické osoby ve II., III. nebo IV. stupni závislosti.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Náhradní doba pojištění je doba péče o osobu blízkou, která se započítává do důchodového pojištění pečujícím osobám, ačkoliv během péče nejsou zaměstnány ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost. Jde o:

- dobu péče o závislé osoby do 10 let věku v I. stupni závislosti
- dobu péče o závislé osoby na péči jiné fyzické osoby ve II., III. nebo IV. stupni závislosti

Po ukončení péče má pečující osoba nárok na podporu v nezaměstnanosti (ÚP vydá potvrzení o době péče o závislou osobu). Důchodového pojištění jsou účastny osoby pečující o osobu blízkou nebo o osobu žijící ve společné domácnosti.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Součástí zákona je úprava týdenní pracovní doby. Zákon definuje povinnost zaměstnavatele vůči zaměstnanci pečujícímu o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II-IV vyhovět žádosti.

Zákon č. 329/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

Zákon řeší zvýšení odměny pěstouna při péči o dítě závislé na péči jiné fyzické osoby.

Statistické údaje

Výdaje:

V 1. pololetí 2019 bylo na dávkách státní sociální podpory v ČR vyplaceno kolem 288 mld. Kč (tzn. 48 mld. Kč/měsíc), z toho 13,7 mld. Kč byly příspěvky na péči (tzn. 2,3 mld. Kč/měsíc). Téměř 80 % celkových výdajů tvoří dávky důchodového pojištění.

Příjmy

Příjmem do státního rozpočtu na tyto výdaje je pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na politiku zaměstnanosti. Zaměstnavatel je z titulu účasti svých zaměstnanců na pojištění povinna platit pojistné, které činí 25 % z úhrnu vyměřovacích základů svých zaměstnanců. Toto pojistné se skládá z pojistného na nemocenské pojištění - 2,3 %, z pojistného na důchodové pojištění - 21,5 % a z příspěvku na státní politiku zaměstnanosti - 1,2 %. V 1. pololetí 2019 byl příjmem do státního rozpočtu 266 mld, Kč, o 20 mld. Kč vyšší než v 1. pololetí 2018.

Výdaje vs. příjmy

Rozdíl mezi výdaji na dávky sociálního pojištění a příjmy z pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na politiku zaměstnanosti je 22 mld. Kč za 1. pololetí 2019. Tuto částku je tedy nutné doplnit z jiných příjmů do státního rozpočtu. V roce 2017 tvořily souhrnné (zdravotní i sociální služby) výdaje na dlouhodobou péči 72,2 mld. Kč, to je 18,6 % z běžných výdajů na zdravotní a sociální péči v ČR. 50,4 mld. Kč se týkalo dlouhodobé zdravotní péče, 21,8 mld. Kč spadalo na dlouhodobou sociální péči. Z peněžitých dávek tvoří příspěvek na péči 90 %, příspěvek na mobilitu 6 % a příspěvek na zvláštní pomůcky 4 %. V roce 2017 bylo vypláceno 353 tisíc příspěvků na péči, z toho v 75 % byla péče zajištěna osobou blízkou, 13 % tvořila výhradně péče registrovaných poskytovatelů a 2 % je péče kombinovaná. V ČR má přibližně 2 150 poskytovatelů sociálních služeb zaregistrováno více než 5 500 sociálních služeb ve 33 druzích. Pro neformální pečovatele jsou nejvýznamnější služby terénní, ambulantní, případně odlehčovací pobytové služba. Nejpočetněji jsou z terénních a ambulantních služeb zastoupeny Pečovatelská služba (717 v ČR, v JMK 57), Odborné sociální poradenství (536 v ČR, v JMK 58) a Osobní asistence (217 v ČR, v JMK 20).

Tab. č. 2: Vybraná zařízení sociálních služeb: územní srovnání za období 31. 12. 2018
(Zdroj: Data z Veřejné databáze ČSU, pramen: Ministerstvo práce a sociálních věcí)

Zařízení sociálních služeb	**Česká republika**	**Hlavní město Praha**	**Jihomoravský kraj**
Centra denních služeb	82	7	12
Denní stacionáře	264	27	26
Týdenní stacionáře	51	5	7
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	204	8	19
Domovy pro seniory	525	32	47
Domovy se zvláštním režimem	341	21	40
Chráněné bydlení	210	15	25

Tab. č. 3: Počet míst ve vybraných zařízeních sociálních služeb: územní srovnání za období 31. 12. 2018 (Zdroj: Data z Veřejné databáze ČSU, pramen: Ministerstvo práce a sociálních věcí)

Zařízení sociálních služeb	**Česká republika**	**Hlavní město Praha**	**Jihomoravský kraj**
Centra denních služeb	-	-	-
Denní stacionáře	-	-	-
Týdenní stacionáře	820	168	144
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	11 999	437	1 137
Domovy pro seniory	37 048	2 707	2 732
Domovy se zvláštním režimem	20 075	1 176	3 262
Chráněné bydlení	4 104	233	341

Shrnutí některých vývojových ukazatelů:

- Podíl seniorů se z 13,8 % v roce 2000 zvýšil na 18,8 % v roce 2017.
- Počet lidí, kteří poskytují neformální péči, je v České republice odhadován na 300 000.

  Téměř dvě třetiny dlouhodobé péče jsou u nás poskytovány ženami ve věku 35-64 let, tedy v tzv. produktivním věku.
- Jedna pětina českých rodin, tzn. 240 tisíc rodin, řeší péči o nejstarší členy domácnosti (nejčastěji rodiče), 50-60 tisíc rodin v ČR pečuje o dítě s handicapem.
- Stárnutí populace je obecný jev států EU.
- V 1. pololetí 2019 bylo na dávkách státní sociální podpory v ČR vyplaceno kolem 288 mld. Kč, o 20 mld. Kč více než v 1. pololetí 2018. Téměř 80 % celkových výdajů tvoří dávky důchodového pojištění.
- Stárnutí populace přináší zvýšení počtu osob, které péči potřebují, tím narůstá i skupina neformálních pečujících.

- Výdaje na dlouhodobou péči byly v roce 2017 72,2 mld. Kč, tzn. růst výdajů o 1/3 oproti roku 2010.
- Z peněžitých dávek státní sociální podpory tvoří 90 % příspěvek na péči. Z toho v 75 % byla péče zajištěna osobou blízkou (tzn. neformální péče).
- 70% příspěvků na péči je vypláceno osobám starším 65 let, 8,5 % (30 tisíc příspěvků) je vypláceno osobám mladším 18 let.
- Na území ČR bylo k 1. 8. 2019 1232 poskytovatelů domácí zdravotní péče.
- Z 5 500 sociálních služeb zaregistrovaných v ČR jsou v oblasti terénních a ambulantních sociálních služeb nejvíce zastoupeny Pečovatelská služba (717 v ČR, v JMK 57), Odborné sociální poradenství (536 v ČR, v JMK 58) a Osobní asistence (217 v ČR, v JMK 20).
- Pro neformální péči jsou dále významná Centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře (397 v ČR, 39 v JMK), a to jako služba pravidelná nebo odlehčovací.

Informace o poskytování neformální péče v ČR lze čerpat z modulu šetření SILC (šetření s názvem – European Union – Statistic on Income and Living Conditions EU – SILC, 2010). V České republice bylo na základě šetření zjištěno celkem 230,6 tis. neformálních poskytovatelů péče, tj. 2,7 % populace starší 15 let. 70 % z nich jsou ženy ve věku 55–64 let. Zhruba v 69 % případů má domácnost poskytovatelů neformální péče problém vyjít s příjmy. Co je však alarmující, tak celkový objem hodin poskytnuté neformální péče odpovídá zhruba 190 tisícům plných pracovních úvazků. Z uvedeného vyplývá, že poskytování dlouhodobé péče stojí převážně na neformální péči. Tato oblast by měla být centrem zájmu při plánování koncepcí LTC. Věnování pozornosti neformálním pečovatelům je potenciálně ideálním řešením pro všechny. Přínos podpory neformálních pečovatelů:

- pro příjemce péče, kteří preferují neformální péči ze strany rodiny a přátel
- pro pečovatele, kteří nesou ekonomické, zdravotní a sociální důsledky dobrovolně, tj. z náklonnosti nebo pocitu závazku
- pro veřejné finance, protože podpora neformální péče může pomoci zvýšit dostupnost formální dlouhodobé péče.

Oblast podpory pečovatelů v řešení otázek rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem. V porovnání s rodičovskou dovolenou, která je běžně dostupná a téměř ve všech zemích OECD placená, jsou podmínky dovolené na péči přísnější. Vzhledem k očekávanému růstu potřebnosti poskytování dlouhodobé péče byl České republice po vzoru Rakouska

prosazen institut tzv. dlouhodobého ošetřovného. Umožňuje v případě náhlé potřeby péče o osobu blízkou příbuzným zorientovat se v nové situaci a pomoct při udržení kvality života pečovatele. Podpora je ve formě dávky ve výši 60 % denního vyměřovacího základu.

Přestože rodinní pečovatelé tvoří páteř systému, všechny země OECD potřebují dobře fungující formální systém dlouhodobé péče. Je tedy zapotřebí institucionální profesionální péče, profesionálních služeb domácích i komunitních.

Pečující osobou je nejčastěji manželský partner, partnerka, děti a jejich partneři. Nejfrekventovanějším případem je pečující manželka a dcera, převážně pečují o osobu blízkou samy bez pomoci okolí. Jsou vystaveny následujícím kritickým momentům osobní péče:

- vlastní zdravotní problémy pečujících, včetně psychických problémů,
- osamělost.

Sociální izolace, souvisí rovněž s následujícím faktem:

- dlouhodobá osobní péče je minimálně podporována státem či obcemi, ani komunitní péče dosud není připravena pomáhat lidem poskytujících dlouhodobou péči v domácím prostředí, jde o zásadní nedostatek,
- trauma související s předáním blízkého člověka do institucionální péče, jde o kritický moment rozhodování o blízké osobě.

Rodinná péče o staré lidi má podobu *„opatrovnické nebo podpůrné pomoci či služby vykonávané pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat“.* Má několik specifických rysů:

- péče je prožívána jako práce z lásky, kdy práce musí pokračovat i když láska klopýtne, obsahuje emoce a pevné sepětí mezi opečovávanou a pečující osobou,
- zahrnuje péči nejen o „zdravou rodinu“, ale i o potřeby dalších členů rodiny, osoby s postižením, nemocného partnera, dítě,
- zkušenost s nikdy nekončící prací, která je vidět jen když není udělána,
- má izolující charakter jak pro pečujícího, tak pro opečovávaného,
- zahrnuje oblasti zdravotnickou, sociální, emocionální.

Dlouhodobá péče o starého člověka je jen částečně pokryta zdravotnickými systémy, které jsou využívány především v akutních fázích, vzplanutích nemocí, zhoršení zdravotního stavu,

pokud již není bezprostředně nemocný/senior ohrožen na životě a zdraví, vrací se zpět do domácího prostředí a je na sociálním okolí, aby zajistilo podmínky pro návrat.
Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které starý člověk vyžaduje, rozlišujeme tři stupně péče:

- **subsidiary care** – podpůrná péče, je důležitá, ale časově, fyzicky a psychicky méně náročná. Zahrnuje finanční podporu, zajištění oprav v domácnosti, dopravu k lékaři, organizační pomoc a umožňuje setrvání seniora ve svém přirozeném prostředí
- **impersonal care** – neosobní péče, zahrnuje činnosti a aktivity související s péčí o domácnost, vaření či doprava stravy, úklid, péče o prádlo. Péče je pravidelná, častá, časově náročnější a vyžaduje cykličnost (nelze ji odkládat). Zahrnuje složku materiální a emocionální. Tuto formu péče může zajistit i služby agentury domácí péče.
- **personal care** – osobní péče, je nejnáročnějším stupněm péče o osobu se sníženou soběstačností. Činnosti jsou časově náročné, intenzivní, nepřetržité. Zahrnují péči intimní, péči o hygienu, oblékání, stravování, pohyb / polohování… Osobní péče vyžaduje pravidelnost, odpovědnost, vytrvalost a obětavost. Není-li možné ji zajistit formou neformální péče (rodinné péče), je možné ji poskytnout pouze formou institucionální.

Dle Roubala (2012) čítá populace závislá na dlouhodobé pomoci v ČR přibližně 400 000 osob. Téměř všechny osoby s problémy s ADL/IADL jsou chronicky nemocné (hypertenze, onemocnění pohybového aparátu-artritida, osteoporoza, bolesti zad, mají následky infarktu, trpí demencí a Alzheimerovou chorobou. Třetina těchto osob pobývá v institucionální péči. Přibližně 70 000 pacientů ve zdravotnických zařízeních, 60 000 klientů pobývá v zařízeních sociálních služeb. Dvě třetiny těchto osob jsou v domácnosti, přičemž 25 % z nich žije samo v domácnostech. Ne všichni mají příspěvek na péči.
Stěžejním cílem komplexních komunitních služeb (integrované komunitní péče) je udržet co nejdéle seniory v přirozeném domácím prostředí při co nejdelším zachování nejvyšší možné úrovně zdraví, soběstačnosti a autonomie. Tento cíl je možné zajistit existencí flexibilní sítě služeb v dané komunitě a jejich plynulou návazností.

Dle OECD je klíčovým momentem zahájení komunitních služeb LTC:

- dobrá spolupráce s praktickými lékaři na posuzování funkčních schopností klienta
- jednotnost kontaktního místa a jeho dostupnost, kde klienti a jejich rodiny získají informace a poradenství.

Opatření pro podporu rodinných pečujících v EU

- finanční podpora pečujících,
- podpůrné služby pečujícím: služby home care (jde o rozvinutý systém placené péče v rodinných podmínkách, problémem může být jejich dostupnost či dosažitelnost), respitní/odlehčovací služby (poskytovány především neziskovými a charitativními organizacemi, případně službami sociální péče, jde o dočasnou úlevu od pečovatelských povinností, může mít formu denní či krátkodobou institucionální), nárok na dovolenou, právo na posouzení potřeb pečujících,
- kurzy, poradenství a podpůrné skupiny pro pečovatele,
- společenské změny,
- psychosociální pomoc a podpora pečujícím,
- osobní podpora pečovatele.

Koncept sdílené péče

Pro pochopení role neformální péče v systému dlouhodobé péče je důležité nezabývat se jen neformální péčí samostatně, ale zaměřit se také na vzájemný vztah mezi formální a neformální péčí. Na péči se může podílet rodina se službami sociální péče, v případě potřeby i se službami zdravotní péče. Tato péče je chápána jako náhrada institucionalizace, spěje ke komunitnímu modelu dlouhodobé péče.

Hlavními předpoklady jsou:

- Pracovat na sobě a revidovat zaběhlé postupy,
- Přijímat zpětnou vazbu,
- Poskytovat zpětnou vazbu,
- Ochotě slyšet (na) jiný názor,
- Uvědomovat si cíle spolupráce,
- Respektovat různorodost kolegů, každý má svou pravdu.

V České republice je nutný rozvoj koncepce, kterou EU označuje jako „Politiku aktivního stárnutí“ (PAS). Důležitým pojmem je prevence potřeby dlouhodobé péče. Jako primární prevence potřeby dlouhodobé péče by mělo být chápáno zabránění progrese potřeby

dlouhodobé péče v domácím prostředí s cílem pokusit se navrátit původní míru soběstačnosti jedince. Sekundární prevence by měla být zaměřena na podporu a udržení míry soběstačnosti s cílem zabránit potřebě institucionální péče. Terciární prevencí je zabránění opětovnému zhoršení zdravotního stavu a zdravotní kondice v souvislosti s opětovným využitím institucionálních zdravotně sociálních služeb.

Klíčovými jsou pojmy soběstačnost a samostatnost. Samostatnost je schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí pomoci. Soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL – Instrumental activities of daily living) je schopnost vykonávat běžné úkony každodenního života (doprava, nákup, zacházení s financemi, péče o domácnost, péče o prádlo atd.). Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách (ADL – activity of daily living) znamená schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony (najíst se, oblékat se, vykonat hygienickou péči, péči o vyprazdňování, přesunout se z místa na místo). Jde o schopnost obejít se bez pomoci v péči o vlastní osobu. Míra nesoběstačnosti (Disability rates) určuje tu část populace, kteří pravděpodobně potřebují služby dlouhodobé péče. Parametr je definován jako závislost alespoň v jedné ze základních aktivit denního života a byl vymezen na základě výzkumu SHARE v EU. Míra závislosti (Dependency rate) je indikátor, který určuje míru péče. Je zřejmé, že tato potřeba může být uspokojována jak poskytováním neformální péče (která dosud ve většině evropských zemí představuje většinu), tak různými službami financovanými také z veřejných rozpočtů.

Denní chleba pečujícího

Asi všichni dlouhodobě pečující slyšeli alespoň jednou (kéž by jen jednou) věty typu: „To se tak někdo má, když může být celý den doma… Vždyť vy vlastně nic neděláte, když se jenom staráte o maminku.“ Domácí neformální péče byla donedávna téměř neviditelná. Teprve v posledních letech se pojem „neformální pečující“ dostává do legislativy, a tím i do hlav politiků a úředníků. Práce pečujícího prostě není stále společensky příliš ceněna. Opravdového uznání se pečující dočká jen od nejbližších a těch, kteří ví. Pro většinu ostatní společnosti je v lepším případě ten, který „jenom pečuje“ (i když „já bych to nezvládl(a)“), v horším případě „zneužívač dávek“.

Dlouhodobé pečování o člena rodiny výrazně mění její fungování, dříve či později je celý chod domácnosti a fungování všech členů rodiny podřízeno potřebám péče. Ženy tvoří 80 – 90 %

pečujících osob. Tedy další přitěžující faktor – ženy obecně disponují menší fyzickou silou. Přesto jsou to ony, kdo v této valné většině převracejí, zvedají, polohují, oblékají, přesazují… Ano, některé ženy mají značnou sílu. Osud se však při nadělování nutnosti péče neptá. A neptá se ani na další dispozice pečujícího. Společnost však má stále zato (myšlenkový stereotyp), že „žena je k péči lépe předurčena než muž“, „zvládne péči lépe“, „umí to a vlastně pečuje ráda“. To, že péče obnáší i náročnou fyzickou složku je okolím buď přehlíženo, nebo zlehčováno. Žena zůstává doma s opečovávaným, zatímco ostatní členové rodiny fungují „normálně“, chodí do práce, školy, za zábavou, pěstují své koníčky… a také mezilidské vztahy. Žena-pečující se po čase začne odcizovat také svým přátelům.

I žena-neformální pečovatelka jde občas s kamarádkou na kafe. Po pátém setkání zjistí, že si už nemají co říct. Zatímco kamarádka nepečuje a nikdy nepečovala, hovoří o dovolené s přáteli, koníčcích, zaměstnání, nové známosti, naše žena-neformální pečovatelka kontruje povídáním o plenách, odsávačce, nové antidekubitní podložce a nočním polohování. Kdo nezažil, neuvěří. Dlouhodobá péče zásadně ovlivní celou rodinu – i když se ostatní členové snaží „uhájit si svoje soukromí“. Postupem času se může projevovat zdánlivě paradoxní situace, kdy ostatní členové rodiny začnou „žárlit“ na péči. Ocitají se totiž na vedlejší koleji, manžel i děti. Pokud se ženě-pečující podaří přece jen péči více „přerozdělit“ a zapojit ostatní, tím lépe pro všechny.

Veškeré lidské konání má počátek i konec. Stejně tak jako jednoho dne vyvstala potřeba péče, jednoho dne péče končí. Zde stojí za zmínku zajímavý poznatek: pečující na otázku „Co je pro vás na péči nejtěžší?“, hodně často odpovídají, že nevidí konec. Neví, jak dlouho bude péče trvat, kdy a jak skončí. Pro lidskou psychiku je důležité vidět na konec, mít i těžký čas nějakým způsobem ohraničený. Ukončení péče není jednoduchou záležitostí. Kromě méně častých případů, kdy se stav opečovávaného zlepší a není potřeba péče, nastupují u pečovatele téměř vždy negativní pocity. Druhým neméně těžkým krokem je péči předat. Je přirozené, že blízké osoby se v důsledku péče ještě více sblíží (to nepopírá předchozí odstavec). Reálným problémem ale může být přílišná vzájemná fixace, kdy pečující přestane vnímat svoje potřeby a svou identitu spojí s osobou opečovávaného. Hodně pečujících péči neukončí právě z důvodu „vítězství citu nad rozumem“.

Mladých pečujících najdeme opravdu málo. Tato „sociálně neviditelná skupina“ je z velké části obsazena střední generací a seniory. Je jistě pozitivní, že se dnes lidé dožívají stále vyššího věku. Stinnou stránkou delšího života je prodlužování doby nesamostatnosti, a tedy potřeba péče druhé osoby. Tento vývoj způsobuje, že přibývá seniorů, kteří pečují o své rodiče. Někteří pečující říkají, že je pečování „drží při životě“, mají motivaci a vůli k aktivitě, která je udržuje v kondici. Ano, to může být pravda. Zejména pro (pečující) seniory je důležité „pro něco žít“,

dávat životu smysl, vědomí, že je někdo potřebuje. Neformální péče nutí člověka k aktivitě a dodržování denního řádu. To jsou faktory, které mohou na člověka působit pozitivně. Neformální péče bývá ale dlouhodobá, soustavná, náročná, vyčerpávající. Ano, existují odlehčovací služby, kam lze opečovávaného umístit třeba i na několik týdnů. Těchto služeb je velký nedostatek, a tak poptávka výrazně převyšuje nabídku. Nehledě na další komplikace, jakými jsou dlouhé čekací lhůty, takže touto formou lze řešit jen hodně dlouho dopředu plánovaný odpočinek (dovolenou pečujícího). Složitá je také příprava opečovávaného na změnu prostředí, péče, byť se jedná o přechodnou dobu. Hodně opečovávaných má panickou hrůzu z hospitalizace, umístění do domova… prostě z odchodu z domácího prostředí. Nehledě na to, že náhlá změna prostředí a péče se může skutečně projevit zhoršením jeho zdravotního stavu. Také pečující mohou zažívat protichůdné pocity – potřeba vlastního odpočinku a zároveň výčitky, že tím péči „zanedbávají“. Tříměsíční pečovatelské volno, které bylo do systému zavedeno v polovině roku 2018, je jistě krok správným směrem. Řeší ale jen počáteční fázi péče nebo péči krátkodobou.

Další komplikace je nesladěnost systémů zdravotní a sociální péče. Dnes jsou začínající pečující odkázaní na štěstí, zda jim personál v nemocnici poskytne potřebné informace, vhodně je nasměruje na další pomoc, či mají „hodného pana (praktického) doktora“, který jim dá potřebný kontakt. Zkušený, kvalifikovaný pracovník, který by měl tyto úkoly na starosti, však v zdravotně-sociálním systému chybí. V reálu záleží na ochotě, osvícenosti a zkušenosti zaměstnanců zdravotnických zařízení a pracovníků obecních úřadů, kteří tento „nadstandard“ pečujícímu poskytnou „nad rámec svých povinností“. Pečujícím chybí informace, případně nějaké „kontaktní místo“, kde by se dozvěděli vše potřebné. Pečující má pouze jednu sociální výhodu, pokud pečuje o člověka ve II. a vyšším stupni závislosti, roky péče se mu započítávají jako odpracované roky do nároku na starobní důchod.

Někteří pečující samozřejmě mohou chodit do práce. Otázkou je, jak dlouho „dvousměnný provoz“ vydrží. Ano, péče o vážně nemocného člověka je svojí náročností plnohodnotné zaměstnání! Málokterý zaměstnavatel však tuto skutečnost zohledňuje. Neformální domácí péče je pro stát vždy levnější než péče institucionální. Pečující tedy, kromě jiného, šetří peníze státu. A tak by tomu bylo i v případě vyplácení dávky pro pečujícího.

podle trvalého bydliště pacienta.

Zaznamenej do tabulky, v čem shledáváš rozdíl v pečovatelské činnosti z pohledu zdravotnického a z pohledu sociálního.

Tab. č. 4: Rozdíly v péči

Pohled zdravotnický	**Pohled sociální**
1.	
2.	
3.	
4.	

Zdravotnický pohled: Lékaři sami vyhovující informace o možnostech péče v domácím prostředí většinou nemají, toto je v kompetenci zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici. Nemocnice dle zákona o zdravotních službách nemůže propustit pacienta, který se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen obejít bez pomoci další osoby, bez předchozího včasného vyrozumění osoby, která tuto péči zajistí. Není-li tato péče zajištěna, poskytovatel zdravotní služby o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností

Sociální pohled: Pečující mohou využít sociální služby jako je například osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, denní stacionáře a další pro sdílenou péči – ne pro sebe, ale přenést část péče na organizace poskytující sociální služby. Pečující nemá v našem systému žádnou dávku určenou pro krytí svých potřeb. Sladění péče a práce většinou není možné, i když by zaměstnavatel měl vyjít pečujícímu vstříc a umožnit například práci na zkrácený úvazek, většinou nevyhoví. Stejně tak práce na dálku, která by pečujícím vyhovovala, není v našich podmínkách obvyklá. Za splnění určitých podmínek je pečující zdravotně pojištěn (platí stát) a stejně tak je účasten sociálního a důchodového pojištění. Péče je započítána jako práce pro účely pobírání podpory v nezaměstnanosti.

Co může pomoci pečujícímu přímo či zprostředkovaně?

- dávky státní sociální podpory,
- dávky hmotné nouze (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc (za splnění určitých podmínek – hrozí újma na zdraví, je nárok, i když žadatel není osobou v hmotné nouzi),
- dlouhodobé ošetřovné (klasické ošetřovné se však vyplácí po dobu max. 9 kalendářních dnů, je možné čerpat při náhlém zhoršení zdravotního stavu osoby, které si vyžádalo minimálně sedmidenní hospitalizaci a předpokládá se potřeba celodenní péče v domácím prostředí nejméně dalších 30 dnů. Dále je nutný souhlas ošetřovaného s pečujícím. Pečující musí být účasten nemocenského pojištění. Po dobu péče není přípustná žádná výdělečná činnost, pečující se mohou v péči střídat. Dávka činí 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu max. po dobu 90 kalendářních dnů),
- příspěvek na péči – jde o dávku, která náleží příjemci péče, tedy tomu, kdo péči potřebuje, často je využit na pokrytí plateb za profesionální péči a na pečujícího již finance nejsou, byť by na ně pečující z titulu poskytování péče nárok měl, při posuzování uznání příspěvku na péči se pohlíží na možnosti zvládnutí základních životních potřeb,
- průkaz osoby se zdravotním postižením (OZP),
- invalidní důchod (ID) – jde opět o dávku pro pečovaného, i když nezřídka v ID končí i pečující,
- jiné (pomůcky, příspěvky nadací, ...), opět ale jde o podporu oklikou, přes pečovaného.

Domácí neformální péče má smysl. Opečovávanému prodlužuje a zkvalitňuje život. Pečujícímu dává možnost prostřednictvím péče přehodnotit své životní priority, nově zakotvit svůj život v jeho hlubším poznání, získat nové zkušenosti a dovednosti. Ostatním lidem ukazuje „dobrý příklad“ mezilidské solidarity.

3. CO OBNÁŠÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE VE VYBRANÝCH STÁTECH EVROPSKÉ UNIE?

Velká Británie:

V případě, že se jedinec dostane do vážné životní situace, měl by nejdříve pomoci trh a rodina. Role neformálních pečovatelů je tedy v liberalistické Británii nezastupitelná.

Systém sociálního pojištění a podpory

Samotný systém sociálního zabezpečení tvoří ve Velké Británii příspěvkové, nepříspěvkové a na příjmu závislé dávky. Příspěvkové dávky jsou zajišťovány Fondem národního pojištění a financují se z povinných příspěvků na pojistném, které se odvozují od příjmů zaměstnanců, a platí je většina pracovníků a zaměstnanců. Dávky jsou převážně paušální a používají se na pokrytí výdajů spojených se stářím, nemocí, mateřstvím, nezaměstnaností a ztrátou partnera. Nepříspěvkové dávky se hradí z daní a vztahují se například k invaliditě nebo počtu dětí v rodině. Poslední dávky závislé na příjmu jsou náhradou příjmu. Hradí se z veřejných daní a zastávají funkci záchranné sítě. Základní státní důchod je fixní, nezávisí na výši příjmu během života a je základní složkou příjmů každého seniora. Nárok na něj vzniká automaticky po splnění dvou podmínek, a to dosažení předepsaného pojištění minimálně 30 let a věkové hranice pro odchod do důchodu, která je u žen stanovena na 60 let a u mužů na 65 let (Gola 2011). Během produktivního věku odvádí Britové ze svého příjmu sociální pojištění, které je jedním z nejnižších v Evropské unii. Díky nízkému sociálnímu pojištění je také státní penze v Británii nízká.

Systém sociálních služeb

Za doručování dávek pojištěncům zodpovídá Ministerstvo práce a důchodů, které dále zajišťuje podporu a konzultace pracujícím důchodcům, rodinám a dalším. Na úrovních místní správy je systém sociálních služeb spravován místní vládou složenou z rad hrabství a menších okrskových rad. Ve městech mají stejný úkol na starost městské okrsky. Místní správní orgány však většinou samy neposkytují sociální služby, ale častěji uzavírají smlouvy o poskytování sociálních služeb se subjekty činnými v soukromém či dobrovolnickém sektoru. Role místních správních orgánů spočívá zejména v regulaci a kontrole kvality poskytovaných služeb jak veřejnoprávními subjekty, tak soukromým sektorem. K tomuto účelu zřizují tzv. registrační týmy, které mají kontrolu na starost (Koldinská 2004: 65).

Legislativní situace v neformální péči

V roce 1999, kdy byl přijat dokument „Národní strategie pro pečující“ („National Strategy for Carers") obsahující program na podporu neformálních pečovatelů (Goverment UK 1999). V roce 1999 byla také publikována zpráva „Královské nařízení pro dlouhodobou péči“ („Royal Commission on Long Term Care“) navrhující podpůrná opatření pro pečující (Pickard 2001: 442). V roce 2004 byl vydán Zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby („Carers (Equal Opportunities) Act“), jehož cílem je zakotvit podporu neformálních pečovatelů a zajistit, aby pečující osoby byly uznány veřejnými orgány jako cílová skupina sociální politiky. Pečující osoby mají být informovány o svých právech a potřebách v oblasti vzdělávání, trhu práce a volnočasových aktivit. Podle zákona mají pečovatelé mít stejné životní šance a příležitosti jako ostatní. V praxi to znamená, že místní správa má podporovat informovanost pečujících osob na veřejných místech jako v ordinacích praktických lékařů, v knihovnách, supermarketech, školách, komunitních centrech i na internetu. Místní správa má také zajišťovat rovnocenný přístup k práci, vzdělání a volnočasovým aktivitám (Carers (Equal Opportunities) Act 2004).

V roce 2014 následně dosavadní zákony rozšířil nový Zákon o péči („Care Act“), který se zaměřuje na přístup lokální správy k posouzení závislých osob a jejich pečovatelů, kritériím determinující nárok na podporu, novým povinnostem místní správy a financování pobytových zařízení a komunitních služeb. Nově se místní správa nevěnuje pouze uživatelům služeb pro pečovatele, ale je její povinností rozvíjet a podporovat kvalitu života všech pečujících osob. Zároveň uživatelům nebo potenciálním uživatelům služeb péče je místní správa povinna umožnit přístup k nezávislému finančnímu poradenství, jež je financováno z lokálních prostředků. Zvyšují se také práva a možnosti pečovatele při odvolání proti výsledku posouzení (Care Act 2014). Tento zákon také zahrnuje obecnou definici pečovatele jako „dospělé osoby, která poskytuje či se chystá poskytovat neplacenou péči jiné dospělé osobě vyžadující péči.

Tato politika je také výhodná pro státní pokladnu, protože ročně ušetří zhruba £119 miliard (přibližně 3,98 biliónů Kč) vynaložených na péči o závislé osoby, kdyby byly umístěné v institucionálním zařízení.

Počty pečujících osob jsou v Británii sledovány při sčítání lidu. Pečující ve Velké Británii tvoří nemalou část společnosti (celkem 6,5 milionu obyvatel), což znamená, že každý osmý dospělý člověk5 (nad 18 let) pečuje o osobu blízkou (Carers UK 2014a: 1-2). Odhaduje se, že v roce 2037 bude ve Velké Británii 9 milionů pečovatelů.

Přes 1,4 milionů pečovatelů poskytuje neplacenou péči více jak 50 hodin za týden. Majoritní část pečujících osob tvoří lidé v produktivním věku, více jak 2 miliony obyvatel jsou pečovatelé ve věku 50-64 let. Rozložení mužů a žen mezi pečovateli je celkem vyrovnané. Ženy lehce

převažují se zastoupením 58 % pečovatelů a muži tvoří 42 % (Carers UK 2014a: 1). Při srovnání podle počtu hodin je již rozdíl mezi zastoupením markantnější. Pokud bereme v úvahu pouze pečovatele pobírající příspěvek pro pečovatele, tedy pečující více jak 35 hodin týdně, tak zastoupení žen vzroste na 73 % z této skupiny. Z nich pečují převážně ženy ve středním věku (NHS 2010). Přes 45 % z pečujících musí v Británii opustit práci, aby mohlo pečovat o svého rodinného příslušníka či jinou blízkou osobu. Celkem dvě třetiny pečujících zaznamenává u sebe depresi a zhoršení svého psychického stavu na základě pečování.

Přehled nástrojů a opatření

Další oblasti podpory pečujících přináší trh práce a zaměstnavatelé, kteří se snaží si udržet kvalifikované pracovníky z řad neformálních pečovatelů. Jiná významná oblast pomoci se věnuje informovanosti a vzdělávání pečujících osob. V neposlední řadě mohou pečující osoby využít také nabídky sociálních a zdravotnických služeb.

Nejvýznamnější dávkou pro neformální pečovatele je tzv. příspěvek pro pečující osoby („Carer´s Allowance“). Tento příspěvek je určen pro hlavní pečující o osoby se znevýhodněním. Příspěvek pro pečující může získat pouze jedna osoba v případě, že existuje více osob pečujících o jednu závislou osobu. Za osobu se znevýhodněním se považují ti, kdo pobírají příspěvek na péči („Attendance Allowance“) nebo invalidní důchod („Disability Living Allowance“) nebo příspěvek pro dlouhodobě nemocné („Personal Independence Payment“).

Dávku mohou pobírat i pečující osoby, které nejsou příbuzné a nežijí v jedné domácnosti se závislou osobou. Podmínkou je minimální věk 16 let, dokončené vzdělání8, výdělek pečovatele nižší než £102 týdně (3 367 Kč) a poskytování péče více než 35 hodin týdně (GOV UK 2014).

Příspěvek pro pečující osoby v Británii podléhá zdanění jako většina státních benefitů (penzijní pojištění, dávka v nezaměstnanosti a další). Příjem britské domácnosti však mohou kompenzovat další dávky určené pro opečovávané osoby jako příspěvek na péči pro závislé osoby („Attendance Allowance“) odpovídající českému příspěvku na péči, který zdanění nepodléhá.

Pečovatelé mohou nepřímo využít jednu z dalších dávek, které jsou primárně určené pro opečovávané osoby jako příspěvek na péči („Attendance Allowance“), invalidní důchod („Disability Living Allowance“) nebo příspěvek pro dlouhodobě nemocné („Personal Independence Payment“). Další dávky jsou určené pro osoby s nízkým příjmem, kde pečovatelé mohou pobírat příspěvek na bydlení („Housing Benefit“).

Sumární částka všech vyplácených dávek státem však nesmí přesáhnout hranici maximální výše. V Británii totiž existuje finanční strop (Benefit cap), který určuje maximální možnou výši

výplaty, kteroumohou lidé ve věku 16-64 let od státu za souhrn dávek obdržet. Týdně je cena udána £500 pro rodiče s dětmi či páry bez dětí a £350 pro samoživitele žijící bez dětí (GOV UK 2014).

Příspěvek pro pečující by měl tento pokles příjmů vyrovnat, avšak jeho přísná kritéria na přiznávání, která vychází z minimálních životních příjmů, a jeho nízká výše, tak často přivádí pečující osoby do finančních potížích. Jeden z deseti neformálních pečovatelů je nucen hradit základní výdaje na živobytí ze svých úspor a téměř polovina (44 %) pečovatelů se potýká s dluhy (Carers UK 2014a: 18-20).

Sociální pojištění a státní penze

Pečující jsou však zajištěni dalším způsobem. Lidé s nízkými příjmy během produktivního věku sociální pojištění neplatí. V penzi tak mají nárok na důchodový příspěvek, který je určen pro osoby s příjmem pod předepsaným minimem. Do této skupiny spadají i osoby pobírající příspěvek pro pečující, jelikož jedna z podmínek přidělení příspěvku je právě příjem pod hranicí životního minima £102 týdně. Během doby, kdy pobírají příspěvek pro pečující, je jim započítáváno stejné důchodové pojištění jako pro pracující s nejnižším dosaženým příjmem. Z něho se pak odvíjí důchodový příspěvek, který od dosažení důchodového věku plynule nahrazuje dřívější příspěvek pro pečující (Carers UK 2014b). Pokud se pečující starají o osobu více jak 10 let, mohou v rámci důchodového příspěvku získat extra příjem £16 týdně za každý rok strávený péčí (Carers UK 2014b).

Pečovatelé s nízkými příjmy, kteří nepobírají žádný příspěvek, který by jejich malý příjem kompenzoval, mohou získat dávku pro výdělečně činné pečovatele („Carer´s Credit“), která se odvíjí od příjmu a je náhradou základní státní penze (CARERS UK 2014b).

Spolu se změnami v legislativě se začala vytvářet iniciativa podpory pečujících ze strany veřejného a soukromého sektoru. V Británii bylo například založeno Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby („Employers for Carers“), které sjednocuje mnoho významných firem a organizací na podporu pečujících osob v celé zemi jako British Gas, BT, Sainsbury's a další. Cílem sdružení je podpořit a udržet pečující osoby v zaměstnání.

Poskytování informací a vzdělávání pečovatelů

Poskytování informací o pečování a jiné podpůrné aktivity realizují pro pečovatele především charitativní organizace. Za hlavní organizátory, kteří se významně podílí na podpoře pečujících osob a jejich rozvoji informovanosti, lze považovat dvě organizace Pečovatelé Spojeného království („Carers UK“) a Nadace pečujících („Carers Trust“). Nejvýznamnější organizací

zaštiťující pečující osoby pro celou Velkou Británii jsou Pečovatelé Spojeného království („Carers UK“).

Sdílení informací a podpora v oblasti péče se děje také formou přímého vzdělávání pečujících, kde jednu z hlavních rolí hraje státní Národní zdravotní služba a její program Systém expertních pacientů („Expert Patient Scheme“), v jehož rámci se realizují vzdělávací kurzy pro neformální pečovatele.

Nabídka sociálních a zdravotnických služeb

Odlehčovací služby a stacionáře jsou poskytovány napříč všemi sektory, ať už se jedná o nemocnice, hospice, charitativní organizace nebo orgány místní samosprávy. Respitní péče je poskytována nejen ve formě denní, ale také týdenní a případně i delší přestávky v péči (NHS UK 2014). Služby jsou hrazeny na úrovni obcí zejména z prostředků samosprávy a případně dávek a příspěvků od uživatelů.

Při vykonávání péče mohou pečovatelé využít také služby domácí péče („Home care“), které poskytují praktickou výpomoc s péčí. Posouzení nároku na domácí péči zajišťuje místní oddělení sociálních služeb („social services department“), které pak na žádost klienta může službu i zprostředkovat. Uživatelé si však mohou zvolit, že si službu raději zařídí sami a po schválení jim lokální oddělení sociálních služeb přidělí určitý rozpočet, se kterým pak mohou disponovat. Ze služeb domácí péče si pak sami volí z možností využít nezávislých agentur zprostředkovávajících službu, najmutí si přímo osobního pečovatele (pak má uživatel k osobnímu pečovateli stejná práva a povinnosti jako zaměstnavatel), anebo využití služby přes charitativní organizace. Náklady na domácí péči se velmi liší. Záleží například na tom, kolik hodin asistent výpomoci věnuje a případně, jestli uživatel požaduje, aby byl u něj asistent dlouhodobě ubytován. Službu financuje z větší části samospráva za přispění financí a dávek od uživatele (NHS 2014).

Celkem netradiční službou, která je určená jak seniorům, tak v důsledku i pečujícím osobám, jsou zdravotnické záchranné týmy tzv. Rychlý záchranný tým („Rapid response teams“), také nazývané Zdravotnické záchranné týmy („Medical Emergency Teams)“ (IHI 2014). Jedná se o týmy složené z celé řady specialistů jako zdravotní sestry, fyzioterapeuti, pracovní terapeuti a pečovatele profesionálové, jejichž cílem je poskytnout odbornou a intenzivní péči na lůžku. Tento tým poskytuje rychlou péči a rehabilitaci přímo v domácím prostředí pacienta, jehož zdravotní stav se náhle zhoršil (Bellomo et al. 2003: 285).

Nový směr v britské integrované péči

Myšlenku projektu „Rapid response team“ rozšiřuje nezisková organizace Králův fond („The King´s Fund“), která přichází s novým směrem v rozvoji a podpoře integrované péče v Anglii (King´s Fund 2014). Neflexibilita institucionální péče má za následek, že nemocný se léčí na každou specifickou nemoc u jiného lékaře, který nastavuje svému pacientovi extra léčebný plán pro konkrétní chorobu. Klient se pak léčí nesystematicky a bez komplexního náhledu na jeho celkový stav. Důsledkem je, ač profesionální, tak nekoordinovaná péče specialistů a organizací. Hlavní centrem zájmu by se měla stát závislá osoba a kolem ní se vytvořit tým specialistů a odborníků na zdravotní i sociální péči, který bude koordinován jednou osobou – tzv. koordinátorem. Takový koordinátor pak navštěvuje závislou osobu v domácnosti, komunikuje s ní o jejích potřebách a problémech a podle jejího stavu nastavuje komplexní plán péče („Care plan“) zaměřený na dlouhodobou péči, který průběžně aktualizuje a poskytuje všem zainteresovaným specialistům (Goodwin 2014: 8).

Závěr

Základní finanční pomoc od státu, která je vyplácena zejména formou příspěvku pro pečující osoby (a v pozdějším věku pak skrze důchod), sice pečovatelům zajišťuje minimální příjem, nepočítá však nijak významně se skupinou, která má příjmy vyšší než existenční minimum. Významná část podpory přechází tedy zejména na organizace z neziskového a tržního sektoru, ať už se jedná o zaměstnavatele, charitu či jiné dobrovolnické organizace. Nové možnosti může pečujícím poskytnout inovativní směr integrace zdravotnických a sociálních služeb, kde se místo institucí stane centrem zájmu osoba, o kterou je pečováno a péče o ní bude koordinována jednou osobou.

Německo

Zastoupení státu v distribuci sociální podpory a pomoci je poměrně silné, nicméně okruh poskytované podpory nemá být příliš široký a poskytované dávky jsou převážně testované. Celkově je v německém systému znatelný důraz na podporu rodiny a rodinné péče.

základní legislativní norma, jíž je tzv. Sociální zákon („Sozialgesetzbuch“, dále také SGB). Každá část SGB je zaměřena na určitou sféru sociálního života lidí, přičemž k situaci rodin s osobami odkázanými na péči se nejvíce vztahuje Kniha IX – Rehabilitace a integrace14 osob s postižením a Kniha XI – Sociální pojištění péče. Sociální podpora je v Německu vyplácena převážně z povinného pojištění.

Povinné sociální pojištění má v Německu pět druhů:

- Pojištění pro případ nezaměstnanosti („Arbeitslosenversicherung“ – ALV),
- Zákonné zdravotní pojištění („Gesetzliche Krankenversicherung“ – GKV),
- Sociální pojištění péče („Pflegeversicherung“ – PV),
- Důchodové pojištění („Rentenversicherung“ – RV),
- Zákonné úrazové pojištění („Unfallversicherung“ – UV).

Z každého druhu pojištění jsou hrazeny příslušné sociální dávky. V rámci systému důchodového pojištění jsou však rozeznávány i dávky jiné, např. tzv. vychovávací důchod („Erziehungsrente“), který náleží rozvedeným rodičům, jejichž bývalý partner zemřel a který tedy nemůže dále přispívat na výchovu svého potomka (ibid.: 164). Nejvýznamnějším druhem pojištění pro podporu osob odkázaných na péči a neformálních pečovatelů je však pojištění péče. Přestože sociální zabezpečení obyvatel Německa je komplexně upraveno jednou normou – SGB, za každou oblast podpory je odpovědná jiná instituce (podpora na trhu práce je v kompetenci dvou různých úřadů, pojištění a zdravotní péče pak v kompetenci dalších více než pěti). Všechny instituce mají ze zákona povinnost spolu úzce spolupracovat. V jednotlivých regionech za tímto účelem fungují společná informační centra.

Situace v neformální péči

Za osoby odkázané na péči jsou podle SGB považovány osoby, které na základě, tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení vyžadují ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony a u nichž se předpokládá, že tuto pomoc budou potřebovat nejméně po dobu 6 měsíců (SGB, Kniha XI, § 14). Na dávky pro pečující osoby má pak pečovatel nárok pouze tehdy, pokud pečuje alespoň 14 hodin týdně o jednu či více osob odkázaných na pomoc druhých a splňujících zákonem definované podmínky (SGB, kniha XI, § 19). V Německu je vysoký podíl neformální péče při zajišťování potřebné podpory potřebných osob: pouze neformální péči využívá více než 47 % osob odkázaných na péči, v nějaké podobě ji však zřejmě využívá také dalších 23 % těch, kteří využívají ambulantní nebo kombinované služby. Podle aktuálních předpovědí se počet osob odkázaných na péči do roku 2050 téměř zdvojnásobí – měl by dosáhnout 4,5 milionu obyvatel. Podle jiného zdroje, který vychází z šetření EU SILC, skutečný počet osob využívajících neformální péči dosahuje 7,99 milionu, tj. 9,89 % populace. Mezi nimi je totiž přibližně 5,4 milionu osob, které nesplňují kritéria pro získání dávek z pojištění péče a musí proto péči hradit pouze vlastních zdrojů (Geyer a Schulz 2014: 294). I přes výrazný nárůst počtu osob, které při vykonávání péče současně pracují, je z grafu zřetelný

stále vysoký podíl (41 %) pečovatelů, kteří nepracují vůbec. Spolkový statistický úřad k tomu dále uvádí, že v roce 2010 bylo v Německu zaměstnáno 63 % žen, které pečují o blízkého člověka, a 73 % neformálních pečovatelů – mužů. Jednou z významných iniciativ usilujících o zlepšení podmínek pečujících osob je sdružení Wir pflegen (Pečujeme). Sdružení na svých stránkách uvádí, že skutečně stále existují miliony osob, které o své blízké pečují „na vlastní náklady“ a desetitisíce z nich jsou na základě toho ohroženy chudobou a sociálním vyloučením.

Přehled nástrojů a opatření

Finanční podpora neformálních pečovatelů

Nejvýznamnější formou podpory osob odkázaných na péči, a hlavně neformálních pečovatelů je v Německu již zmíněné zákonné sociální pojištění péče. To bylo zavedeno jako pátý pilíř sociálního pojištění v roce 1995. Jeho cílem bylo a je zlepšení podmínek domácí péče. Pojištěn je automaticky každý, kdo platí (nebo komu je placeno) zdravotní pojištění.

Nepřímá finanční podpora

Z pojištění péče je vyplácena jedna z dávek spadající do oblasti nepřímé finanční podpory neformálních pečovatelů – příspěvek na péči („Pflegegeld“). Ten je vyplácen osobám odkázaným na pomoc druhé osoby. Prvním krokem pro jeho přidělení je stanovení potřebnosti péče. Posuzují se dva základní aspekty: soběstačnost (kam patří definované úkony péče o tělo, zajištění výživy a mobilita) a obstarání domácnosti (kam patří nakupování, úklid domácnosti, vaření apod.). Příspěvek na péči je příjemcům (osobám odkázaným na péči) vyplácen měsíčně. Příspěvek na péči lze využít buď pro úhradu nákladů na neformální péči nebo pro úhradu využívaných ambulantních sociálních služeb – tzv. věcného plnění. Podle toho se také odlišuje přidělená výše příspěvku: finanční limit pro případ věcného plnění je u jednotlivých stupňů potřebnosti přibližně o 50 % vyšší, než částka vyplácená v případě využití pouze neformální péče. V případě věcného plnění pak platí, že klient čerpanou péči samostatně nehradí, ale uzavře smlouvu s poskytovatelem služeb a vyúčtované náklady pak hradí pojišťovna až do výše přiděleného finančního limitu. Příjemce příspěvku se také může rozhodnout pro kombinaci věcného plnění a neformální péče, přičemž výše přiděleného limitu pro věcné plnění a příspěvku na péči je podle toho upravena (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 93-96). Pokud příjemce příspěvku využívá neformální péči, musí osoby, které péči poskytují, s pojišťovnou uzavřít smlouvu. Do skupiny ambulantních služeb se zahrnují také terénní sociální

služby. Kromě ambulantních služeb sem patří také pobytové služby ve stacionářích, v nichž je možné využívat částečný pobyt (denní či noční). V odborných zdrojích je využíváno označení „teilstationäre Pflege," což lze volně přeložit jako sdílená či částečná péče ve stacionářích. Pro tuto péči se užívá také označení krátkodobá péče.

Přímá finanční podpora

Pokud pečovatel splňuje zákonem definované podmínky (poskytuje péči v rozsahu alespoň 14 hodin týdně) a nepracuje více než 30 hodin týdně, jsou mu z pojištění péče hrazeny příspěvky na důchodové pojištění. Jejich výše je v jednotlivých spolkových zemích (zejména ve starých" a „nových") odlišná. Příspěvky jsou vypláceny i v době dovolené pečovatele (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 71-72 a 74). Příbuzní, kteří žijí ve společné domácnosti s práce schopnou osobou vyžadující pomoc a podporu a sami nemohou z důvodu poskytování péče pracovat, mají nárok na sociální příspěvek, který je dávkou pro zajištění životního minima. Další náklady, které mohou být pokryty ze zákonného pojištění a nepřímo tak mohou pomoci pečujícím osobám, pak jsou: jízdné v přesně vymezených případech a náklady za doprovázející osobu (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 73 a 74). Další v Německu uplatňovaný nástroj podpory pečujících osob je daňové zvýhodnění.

Podpora pečujících na trhu práce

Významným nástrojem je pečovatelská dovolená („Pflegezeit"). Na ni má nárok osoba, která pečuje o člověka, jemuž byl přiznán minimálně první stupeň potřebnosti péče. Pečovatel si přitom sám může zvolit, zda bude postaven zcela mimo zaměstnání nebo si ponechá částečný úvazek. V tomto případě však nesmí pracovat víc než 30 hodin týdně. Pečovatelská dovolená je neplacená, lze ji čerpat maximálně po dobu 6 měsíců a pouze u zaměstnavatele, který má víc než 15 zaměstnanců. Při splnění zákonem stanovených podmínek je po dobu čerpání pečovatelské dovolené pečující osobě z pojištění péče hrazeno důchodové pojištění a pojištění pro případ nezaměstnanosti.

Další možností sladění péče a pracovního uplatnění je nedávno zavedená rodinná pečovatelská dovolená („Familienpflegezeit"). Od ledna 2012 je pečujícím, kteří pečují o blízkého člena rodiny, zákonem nabízena možnost po určité období – maximálně 24 měsíců – omezit svou pracovní dobu na 15 hodin týdně. Tato možnost však není ze zákona nároková, jde spíš o službu poskytovanou dobrovolně zaměstnavatelem a lze ji uzavřít pouze na základě písemné dohody s ním.

Sociální služby

Německý systém sociální podpory nerozeznává druhy sociálních služeb tak, jak jsou členěny např. v České republice.

Pokud se opečovávaná osoba (nebo její rodina) rozhodne pro péči v domácím prostředí, nabízejí se jí tyto možnosti:

- Ambulantní pečovatelské služby – jejich cílem je podpořit opečovávanou osobu a její rodinu při každodenních aktivitách a umožnit např. setrvání příbuzných v zaměstnání. Mezi vykonávané činnosti patří např.: základní péče o tělo, výživa, mobilizace, polohování, základní zdravotní péče (podávání léků a injekcí), poradenství a podpora pečujících, organizace dalších služeb a dopravy, nákupy, úklid domácnosti, doprovod na vycházku aj. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 41-42).
- Kombinované služby (péče příbuzných a ambulantních služeb) – viz věcné plnění popsané výše.
- Smlouva s vlastním pečovatelem („Einzelpflegekräfte“) – viz příspěvek na péči výše. Osoba odkázaná na péči se může na vykonávání péče dohodnout s osobou, která není jeho příbuzným. Ta s pojišťovnou uzavře smlouvu o poskytování péče. Vyúčtování péče pak probíhá mezi pečovatelem a pojišťovnou (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 45-46).
- Alternativní formy bydlení, tzv. společné bydlení („Wohngemeinschaft“) – v Německu existují dvě možnosti alternativních forem bydlení: první je vícegenerační bydlení, kdy ve speciálních domech společně bydlí mladí lidé (často studenti) a senioři. Poskytují si vzájemnou podporu.

Druhou možností je pak společné bydlení za účelem využívání ambulantních pečovatelských služeb s někým ve stejné generaci. Zájemce o takové bydlení si však další osobu či osoby musí nalézt sám. Takové bydlení má pro uživatele určité finanční výhody.

Pokud se opečovávaná osoba rozhodne pro péči ve specializovaných zařízeních, může využít:

- Plnou institucionální péči („Vollstationäre Versorgung“) – plná institucionální péče by měla být využívána tehdy, není-li možné využívat péči v domácím prostředí či částečnou institucionální péči. U osob v jiném, než třetím stupni potřebnosti péče je její potřebnost přezkoumávána pojišťovnou, která podle stupně péče stanoví výši příspěvku na její pokrytí38 (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 54-55).
- Částečnou institucionální péči („Teilstationäre Vesorgung“) – tuto formu péče by měly osoby odkázané na pomoc využívat pouze tehdy, není-li v dostatečné míře možné

poskytovat péči v domácím prostředí. Částečná institucionální péče může být využívána jako denní či noční a lze ji kombinovat s dalšími ambulantními službami. Využívání částečné institucionální denní péče je akceptováno zejména u osob, jejichž rodinní příslušníci pracují (ibid.: 55-56).

- Krátkodobou péči („Kurzzeitpflege“) – v případě krátkodobé péče jde o časově omezené využití plné institucionální péče. To je možné v případě, kdy v rodině opečovávaného nastane nějaká vážná situace, jíž je třeba řešit či v době přechodu opečovávaného z nemocnice do domácí péče (jako aklimatizace na nově nastalou situaci). V tomto případě není zkoumán stupeň potřebnosti péče. Všichni opečovávaní mají nárok na stejný příspěvek, který by měl pokrýt až čtyři týdny krátkodobé péče ročně (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 56-57).
- Domovy („Heime“) – jedná se o typ bydlení pro seniory a jsou rozlišovány celkem tři typy domovů. První („Altenwohnheime“) typ bydlení tvoří menší byty s vlastní kuchyní. Tento typ je určen relativně samostatným seniorům, kterým je poskytována základní osobní péče. Druhý typ („Altenheime“) tvoří malé byty či apartmány. Ten je určen seniorům, kteří již nemohou vést vlastní domácnost. Poslední typ („Pflegeheime“) bydlení již nabízí kompletní péči.

Sociální služby jako takové jsou pro uživatele poměrně drahé. V důsledku uvedených problémů dochází např. k nelegálnímu zaměstnávání osob se slabým postavením na trhu práce jako (levných) soukromých pečovatelů. Na tyto problémy upozorňuje např. organizace Péče SHV, jejímž cílem je ochrana práv a podpora opečovávaných osob (Štollová 2011: 55-56). Obecně je pak systém sociálních služeb v Německu poměrně nepřehledný a nekonkrétní. V důsledku toho se pečující mnohdy vzdají svého zaměstnání, aniž by využili jiné nabízející se možnosti, a začnou být ohrožováni chudobou.

Informovanost a vzdělávání pečujících osob a jejich rodin

Neformálním pečovatelům jsou nabízeny kurzy o pečování. Osoby odkázané na péči a jejich příbuzní mají nárok na poradenství a informace o dostupných možnostech rehabilitace, které by jim měla poskytnout pojišťovna. Dalšími důležitými subjekty v poskytování informací jsou výše zmíněná informační centra působící v jednotlivých regionech Německa, která by měla zajistit propojení a koordinovanost péče a rehabilitace. Spolkové ministerstvo práce a sociálních věcí pak provozuje informační portál (www.einfach-teilhaben.de). Dále je spolkové ministerstvo provozovatelem informační telefonní linky („Bürgertelefon“), na které si občané

mohou vyžádat prvotní kvalifikované informace. V rámci této služby existuje linka přímo určená osobám se zdravotním postižením. Ministerstvo vydává také množství přehledných informačních brožurek tematicky cílených na určitá témata nebo skupiny obyvatel, které jsou k dispozici zdarma a poměrně snadno dostupné z různých webových stránek. V jednotlivých spolkových zemích poskytují poradenství také různé iniciativy. Jednou z významnějších je např. zastřešující iniciativa Der Paritätische Wohlfahrtsverband, v níž je zapojeno víc než 10 000 organizací, zařízení a zájmových skupin z oblasti zdravotní a sociální péče. Další pak výše zmíněné zájmové sdružení Wir pflegen. Na webových stránkách sdružení je uvedeno, že Sdružení vydává jak příručky pro pečující, tak odborné zprávy o stavu péče v Německu. Ze zákonného zdravotního pojištění může být hrazena také výpomoc v domácnosti. Na ni má nárok osoba, která dočasně není schopna se ze zdravotních důvodů o domácnost postarat, např. z důvodu hospitalizace v nemocnici či jiném léčebném zařízení. Na tuto výpomoc má nárok v situaci, že v domácnosti žije dítě mladší 12 let nebo dítě se zdravotním postižením odkázané na pomoc druhé osoby (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 118). Z pojištění péče jsou dále hrazeny pomůcky a opatření. Určitou formu nepřímé podpory neformálních pečovatelů představuje podobně jako v ČR průkaz pro osoby s postižením („Behindertenausweis“). Od roku 2002 je v platnosti Zákon na podporu rovného postavení osob s postižením („Behindertengleichstellungsgesetz“ – BGG). Kromě osob s postižením v něm však naleznou oporu i senioři a rodiny s dětmi.

Závěr

Základním cílem sociální podpory v Německu je udržení co možná nejvyššího počtu osob odkázaných na péči v domácím prostředí a maximální podpora jejich soběstačnosti. Tomu odpovídá i nastavení systému podpory: neformální péče a péče ambulantní je upřednostňována před ostatními formami a využívá ji největší podíl osob, které péči potřebují. Opečovávaným osobám je vyplácen příspěvek na péči, z nějž využívané služby hradí a který je považován za základní finanční dávku podporující právě pečující osoby. Pokud příjemce kromě neformální péče využívá také ambulantní služby, je mu příspěvek poměrně navýšen. Přímou podporu pečujících osob na trhu práce má zajišťovat pečovatelská dovolená a rodinná pečovatelská dovolená. Zavedením těchto nástrojů udělalo Německo velký krok v podpoře pečujících osob, bohužel však nejsou dostatečně využívány. Celý systém je také pro obyvatele poměrně drahý a z části i neefektivní, protože významný podíl populace vůbec nepokrývá.

Švédsko

Základy švédského sociálního systému vycházejí z konceptu štědrého sociálního státu, který tradičně přejímá vysokou míru zodpovědnosti za blaho svých občanů. Vysoké daňové zatížení obyvatel je kompenzováno širokou nabídkou služeb a benefitů, které garantují zachování určitého minimálního životního standartu a sociálních jistot.

Systém sociálního pojištění je „třísložkové“ povahy. Zahrnuje benefity vázané na příjem, příspěvky univerzální povahy a testované dávky. Benefity vázané na příjem představují finanční kompenzaci při ztrátě příjmu v důsledku např. nemoci či péče o dítě. Dávky univerzální povahy jsou vypláceny každému potřebnému ve stejné výši a zahrnují přídavek na dítě a příspěvek při adopci. Testovanými dávkami pak jsou příspěvek na bydlení, příspěvek na bydlení pro seniory a příspěvek na péči. Zatímco na příjem vázané benefity podléhají zdanění, ostatní dávky nejsou zatíženy daňovou povinností. Účast v prvním pilíři je povinná a výsledná penze vychází z celoživotních výdělků. Druhý „prémiový“ pilíř je, obdobně jako tomu bylo v ČR, volitelný a taktéž vázaný na celoživotními výdělky. Nárok na garantovaný příspěvek, který je vyplácen ze státního rozpočtu, pak vychází z rezidenčního principu. Mimo tyto tři pilíře pak existuje možnost „zaměstnaneckého spoření“, příp. jiné privátní formy spoření (Government Office of Sweden 2014).

Sociální služby

Široká státem garantovaná nabídka formální péče tvoří ve Švédsku páteř celého systému. V rámci širšího procesu transformace sociálního státu a sociálních služeb se však stále silněji prosazuje trend deinstitucionalizace a zvyšuje důležitost neformální péče a podpory vyjadřované pečujícím osobám (Triantafillou et al. 2010: 42-43).

Ústřední vláda plní úkoly zejména legislativní povahy. Kraje a obce (resp. jejich zastupitelské orgány) pak zastávají klíčové pozice na zbylých úrovních státní správy. Krajům náleží povinnost zabezpečení zdravotní péče na svém území. Obce pak, ve spolupráci s kraji, dle pravomocí a povinností jim určených zákonem o sociálních službách, plánují, realizují a financují sociální služby a péči v rámci své působnosti. V rámci svých pravomocí zastupitelské instituce krajů a obcí také vybírají daně, které následně plynou právě do systému služeb a dlouhodobé péče. Daňová sazba se zpravidla pohybuje ve výši 30 %. Přibližně 20 % plyne do rozpočtu municipalit, 10 % připadá krajům. Daněnou položkou je v tomto případě příjem. Celkový objem financí, které obce a kraje vyberou na daňových poplatcích, tvoří až dvě třetiny jejich celkového rozpočtu (Ljunggren a Emilsson 2009: 6). Rozpočty krajů a municipalit (příp.

konkrétní individuální projekty na lokální úrovni) jsou taktéž finančně podporovány z centrální úrovně. Pro Švédsko je však typické, že formalizovaný občanský sektor zastává v sociálních službách minoritní roli. Důvodem však není jeho nedostatečná rozvinutost, nýbrž skutečnost, že vzhledem k uplatňovanému konceptu pečujícího sociálního státu se občanská angažovanost ve Švédsku rozvinula spíše v oblasti kultury, sportu nebo obchodu.

Situace v neformální péči

Z pohledu práva není na děti kladen požadavek poskytnout péči, příp. finanční pomoc svým nemohoucím rodičům. Rozhodne-li se však rodina sama pro neformální péči, má právo obdržet maximální možnou podporu.

Významnou autoritou na centrální úrovni je „Národní rada pro zdraví a prosperitu" („Socialstyrelsen"), která se svým působením snaží o zviditelnění problematiky pečujících osob a konsolidace systému jejich podpory především pomocí nástrojů redistributivní a legislativní povahy. V roce 2008 bylo Radou založeno Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče („Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga"), jehož posláním je koordinace výzkumu a rozvoje v oblasti neformální péče, zvyšování obecného povědomí o problematice a informační podpora zainteresovaných aktérů (pečujících osob i institucí) (Fukushima, Adami a Plame 2010: 7).

Přehled nástrojů a opatření

Postavení obcí v daném smyslu posílila změna zákona o sociálních službách z roku 2009, která definuje obce jako aktéry primárně odpovědné za zabezpečení sociálních služeb v rámci své působnosti pro různé skupiny obyvatel, neformální pečovatele nevyjímaje. Zákon o sociálních službách přímo říká, že obce jsou povinny respektovat a spolupracovat s neformálními pečovateli. Cílem různých forem podpory jim směrované je dosáhnout maximální možné soběstačnosti a nezávislosti těchto osob na okolí.

Finanční podpora neformálních pečovatelů

Příspěvky a dávky vyplácené municipalitami

První z dávek je příspěvek pečujícímu, který ve skutečnosti není příspěvkem, nýbrž platem neformálního pečovatele. Obce mají možnost oficiálně zaměstnat osobu blízkou jako pečující osobu. Na základě takto uzavřené pracovní smlouvy o péči pak obec vyplácí pečující osobě odměnu, která je za své podstaty srovnatelná s klasickou mzdou a vztahují se na ni stejná

pravidla zdanění a pojistných odvodů jako na příjem z „běžného“ zaměstnání. Pečující osoba v podstatě nabývá stejného postavení jako profesionální pečovatel. Výše odměny se odvíjí od náročnosti a intenzity poskytované péče a liší se v rámci obcí/regionů (ibid.: 4).
Příspěvek na péči/příspěvek na asistenci („Assistansersättning“/ „attendance allowance“) primárně náleží osobě závislé, která jej může využít jako odměnu, úhradu za péči, jež jí poskytuje osoba blízká. Příspěvek nepodléhá daňové povinnosti a nárok na něj a výše příspěvku jsou posuzovány s ohledem na potřebnost péče a její časovou náročnost. Zpravidla mají obce nastavenou maximální hranici, do jejíž výše příspěvek vyplácejí, na 17–20 hodin vyžadované péče za týden. „Nadlimitní“ péče pak zpravidla bývá pokryta jinou formou dávek vyplácených státem (ibid.).

Příspěvky nárokované účasti v systému sociálního pojištění vyplácené státem

Příspěvek na péči o postižené/handicapované dítě-nárok na příspěvek může vzniknout okamžitě po narození dítěte, dávku však lze pobírat maximálně do 19 let věku potomka. Nárok na příspěvek a jeho výše je „testována“ jednak s ohledem na celkový příjem rodiny a jednak se odvíjí od intenzity poskytované péče (počet hodin vyžadované péče za den. Vyžaduje-li znevýhodněná/handicapovaná osoba asistenci v rozsahu alespoň 20 hodin týdně, má právo požádat o finanční kompenzaci v podobě **příspěvku na péči** („assistansersättning“/ „attendance allowance“), který je vyplácen státem. Příspěvek jako takový náleží opečovávané osobě, která jej využije právě na úhradu asistenční služby. Ta může být vykonávána profesionálem nebo blízkou osobou (sousedem, přítelem, rodičem či jiným rodinným příbuzným). V případě, že je osobou vyžadující péči dítě/nezletilý, žádají o příspěvek rodiče dítěte. Pobírání příspěvku na osobní asistenci není slučitelné s dlouhodobým pobytem v institucionální péči.
Nárok na **příspěvek v invaliditě**-příspěvek lze v některých případech pobírat i po dosažení hranice 65 let. Příspěvek je osvobozen od daňové povinnosti, jeho výše však může být snížena v případě, že je pobírán současně s jiným příjmem (např. se starobním důchodem) (Johansson 2014: 5). Stejně jako v případě osobní asistence, pobírání příspěvku v invaliditě není slučitelné s dlouhodobou pobytovou péčí. Platí, že dávku lze trvale pobírat tehdy, nepřesáhne-li délka pobytu v instituci 6 měsíců. Po přesažení této doby platí pro výpočet výše dávky stejné pravidlo poměrného výpočtu jako v případě příspěvku na péči/asistenci (Försäkringskassan 2014).
Rodič pečující o nemocné dítě, příp. osoba pobírající příspěvek v invaliditě má dále nárok na **příspěvek na zvláštní výdaje spojené s poskytovanou péčí** („vårdbidrag för merkostnader“/

„care allowance for additional costs“). Tato dávka je určena na finanční pokrytí nadstandartních potřeb/služeb, jako jsou speciální pomůcky, medikace, potraviny apod.
Poslední dávkou je **příspěvek na automobil.**

Příspěvky nárokované účasti v systému zdravotního pojištění vyplácené státem
Nárok na invalidní důchod („aktivitettsersättning“/ „activity compensation“ příp. „sjukersätning/ sickness compensation“) vzniká, pokud dojde k poklesu pracovní schopnosti jednice o minimálně jedenu čtvrtinu a není pravděpodobné, že by v budoucnu došlo ke zlepšení.

Podpora pečujících na trhu práce
Každá pečující osoba má nárok na 100 dní placené dovolené za účelem péče o osobu blízkou v konečném stádiu života. Výše příspěvku, který po tuto dobu pečující osobě náleží, je odvozen z výše dávky, která by byla pečující osobě vypočtena v případě čerpání vlastní nemocenské a může dosáhnout maximálně 80 % příspěvku v nemoci. Dávka je chápána jako odměna pečující osobě a představuje finanční kompenzaci za ušlý výdělek. Nárok na dávku je podmíněn účastí na sociálním pojištění. Zaměstnavatel ze zákona garantuje pečující osobě návrat na stejnou pracovní pozici jako před nástupem dovolené (Johansson 2014: 4).
V neposlední řadě lze za významnou formu podpory považovat i dostupnost flexibilních forem pracovních úvazků, které jsou předpokladem pro kombinaci práce a péče. Vysoká flexibilita trhu práce je trend typický pro všechny severské země, který vychází z uplatňování konceptu flexicurity. Dánský model trhu práce, který je založen na flexibilitě trhu práce, štědré sociální ochraně a aktivní politice zaměstnanosti. Z celkového počtu zaměstnaných osob pracuje ve Švédsku osob na částečný úvazek 23,2 % (Eurostat 2014b). Mezi nejvyužívanější formy časově flexibilních úvazků se řadí částečné úvazky, on-call úvazky, klouzavá pracovní doba, konto pracovní doby a zaměstnání na zkoušku (Formánková et al. 2011: 22). V České republice počet osob pracujících na částečný úvazek představuje 6,6 % z celkové zaměstnanosti (Eurostat 2014b). Nečastější formy časové flexibility jsou pak klouzavá pracovní doba, stlačený pracovní týden, zkrácený úvazek a fond pracovní doby (Formánková et al. 2011: 14-15). Průměr osob pracujících na zkrácený úvazek v rámci zemí EU 28 je 20,3 %.

Individuální plánování péče
Nástroj byl zakomponovaný do zákona o sociálních službách v rámci změn v letech 2009–2010. Zákon ukládá obcím povinnost vytvářet s každou „péči potřebnou“ osobou individuální plán péče, který musí zahrnovat přesný popis léčby, poskytovaných služeb atd. Potřeba ustanovení

péče vychází buď z posudku praktického lékaře, nebo z návrhu zástupce obce. Podrobný plán péče pak vytváří lékař a lokální zástupce ve spolupráci s opečovávaným, jeho rodinou, příp. ve spolupráci s konkrétní pečující osobou.

Služby a jiná opatření

Jak již bylo zmíněno, těžištěm koordinace sociálních služeb ve Švédsku jsou autority místní úrovně, zejména obce. Soubor podpůrných opatření zahrnuje především různé formy institucionálních služeb komunitního charakteru, např. zařízení respitní péče, denní centra či dočasné pobytové služby, ale i „in-home“ respitní péči, osobní asistenci apod. a vzdělávací aktivity pro zvýšení orientace, kompetencí a odbornosti pečujících osob (Ljungren, Emilsson 2009: 16; Fukushima, Adami a Palme 2010: 8-9). Zajímavým příkladem opatření vzdělávací povahy jsou tzv. „Contact days“. Contact days jsou jako nástroj podpory neformálních pečovatelů namířeny na rodiče pečující o dlouhodobě nemocného potomka. V rámci contact days mají rodiče možnost využít pracovní volno za účelem sebevzdělávání v oblasti péče o dlouhodobě nemocné dítě. Za tyto dny mají rodiče nárok na finanční kompenzaci ve výši cca 80 % příjmu63 (Försäkringskassan 2012: 10). Do spektra nástrojů spadají také poradenská centra a podpůrné skupiny poskytující pečujícím potřebné informace a možnost konzultace. V neposlední řadě je třeba zmínit aktivity zahrnující služby typu lázeňské pobyty pro pečující osoby, masáže, konzultace zdravotního stavu apod., tzv. „feel good activities“ a další podpůrné služby a činnosti, jako instalace nebo zapůjčení speciálních technologií (např. osobních alarmů pro zavolání rychlé pomoci), přepravní služby usnadňující mobilitu, stravovací služby atp. (Ljungren a Emilsson 2009: 16; Fukushima, Adami a Palme 2010: 8-9).

Závěr

Systém zároveň opouští od tradičního institucionálního zajištění péče a naopak zdůrazňuje roli komunity a rodiny (Johansson 2014). Navzdory tomu jsou však neformální pečovatelé skupinou, na jejíž potřeby začala široká veřejnost upozorňovat relativně nedávno. Švédsko sice postrádá ucelenou koncepci podpory neformálních pečovatelů na národní úrovni, reforma zákona o sociálních službách z roku 2009 však etablovala pozici pečujících a lze ji z tohoto hlediska považovat za zlomovou. Delegace odpovědnosti za zajištění podpory pečujícím osobám na lokální úroveň má navíc předpoklad vysoké efektivity. Lze tak očekávat, že výsledná forma podpory bude dobře reflektovat specifické požadavky pečujících.

Systém zároveň pracuje s širokým spektrem finančních příspěvků nárokovaných účastí na sociálním pojištění, ale i příspěvků univerzální a testované povahy. Převážně se jedná o

peněžitou podporu určenou primárně opečovávaným osobám, která tak pečujícím plyne nepřímo. Nástroje finanční povahy však doplňuje soubor opatření, která mají charakter legislativní nebo nabídky služby, a jsou určená přímo neformálním pečovatelům. Za zásadní krok pak lze považovat uzákonění povinnost obcí realizovat v rámci své působnosti individuální plánování péče.

Španělsko

Španělsko je přiřazováno pod tzv. středomořský model sociálního státu, který představuje model finančně nejméně nákladný. Intervence státu v oblasti sociální politiky jsou u tohoto modelu poněkud omezené, přičemž toto bývá kompenzováno významnou rolí rodiny, jež je chápána jako hlavní zdroj pomoci při uspokojování potřeb osob závislých na pomoci druhých. Ve španělském systému sociálního zabezpečení můžeme rozpoznat dvě úrovně sociální ochrany – příspěvkovou a nepříspěvkovou. Do příspěvkového systému se povinně zapisují zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné a v závislosti na typu výdělečné činnosti, kterou provozují, se připojují k příslušnému režimu sociálního pojištění. Osoby, které se potýkají se situací zvláštní potřeby a jejichž příjem je nižší než určitá zákonem stanovená částka, mají nárok na dávky z nepříspěvkového systému. Jako nadstandard k výše uvedenému se zavádí možnost sjednat s orgánem sociálního zabezpečení dobrovolné pojištění.

V neposlední řadě spadají pod španělský systém sociálního zabezpečení dávky dlouhodobé péče. Až do konce roku 2006 byly z veřejných prostředků podporovány pouze osoby, u nichž byla oficiálně shledána tzv. hluboká invalidita66 či potřeba péče druhé osoby. Zejména v návaznosti na kritiku ze strany EU však v roce 2007 ve Španělsku nabyl účinnosti Zákon o podpoře autonomie osob a péče pro lidi v situacích závislosti (dále jen „zákon o závislosti“), který zakotvil tzv. SAAD systém, tj. Systém pro autonomii a ochranu závislosti („Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“). Tento systém zavádí pro španělské občany soubor veřejných a soukromých služeb a dávek určených na podporu autonomie osob a na ochranu a podporu osob v situacích závislosti. ro účely aplikace zákona o závislosti v praxi jsou dále v čl. 26 rozlišeny tři stupně závislosti.

Sociální služby

Na národní úrovni neexistuje právní úprava, která by zakotvovala obecný systém sociálních služeb. V důsledku územně-správního členění Španělska dochází k decentralizaci vládní odpovědnosti za systém sociálních služeb. Jsou to tedy autonomní společenství, která v rámci

vlastních legislativních a exekutivních pravomocí zřizují a organizují sociální služby pro občany ve své jurisdikci. Zákon o závislosti jakožto právní předpis s celostátní působností zavádí jako součást SAAD katalog pěti sociálních služeb (o nich bude více uvedeno v kap. 5.3), které musí být bezpodmínečně poskytovány.

Situace v neformální péči

V roce 2009 byla španělskou vládou vypracována studie „Kvalita života neformálních pečovatelek: základy pro posuzovací systém“. Zpracovatelé studie kvitují podřazení Španělska pod středomořský model sociálního státu, přičemž dále rozvádějí, že významná role rodiny v oblasti sociální péče se vztahuje zejména na ženy pečovatelky. Konstatují podpůrnou úlohu veřejného sektoru v daném odvětví, tedy skutečnost, že stát začíná být aktivní až v případě, že rodina závislé osoby zůstává být nečinná, nebo pokud tato osoba rodinu nemá. Neformální pečovatele studie označuje doslova za „základní kámen“ sociální a zdravotní péče (Mozos 2009: 3).

Dle studie barcelonské univerzity 75 % osob závislých na péči získává hlavní péči od své rodiny (Jiménez-Martín 2007: 14), průměrná celková doba neformální péče pak činí 6,5 roku (ibid.: 142) a denně činí průměrná doba poskytování péče 10–15 hodin (ibid.: 243-245). Podle indexu vyvinutého autory pro měření kvality života neformálních pečovatelů si pouze 7 % neformálních pečovatelů udržuje vysokou kvalitu života, 20 % průměrnou kvalitu života a 72 % neformálních pečovatelů se výrazně snížil standard kvality života (ibid.: 262). Přitom 99 % žen – neformálních pečovatelek a 11 % mužů – neformálních pečovatelů – uvádí, že pociťují deprese a fyzické vyčerpání (ibid.: 263).

Přehled nástrojů a opatření

Od roku 2007 je ve Španělsku legislativně zakotven tzv. SAAD systém, tj. Systém pro autonomii a ochranu závislosti, jehož hlavním cílem je zajištění základních podmínek a předpokládané úrovně sociální ochrany pro všechny osoby v situacích závislosti. Systém SAAD zavádí mechanismus jak pro spolupráci a účast veřejné správy na této problematice, tak pro optimalizaci veřejných zdrojů. V neposlední řadě, jak už bylo zmíněno výše, obsahuje zákon také definici neformální péče.

Stěžejní činnost probíhá na dvou úrovních: Na celostátní úrovni je zavedena Územní rada SAAD, kooperační orgán pod Ministerstvem zdravotnictví, sociálních služeb a rovnosti, který má zajistit vzájemnou vazbu mezi jednotlivými sociálními službami na jedné straně a záměrem podpořit autonomii osob a pomoc osobám v situacích závislosti na straně druhé.

Vedle Územní rady SAAD dále zákon o závislosti zavádí na centrální úrovni skupinu čtyř konzultačních orgánů, a to konkrétně:

- Poradní výbor – kolektivní orgán, který si klade za cíl zajistit účinnou a trvalou účast a spolupráci odborů a zaměstnavatelských organizací v systému SAAD;
- Státní radu pro seniory, jejímž úkolem je institucionalizovat spolupráci a účast seniorů v systému SAAD;
- Národní radu zdravotně postižených, tento orgán je obzvláště důležitý pro neformální pečovatele, protože se jeho prostřednictvím mohou účastnit na vývoji daného odvětví;
- Státní radu pro nestátní organizace v sociální oblasti.

Finanční podpora neformálních pečovatelů

V rámci systému SAAD je zaveden systém tří sociálních dávek. Oprávněným, tj. příjemcem všech těchto dávek je opečovávaná osoba, nikoli neformální pečovatel. Neformální pečovatel je tak finančně podporován vždy pouze nepřímo.

V čl. 14 odst. 4 a čl. 18 zákona o závislosti je upravena doslova „výjimečná“ dávka, tzv. finanční příspěvek na péči v domácím prostředí a na pomoc neformálním pečovatelům.

Další peněžitou dávku ze systému SAAD představuje tzv. finanční příspěvek spojený se službou.

Třetí a poslední peněžitou dávku v rámci SAAD je tzv. finanční příspěvek na osobní asistenci.

Podpora pečujících na trhu práce

Ve Španělsku mají pečující možnost využít pečovatelskou dovolenou – tzv. Excedencia por cuidado de un hijo o familiar. Toto volno na péči mohou využívat rodiče malých dětí (obdoba naší rodičovské dovolené) ale nárok na něj má i neformální pečující o blízkou osobu. průběhu prvního roku dovolené je za pečujícího hrazeno sociální a zdravotní pojištění. Podle španělské expertky L. M. Peña však dlouhodobá dovolená není pečujícími příliš využívána, z důvodu neochoty zaměstnavatelů jí (i přes jasné vymezení v zákoně) poskytovat.

Služby

V obecném měřítku zahrnuje SAAD pět druhů služeb: služby preventivní, služby tzv. teleasistenční (užití komunikačního zařízení informační technologie k zajištění pomoci jeho uživatelům), služby domácí pomoci (pomoc s každodenními úkony v domácnosti jako je úklid atp.) a služby rezidenční (pobytové), které mají zajistit úplnou péči o závislé osoby v pobytových zařízeních.

Poslední službou je zavedení tzv. denních a nočních center (konkrétně denních center pro seniory, denních center pro osoby do 65 let, denních center specializované péče a nočních center), která mají zajišťovat komplexní péči za účelem zlepšení nebo udržení nejvyšší možné míry osobní autonomie, a podpořit rodiny a pečovatele. Za využití tzv. „bio-socio-psychologického“ přístupu je v těchto centrech zajišťováno poradenství, prevence, rehabilitace, osobní asistenční služby atd. žádné služby ze systému SAAD nejsou určeny přímo neformálním pečovatelům, dokážou jim odlehčit alespoň nepřímo, pokud na ně jimi opečovávaná osoba dosáhne.

Individuální program péče

Individuální program péče je institut, který zavádí zákon o závislosti v čl. 29. Neformální pečovatelé podle španělské legislativy představují zvláštní kategorii „ekonomicky aktivních“ osob, na niž pamatuje prováděcí předpis Real Decreto 615/200781. Za předpokladu, že je neformální péče shledána jako nejvhodnější opatření pro oprávněnou závislou osobu v jeho individuálním programu péče, je neformální pečovatel povinně zahrnut do všeobecného systému sociálního zabezpečení, a to na základě podpisu tzv. zvláštní smlouvy. Příspěvky na sociální zabezpečení nejsou hrazeny neformálním pečovatelům, kteří zároveň zastávají pracovní činnost, z níž je odváděno pojištění do systému sociálního zabezpečení, a dále v případě, že pečující pobírá podporu v nezaměstnanosti, je ve starobním či invalidním důchodu, pobírá vdovský/vdovecký důchod či se jedná o neformálního pečovatele – rodinného příslušníka ve věku 65 let a více.

Závěr

Z výše uvedeného je zřejmé, že španělská sociální politika, stejně tak jako legislativní normy stanovující podmínky neformální péče prošly v posledních osmi letech doslova revoluční změnou. Pár nuzných ustanovení bylo nahrazeno komplexním a finančně velmi nákladným systémem sociální ochrany a podpory osob závislých na péči. Zavedení systému SAAD představuje pro španělskou sociální politiku bezpochyby významný milník.

Polsko

Na rozdíl od jiných států východního bloku si silný vliv v systému sociální péče a sociálního zabezpečení udržela nejen církev, ale rovněž různé zaměstnanecké asociace a odbory. Zaměstnanci privilegovaných oborů se tak stali pomyslnými vítězi transformace sociálního systému (Inglot 2008: 271; Golinowska 2009: 219-220). Polský sociální systém se tak budoval spíše v reakci na „krize“, které musel hasit a pod tlakem privilegovaných skupin zaměstnanců, kteří nechtěli přijít o své výdobytky (Golinowska 2009: 241).

Systém sociálního pojištění

V Polsku není jednotný systém sociálních pojištění. Mimo běžného systému sociálního pojištění, který je spravován obecnou Správou sociálního zabezpečení (ZUS – „Zakład Ubezpieczeń Społecznych“) zde existuje oddělený systém pro soukromé zemědělce spravovaný Fondem zemědělského sociálního zabezpečení (KRUS – „Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego“). Systém důchodového pojištění je v Polsku postaven na třech pilířích – prvním průběžném pilíři (z těchto peněž jsou financovány současné důchody), druhém povinném „investičním“ pilíři a dobrovolném třetím pilíři, který funguje na bázi komerčního spoření

Systém sociálních služeb a sociální podpory

Systém sociálních služeb a sociální podpory (mimo pojistných dávek) je v Polsku decentralizovaný. Zákony a nařízení vydává centrální vláda, veškerá peněžní i nepeněžní podpora je ale přiznávána na základě rozhodnutí okresní správy. Jedná se tak spíše o systém „poslední záchrany“, který je poměrně odlišný od českého systému s jeho příspěvkem na péči a následném „nákupu“ sociálních služeb.

Situace neformální péče

V Polsku je role neformálních rodinných pečovatelů silně zakořeněná. Na základě zákonně definované vyživovací povinnosti se přesně určuje, na základě příbuzenského vztahu, kdo se má (v daných případech) o člena rodiny vyžadujícího péči postarat, a to buďto poskytnutím přímé péče nebo účastí na hrazení pečovatelských služeb apod.

Zátěž to představuje především pro ženy, které plní pečovatelskou úlohu výrazně častěji než muži a které tak stále častěji postrádají podporu ze strany partnera či širší rodiny (Krzyszkowski 2011: 155; Błędowski 2012: 56; Golinowska 2010: 14-15). Nabídka služeb, které by

neformálním pečovatelům ulehčily práci, je ale poměrně omezená. Chybí např. kluby seniorů, denní stacionáře, střediska respitní péče, podpůrné skupiny pro pečovatele, poradenství apod. Relativně rozšířená je pouze nabídka standardních pečovatelských služeb. I tak je pociťován nedostatek sociálních pracovníků, sester docházejících do domácností atd. (Krzyszkowski 2011: 158-160). Co se příspěvků, na které mají pečovatelé nárok, týká, jsou vesměs určeny osobám, které se musely vzdát práce z důvodu péče o osobu, která by se o sebe postarat bez pomoci nedokázala (podrobněji níže). Z toho vyplývá, že skloubit péči a práci je velice těžké. Ve chvíli, kdy by totiž pečovatel začal (byť částečně) pracovat, nárok na pečovatelské dávky zaniká. Politika podporující částečné úvazky v podstatě chybí. Dá se tak říci, že neformální pečovatelé, potažmo rodiny zajištující péči, jsou celkově spíše nedostatečně podporovány a z hlediska sociální politiky jsou v zásadě „neviditelnými subjekty" (Racław 2011; Błędowski 2012: 57). Přesto je ale pro většinu Poláků nepředstavitelné se zátěži pečovatele vyhnout a přenechat opečovávané ústavnímu zařízení, kde jsou často velmi špatné podmínky a vysoký počet klientů připadajících na jednoho zaměstnance (Krzyszkowski 2011: 160; Czekanowski, Mnich, McKee et al. 2006: 121). Tento tlak, který je na neformální pečovatele kladen, často ústí ve zdravotní problémy a předčasné důchody (Rosochacka-Gmitrzak 2011: 145-146).

Nástroje a opatření

Nástroje sociální politiky přímo cílené na neformální pečovatele jsou v Polsku spíše výjimkou. Primárně je pomoc cílena na osoby, o které je pečováno. Oproti tomu na osoby, o které je pečováno (v seniorském věku, se zdravotním postižením), je zaměřená značná pozornost. A to ať už v podobě zvláštních strategií či dokonce zvláštního zastoupení přímo na vládní úrovni. Tuto roli plní v případě osob se zdravotním postižením tzv. vládní zmocněnec pro osoby se zdravotním postižením. Do jeho agendy ale neformální pečovatelé přímo nespadají.

Důležitou roli hrají výše zmíněná centra i při aplikaci legislativních opatření týkajících se neformálních pečovatelů. Posuzuje se v nich totiž v podstatě to, zda se status pečovatele85 žadateli přizná. Pokud k přiznání statusu pečovatele dojde, může se, podobně jako u nás, započítat doba péče do doby důchodového pojištění. Respektive je sociální pojištění pečující osobě placeno obcí. Na takovou formu podpory má nárok pečovatel, který se vzdá výdělečné činnosti z důvodu přímé péče o závislého člena rodiny žijícího ve společné domácnosti anebo o mimo domácnost žijící matku, otce nebo svého sourozence. Příjem na osobu v rodině přitom nemůže překročit určitou stanovenou výši86. Nárok na hrazení důchodového pojištění z prostředků obce ale nemají osoby starší 50 let, které neodváděly sociální pojištění alespoň po dobu deseti let anebo odváděly pojištění po dobu 20 a více let v případě žen a 25 a více let v

případě mužů. Zdravotní pojištění se platí po celou dobu péče, pokud ho pečovatel není schopen platit sám. Tento systém ale zaručuje jen to, že pečovatel bude dostávat alespoň minimální starobní důchod (MPiPS 2014b: 2, 5).

Finanční podpora neformálních pečovatelů

Na rozdíl od ČR připadá osobě, která se místo placené práce rozhodla (či byla okolnostmi dotlačena) pečovat, přímá finanční podpora. Ta se dá považovat za kompenzaci mzdy, které se rezignací na účast na trhu práce, pečující osoba vzdala. Všechny tři dávky, které pod tuto přímou finanční podporu patří, ale plní roli záchranné sítě: mají-li osoby jiný druh příjmu – ať už dávku ze systému sociálního zabezpečení nebo mzdu – dávku nezískají.

Příspěvek pro pečovatele je relativně novou dávkou, která náleží těm, kteří přišli v roce 2013 o pečovatelský příspěvek. Právo na tento příspěvek mají, stejně jako v případě předchozí příspěvku, pečovatelé bez ohledu na jejich příjmy a získat ho mohou i lidé bez rodinné vazby na opečovávaného. Pečovatelé se rovněž musí vzdát výdělečné činnosti, kombinovat tento příspěvek s prací nelze. Rozdíl je v tom, že příspěvek není sám o sobě časově omezen, vyplácí se ale pouze po dobu platnosti aktuálního posudku o zdravotním postižení opečovávaného.

Zvláštní pečovatelský příspěvek je určen všem lidem, kteří pečují o dospělou osobu se zdravotním postižením a zároveň se z tohoto důvodu vzdali, podobně jako v předchozích případech, jakékoliv výdělečné činnosti. Na rozdíl od předchozích dvou dávek se ale v případě zvláštního pečovatelského příspěvku posuzují příjmy, a to jak rodiny pečovatele, tak případně i rodiny opečovávaného. Aby měl žadatel na dávku nárok, nesmí příjem na osobu překročit 623 Zł (cca 4 030 Kč) čistého měsíčně91, přičemž příjmy rodiny pečovatele a opečovávaného se sčítají a následně rozpočítají. Navíc pro něj platí přísnější pravidla příbuznosti a nárok na něj mají jen poměrně blízcí příbuzní. Nárok na dávku se posuzuje každý rok znovu, což je další rozdíl oproti předchozím dvěma příspěvkům. Tento příspěvek se nemůže kombinovat, podobně jako předchozí dva, s většinou stálých dávek ze sociálního systému.

Krom této přímé podpory existuje i nepřímá finanční podpora. Jedná se zejména o příspěvky na různé sociální i zdravotní služby. Mimo to lze žádat i o podporu z **Fondu zdravotně postižených osob**. Tento fond je určen k vyplácení příspěvků na kompenzační pomůcky osobám se zdravotním postižením a na odstranění architektonických a technických bariér v domácnosti. O příspěvky z tohoto fondu lze žádat v tzv. **Okresních centrech rodinné pomoci** „Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie“ (PCPR 2015). Jejich výše je omezená a posuzují se příjmy žadatele. Mimo to je možné čerpat i určitou obdobu českého příspěvku na péči.

Služby

Cílovou skupinou jsou primárně osoby, o které je pečováno, skupině neformálních pečovatelů se výraznější pozornost nevěnuje. Většinou jsou služby organizovány a plánovány na obecní úrovni. Jejich kvalita, jak již bylo uvedeno výše, je však kolísavá.

Mezi dostupné zdravotní služby, které podporují neformální pečovatele spíše nepřímo, patří například právo na **rehabilitační pobyt.** Pobyt jim (ale ani opečovávaným) není plně hrazen.

Univerzální sociální službou, kterou můžou využít neformální pečovatelé je krizová intervence. Jedná se o právní, sociální, psychologické atd. poradenství v případě osobní či rodinné krizové situace. Při nároku na tuto službu se neposuzují příjmy žadatelů.

Další službou, která podporuje nepřímo neformální pečovatele, jsou pečovatelské služby v místě bydliště, v centrech podpory a rodinných domech pomoci („usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy"). Za tímto poněkud kostrbatým názvem se skrývá služba, která zahrnuje každodenní nezbytnou pomoc se základními životními potřebami, hygienou, s péčí předepsanou lékařem, zajištění kontaktu s okolím apod. Tyto služby zajišťuje obec v tom případě, že rodina není v danou chvíli schopna péči zajistit sama či z vlastních finančních prostředků. Obec rovněž posuzuje nárok na tyto služby. Jak centra podpory, tak rodinné domy pomoci fungují jako pobytová zařízení, nicméně jsou schopna zajistit i tuto dočasnou náhradu za práci neformálních pečovatelů. **Střediska podpory** (MPiPS cca 2014c) navíc fungují i jako denní stacionáře, centra vzájemné pomoci apod. Financována jsou převážně z prostředků obce.

Podporu opečovávaných osob zajišťují také tzv. specializované pečovatelské služby. Jedná se o pomoc poskytovanou na základě specifických potřeb osoby závislé na pomoci. Zahrnuje specializované služby psychologů, pedagogů, logopedů, sociálních pracovníků apod.

Závěr:

Neudržitelná finanční situace některých pečovatelů dokonce vyvolala v roce 2013 protesty před polským parlamentem. I po úpravě vynucené výrokem ústavního soudu ale systém dávek tvoří poměrně ostrou hranici mezi těmi, kteří pečují o člověka, který získal zdravotní postižení ještě jako dítě (do 18 respektive 25 let), a těmi, kteří pečují o osobu, kterou zdravotní postižení potkalo až v dospělém věku. Kombinace nedostatečně zacílených sociálních služeb, legislativy, která je opakovaně shledána v rozporu s ústavou, a sociodemografického vývoje vytváří pro pečovatele v Polsku poměrně nepříznivé podmínky.

Dá se říct, že neformální péče je v Polsku zatím stále vnímána spíše jako soukromý problém jednotlivců než jako celospolečenské téma, kterému by se měla v rámci sociální politiky věnovat dostatečná pozornost.

Komparace mezi vybranými evropskými státy

Situace v neformální péči

Celkové veřejné sociální výdaje se procentuálně vůči HDP pohybují mezi 20-28 %. Odlišnému přístupu k sociálnímu zabezpečení odpovídají i výsledky mezinárodních šetření, např. výzkumu Eurobarometr 67.3 z roku 2007. Výsledky výzkumu popisují rozdílný postoj populací jednotlivých států k zajištění péče o seniory. Dle výsledků Švédsko výrazně vybočovalo v názoru na nejlepší způsob zajištění péče o starého otce či matku. Švédští respondenti zdaleka nejvíce z porovnávaných států preferovali využívání pečovatelských služeb. Jen asi 16 % lidí uvádělo, že by se o stárnoucí rodiče měly primárně starat jejich děti. Služby jako nejvhodnější možnost naopak volilo 80 % dotázaných. To je v ostrém kontrastu zejména s Polskem, kde by využívání služeb za nejvhodnější řešení považovalo jen asi 10 % populace.

Zajímavá je také poměrně silná preference profesionální péče ve Velké Británii. Vysvětlení můžeme hledat v dobře dostupných sociálních službách fungujících na tržním principu, kdy je značná část populace ochotná, a i schopná adekvátní služby zaplatit. To je rozdíl oproti Švédsku, kde jsou kvalitní služby silně podporované státem a tržní princip je spíše upozaděn.

Rozdílné vnímání péče i a rozdílná očekávání vůči sociálnímu systému diskutovaná výše musíme brát v potaz i při snaze o srovnání počtu neformálních pečovatelů v jednotlivých zemích. Lze jen obtížně najít kritérium, podle kterého by se určovalo, kdo už se mezi neformální pečovatele řadí a kdo ne.

To by mohlo potvrzovat domněnku o dobře rozvinutém trhu sociálních služeb ve Spojeném království, na které ale určitá část populace, hlavně kvůli svým nižším příjmům, nedosáhne a péči je tedy nucena zajistit vlastními silami.

Mnoho zákonů, strategických dokumentů či opatření reflektujících situaci v oblasti neformální péče však bylo přijato relativně nedávno a vyjadřovaná podpora má častěji podobu nepřímé než přímé pomoci. Tzn. je formulována spíše nepřímo, skrze osoby, kterým je péče poskytována, zejména v případě finanční podpory. Británie, jako jediná z porovnávaných zemí, disponuje strategií na podporu pečujících osob na národní úrovni a zcela explicitně tak vyjadřuje význam neformální péče.

Převažují však opatření nepřímého charakteru a výše poskytovaných dávek a příspěvků je spíše nízká.

Švédsko sice doposud nedefinovalo jednotnou oficiální strategii podpory neformální péče a pečujících osob, na centrální úrovni však působí dvě významné veřejné instituce – Národní rada pro zdraví a prosperitu a Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče

Aktivity v rámci občanského sektoru, v porovnání se Spojeným královstvím, v oblasti neformální péče v podstatě neexistují.

Ve Španělsku prošel systém stanovující podmínky neformální péče revoluční změnou. Španělsko v rámci SAAD systému zakotvilo obecnou povinnost podněcovat akce na podporu neformálních pečovatelů na úrovni autonomních jednotek a neformální péče je vymezena i v zákoně o závislosti, který zavádí definici „neprofesionální“ péče. Téměř veškeré podpůrné nástroje a opatření, na které mohou pečující teoreticky dosáhnout, jsou však primárně nepřímé povahy (příspěvky, služby i jiná opatření). Na rozdíl od Švédska a podobně jako ve Velké Británii nezastupitelnou roli v oblasti neformální péče a podpory pečujících osob ve Španělsku plní občanský sektor a organizace soukromého charakteru. Ani Německo v současné době nedisponuje jednotnou koncepcí či strategií v oblasti neformální péče. Tzv. Sociální zákon však pracuje definicí neformálního pečovatele. Významnou roli při hájení zájmů a poskytování podpory potřebným osobám stát přenechává organizacím neziskového nebo soukromého charakteru. Péče v rámci rodiny je zde více vnímána jako samozřejmost na úrovni běžné reciprocity a neformální péče se tak ocitá mimo ohnisko zájmu sociální politiky.

Finanční podpora pečujících rodin

Příspěvek pečujícím osobám je spíše dávkou „záchrannou“ a nelze jej považovat za kompenzaci ušlé mzdy nebo dávku pokrývající potřeby pečujících osob. Ani ve štědrém Švédsku pak, podle švédského experta L. Johanssona, není příspěvek pro pečujícího sám o sobě dostatečným příjmem zajišťujícím důstojné živobytí.

V systému nepřímé podpory se (vedle invalidního důchodu, který existuje ve všech porovnávaných zemí) zdá být nejdůležitější dávkou příspěvek na péči pro osobu se znevýhodněním. S ohledem na jeho absolutní výši pak příspěvek na péči v jednotlivých zemích přestavuje významnější podporu, než příspěvek pečující osobě.

Španělský systém explicitně determinuje využití příspěvku na péči. S ohledem na nemožnost souběžného pobírání příspěvku na soukromé služby a osobní asistenci nebo využívání služeb zřizovaných ze zákona v rámci SAAD systému lze říci, že takto nastavený systém omezuje možnost kombinovat formální a neformální péči. Naopak, v Británii, Švédsku i Německu je na

rozhodnutí samotného příjemce, jak příspěvek využije, zda jej investuje do formálních služeb, ponechá v rodině či zvolí kombinaci obou možností. Výše přímé podpory je zpravidla spíše nízká. Lze tvrdit, že invalidní důchod, příspěvek na péči a příspěvek pečující osobě jsou hlavními nástroji podpory dlouhodobé péče finanční povahy, přičemž příspěvek na péči jako podpora významně předčí příspěvek pečujícímu.

Na rozdíl od většiny diskutovaných států český systém podpory pečujících osob nepracuje s žádnou přímou finanční podporou neformálních pečovatelů. Klíčovými nástroji podpory jsou invalidní důchod a příspěvek na péči, tzn. finance plynoucí jak ze systému veřejného pojištění, tak nepojistná dávka. Oproti Polsku například Čeští pečovatelé mohou za svou péči brát část (nebo i celý) příspěvek na péči a zároveň pracovat, a to i na plný úvazek. Zatímco český příspěvek na péči je nárokován na základě zvládání tzv. aktivit každodenního života opečovávanou osobou, v Německu i Švédsku nárok reflektuje i časovou náročnost potřebné péče.

Podpora pečujících osob na trhu práce

Mezi vybranými zeměmi je (v porovnání s doposud diskutovanými aspekty, jako finance a služby) podpora pečujících osob na trhu práce nejméně rozvinutou oblastí. Za výjimku může být označeno Německo. Zajímavá opatření lze nalézt zejména ve Švédsku a Německu, které svým neformálním pečovatelům nabízejí možnost pečovatelské dovolené. Systémy obou zemí určitým způsobem umožňují neformálním pečovatelům, se alespoň dočasně, věnovat péči bez obav ze ztráty zaměstnání. Británie naopak poskytuje neformálním pečovatelům jen velmi malou podporu při setrvání na trhu práce. V urgentních případech mohou pečující využít mimořádné dovolené (taktéž připomínající české ošetřovné) nebo požádat zaměstnavatele o zkrácení/úpravu pracovní doby. Téměř identická opatření lze nalézt i v České republice a z porovnávaných zemí má české praxi nejblíže právě britský systém. Jako téměř ve všech doposud diskutovaných aspektech je však v Británii i v této oblasti rozvinutá iniciativa neziskového sektoru. Založeno bylo Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby s cílem podpořit a udržet pečující osoby v zaměstnání prostřednictvím poradenství a podpory pro zaměstnavatele tak, aby mohli rozvíjet politiku nakloněnou pečujícím osobám. Španělsko nabízí, podobně jako Německo, dlouhodobou neplacenou pečovatelskou dovolenou. Dovolená je v případě Španělska delší – až dva roky, které mohou být ještě prodlouženy v rámci kolektivních smluv. Zaměstnanci mají rovněž možnost snížit si z důvodu péče úvazek.

Částečné úvazky a flexibilní formy práce jsou považovány za důležitý nástroj podpory pečujících osob na trhu práce a obecně lze předpokládat, že už jejich samotná existence bude vytvářet příznivější možnosti pro sladění péče a práce.

Služby pro pečující i na péči závislé osoby

Na obecné úrovni je v oblasti služeb společným znakem všech porovnávaných zemí uplatňování principu subsidiarity a přenos odpovědnosti za zabezpečení potřebných služeb na nižší uzemní celky, zpravidla obce nebo kraje či regiony. Územním celkům přitom při jejich počínání náleží relativně velká autonomie. Stejně jako v České republice je naprostá většina služeb dostupných v jednotlivých zemích nepřímé povahy, což odkazuje na skutečnost, že i přes koncepční a legislativní snahy některých států formálně ukotvit pozici pečujících osob je v praxi tato skupina stále opomíjena a její potřeby nejsou zeměmi dostatečně reflektovány. Výjimku představuje Švédsko, jehož systém veřejné podpory operuje i s nabídkou přímých služeb pro pečující, která, mimo poradenství, poskytování informací a vzdělávací služby, zahrnuje např. lázeňské pobyty, masáže a jiné tzv. „good feeling activities“, a Velká Británie, kde veřejná správa často zabezpečuje služby vzdělávacího nebo informačního charakteru. Celé spektrum služeb nabízených v jednotlivých zemích (i v ČR) pak zahrnuje služby podobného typu, služby institucionální i terénní povahy. Nabídka standardně obsahuje zejména stacionáře, služby odlehčovací péče, osobní asistenci, domácí péči, poradenské, informační a vzdělávací služby. Výzkum SHARE ukazuje, že na sklonku života lidé při potřebě péče využívají pomoc profesionálních pečovatelů ve Švédsku zdaleka nejčastěji. Na národní a regionální úrovni se s touto potřebou nejlépe vypořádává Německo, které potřebu integrace a koordinace služeb zakotvuje v již samotném Sociálním zákoně a na regionální úrovni realizuje prostřednictvím tzv. Společných center služeb. Španělsko.

Zhodnocení nástrojů na podporu pečujících osob užívaných ve vybraných státech ve vztahu k české praxi

První možností podpory neformálních pečovatelů, je přímá podpora, tedy dávky určené a vyplácené pouze a přímo pečujícím osobám. Přímou podporu pečujících osob uplatňují Velká Británie, Švédsko, Německo i Polsko. V Británii jde o příspěvek pro pečující osoby, který zde patří mezi testované dávky, tzn. nemusejí ho získat osoby, které současně pobírají jiné dávky. Ve Švédsku lze v rámci přímé podpory získat příspěvek na péči o handicapované dítě. Na tuto testovanou dávku mají nárok rodiče pečující o dítě ve věku do 19 let.

Za jeden ze zajímavých příkladů řešení situace, kdy (ještě) nebyla přiznána jiná – běžně vyplácená – forma podpory, ale přitom je jisté, že daná osoba bude tuto podporu dříve či později potřebovat, nabízí opět Německo v rámci nastavení svého příspěvku na péči, který je vůbec nejčastější formou nepřímé podpory pečujících osob ve všech sledovaných státech a od roku 2007 je vyplácený i v České republice.

Německý příspěvek na péči je zajímavý pro srovnání s jeho českým ekvivalentem ještě z dalších důvodů. Podobně jako v ČR si příjemci příspěvku mohou sami vybrat poskytovatele služby a rozhodnout se, zda se obrátí na profesionální poskytovatele služeb nebo příspěvek využijí na úhradu služeb svých příbuzných a známých anebo se rozhodnou pro kombinaci obou možností. Ve výši příspěvku se poté odráží nákladovost využívané péče – v případě využívání služeb profesionálních poskytovatelů je přidělovaná částka poměrně vyšší. Za povšimnutí rovněž stojí, že není posuzována „závislost“ uživatelů, ale „potřebnost péče“. Nehodnotí se tedy míra omezení schopností posuzovaných osob (negativní přístup), ale míra potřebné kompenzace postižení (pozitivní přístup).

Je potřeba zmínit také fakt, že příspěvek na péči je v Německu pravidelně valorizován a že v průběhu připravovaných reforem by se měl, stejně jako všechny dávky vyplácené z pojištění péče, zvýšit o 20 % (ibid.).

V Německu je zajímavým způsobem nastaveno také daňové zvýhodnění pro rodiče pečující o děti, potažmo dospělé osoby se zdravotním postižením. Platí totiž, že pokud osoba závislá na pomoci dosáhla plnoletosti a její postižení je natolik závažné, že jí brání zajistit si základní životní potřeby bez pomoci druhých, je pro účely daňových výpočtů považována stále za dítě.

Pečující osoby může výrazně podpořit i institut náhradní péče a výpomoc v domácnosti. Oba tyto nástroje jsou uplatňovány také v Německu. V případě náhradní péče se počítá s tím, že i pečovatel si potřebuje od péče odpočinout nebo může onemocnět, a v těchto případech je péče po určitou omezenou dobu hrazena náhradnímu pečovateli. Podobně funguje výpomoc v domácnosti, na kterou má za jasně vymezených podmínek nárok osoba, která se dočasně ze zdravotních důvodů nemůže o domácnost postarat sama.

Velmi zajímavým příkladem jsou tzv. „contact days“ určené rodičům pečujícím o dlouhodobě nemocného potomka, k nimž se dokonce váže možnost čerpání pracovního volna a finanční kompenzace. Nabídku služeb pro pečující doplňují ve Švédsku dále tzv. „feel good activities“. Pečovatelé zde mohou získat nárok na lázeňský pobyt, masáže nebo konzultovat svůj zdravotní stav.

Příklady fungování vhodných služeb lze sledovat rovněž v německém systému. Zmínit zde lze například alternativní formy bydlení (spolužití různých generací ve speciálních domech, kdy

jedni podporují druhé v činnostech, které vzhledem ke svému věku lépe ovládají) dále ambulantní pečovatelské služby, které pokrývají komplexní škálu úkonů, tj. činnosti od základní péče o tělo, přes výživu a zdravotní péči až k poradenství, dopravě a úklidu domácnosti, anebo tzv. krátkodobou péči, která svou povahou odpovídá české respitní či odlehčovací péči, daleko lépe však reaguje na nově nastalou situaci v domácnosti opečovávaného, která si vyžaduje její využití. Zároveň se tímto modelem prokazuje nutnost propojení zdravotní a sociální péče, případně i péče vzdělávací. Propojení sektoru zdravotních a sociálních služeb se opakovaně ukázalo být klíčovým faktorem pro dosažení potřebné efektivity služeb pro osoby odkázané na péči a jejich rodiny.

Jak vyplývá z výše uvedeného, pozitivním důsledkem komplexnosti služeb bývá rozvinutost sektoru terénních služeb. Ruku v ruce s ní přichází i nabídka různých podpůrných aktivit. Bez důrazu na komplexnost a propojenost služeb by však nebyl dobře uplatnitelný ani další významný nástroj podpory osob odkázaných na péči a jejich rodin. Jím je individuální plánování služeb.

Individuální plánování služeb je nástrojem, který nabývá stále většího významu a postupně se rozvíjí v různých státech (v současnosti zejména ve Velké Británii). Nejvíce zkušeností s ním má zřejmě Švédsko. Jeho nespornou výhodou je cílené zaměření na jednotlivce, jeho konkrétní potřeby i potřeby jeho rodiny. Vytvoření individuálního plánu péče umožňuje zahrnutí různých složek péče a jejich nastavení tak, aby bylo dosaženo maximálně efektivní podpory odpovídající situaci každého konkrétního člověka. Proces individuálního plánování služeb probíhá nejčastěji skrze osobu tzv. koordinátora nebo se na něm podílí tým odborníků z různých oblastí péče.

Další důležitou oblastí podpory neformální péče je podpora pečujících na trhu práce. Ta je nejvíce rozvinutá v Německu a Velké Británii. V Německu byla zavedena pečovatelská dovolená a rodinná pečovatelská dovolená. Prvně jmenovaný nástroj funguje na podobném principu jako rodičovská dovolená a je na něj zákonný nárok, využití druhého nástroje závisí na konkrétní domluvě zaměstnance se zaměstnavatelem a funguje spíše na principu dočasně sníženého pracovního úvazku. Také Velká Británie přiznává pečujícím nárok na podporu při zaměstnávání zákoníkem práce, který jim zajišťuje právo na mimořádnou dovolenou v důsledku péče a zároveň právo na pružnou pracovní dobu. Zákon o rovnoprávnosti jim pak zaručuje ochranu před diskriminací na pracovním trhu.

V případě Velké Británie však stojí za pozornost ještě činnost Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby. Jeho cílem je udržení pečujících v zaměstnání.

Přijetí mnoha z uvedených opatření je podmíněno ustanovením neformálních pečovatelů jako cílové skupiny sociálně-politických opatření. Ve Velké Británii je podpora neformálních pečovatelů zakotvena zákonem o rovných příležitostech pro pečující osoby a nově i zákonem o péči. V Německu je definice neformálních pečovatelů zakomponována do sociálního zákona. Pečující osoby jsou v něm vymezeny jako osoby, které pečují o osobu odkázanou na pomoc druhých, kterou mají ve svém okolí, a péči nevykonávají jako své povolání. Dále jsou zákonem vymezeny charakteristiky, které musí osoba v jejich péči splňovat. V definici se tedy počítá s tím, že neformální péči nemusejí vykonávat pouze příbuzní. Podobný přístup uplatňuje také Španělsko, kde je neformální péče definována v zákoně o závislosti jako neprofesionální péče poskytovaná závislým osobám v jejich domácím prostředí rodinnými příslušníky nebo osobami z jejich okolí.

Závěr

Ve všech zemích existují shodné okruhy problémů, které neformální péče generuje: ocitnutí se v nové životní situaci, ve které je třeba se zorientovat a získat potřebné „know-how“, vznik časově náročných pečovatelských úkonů a tím redukce disponibilního času a energie pečovatele na osobní a pracovní život, omezení pracovní aktivity a z toho plynoucí špatná finanční situace a v neposlední řadě negativní dopady péče na zdravotní stav a sociální inkluzi pečujících.

Kým péči zajistit a jak ji financovat? Jak zaručit kvalitu života samotných neformálních pečovatelů a ufinancovat nástroje na jejich podporu? Jak zabrzdit odliv pečujících osob z trhu práce a omezit negativní dopady na zaměstnanost?

Zdroje:

- Geissler, H. & kol. (2015). *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. Fond dalšího vzdělávání.
- Horecký, J., & Průša, L. (2019). *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019-2050*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- Chaloupková, I. (2019). *Neformální péče.* Centrum sociálního a zdravotnického vzdělávání.
- Kašíková, M. (2019). *Dítě a péče*. Modrá beruška.
- Kuzníková, I. (2017). Dlouhodobá zdravotně sociální péče. Ostravská univerzita.
- Michálková, Z. (2019). *Pohledy na neformální péči*. Unie pečujících.
- *Pohledy na neformální péči.* (2019). Klára pomáhá.