

Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče

studie zpracovaná v rámci projektu
Vybrané sociálně ekonomické otázky poskytování
sociálních a zdravotních služeb

Blanka M i s c o n i o v á
Ladislav P r ů š a
Helena V o s t r o v s k á

leden 2003

Obsah

Úvod	3
1. Několik úvodních poznámek k poskytování sociálních a zdravotních služeb	4
2. Shrnutí poznatků získaných v rámci terénního šetření	8
2.1. Dostupnost pečovatelské služby	8
2.2. Dostupnost domácí zdravotní péče	10
3. K možnostem vytvoření systému integrované domácí sociálně zdravotní péče	12
Závěr	14
Literatura	16
Příloha	17

Úvod

Jedním z nových trendů, který je v posledních letech uváděn do praktického života v evropských zemích, je stírání resortních rozdílů při poskytování sociálních a zdravotních služeb na místní úrovni¹. Při poskytování těchto služeb v současné době v naší zemi však existuje řada problémů. Současně dochází k vzájemnému poskytování sociálních služeb zdravotnickými zařízeními a opačně zdravotních služeb ústavy sociální péče bez vyřešení adekvátního způsobu jejich vzájemného financování, na místní úrovni často nedochází ke koordinaci poskytování obou forem péče.

V návaznosti na projekty, které byly realizovány v r. 2001², je cílem této studie, která je zpracována v rámci projektu Vybrané sociálně ekonomické aspekty poskytování sociálních a zdravotních služeb,

- analyzovat legislativní bariéry, které brání širšímu vzájemnému propojování poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb na místní úrovni,
- navrhnout ucelený systém integrované domácí péče.

K zabezpečení tohoto úkolu bylo na počátku roku realizováno terénní šetření, v jehož rámci byli osloveni starostové všech pověřených obecních úřadů a městských částí v Praze³ a ve spolupráci s MPSV bylo uskutečněno celkem 5 workshopů zainteresovaných odborníků.

Studie je rozdělena do tří kapitol.

V první části je věnována pozornost charakteristice nejvýznamnějších otázek charakterizujících aktuální trendy poskytování sociálních a zdravotních služeb v Evropských zemích. Ve druhé kapitole jsou analyzovány výsledky provedeného terénního šetření zaměřeného na dostupnost terénních sociálních služeb a domácí zdravotní péče. Na tomto základě jsou následně ve třetí kapitole navržena některá řešení, která by přispěla k vytvoření systému integrované domácí sociálně zdravotní péče.

¹ viz: L. Průša - *Analýza vývoje systému sociální pomoci v 90. letech, Práce a mzda č. 1/2002*

² zejména viz:

D. Bruthanová a kol. - Právní úprava sociálních služeb ve vybraných evropských zemích, VÚPSV, Praha 2001

L. Průša - Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb, VÚPSV, Praha 2001

M. Smutek, O. Frühbauer - Role evropských municipalit v oblasti sociálních služeb, VÚPSV, Praha 2001

J. Veselá - Sociální služby a jejich poptávka, VÚPSV, Praha 2001

³ viz dotazník v příloze č. 1

1. Několik úvodních poznámek k poskytování sociálních a zdravotních služeb

V rámci reformy veřejné správy jsou důležitým aspektem, na jehož základě jsou připravována jednotlivá opatření, i poznatky získané v rámci komparace jednotlivých oblastí, v nichž patří nezastupitelné místo postavení obcí, měst a regionů. V tomto smyslu je účelné zamyslet se i nad rolí těchto územních celků při poskytování sociálních služeb.

Pod pojmem „sociální služby“ nejsou zpravidla v zemích Evropské unie chápány pouze sociální služby v pojetí, které je uplatňováno v našem právním řádu, ale jejich pojetí je podstatně širší a zahrnuje:

- zdravotnictví,
- sociální ochranu jednotlivců, rodin a skupin,
- bydlení,
- zaměstnanost⁴.

Při jejich charakteristice je důraz položen na to, aby jednotlivé služby byly dostupné každému občanovi podle jeho individuální situace, a tedy byly přizpůsobeny specifickým potřebám různých místních komunit. Skutečnost, že se jedná o místní služby, přitom neznamená, že za jejich existenci musí být zodpovědné místní orgány, jejich poskytování je přitom chápáno jako záruka práv jednotlivých občanů.

Ačkoliv všechny země nemají stejný standard služeb, je zřejmé, že určité minimum služeb musí být dostupné všem občanům. Minimální standard sociálních služeb však může být definován pouze na národní úrovni. Nezbytné je přitom zabezpečit, aby regionální i místní orgány byly zapojeny do procesu určování minimálního standardu sociálních služeb nabízených občanům, zejména v těch oblastech, kde se předpokládá, že tyto orgány budou tyto služby poskytovat.

Stát má primární odpovědnost za zajištění toho, aby tyto služby byly poskytovány, a měl by mít určité pravomoci v oblasti jejich plánování, koordinace a supervize. Vzhledem k odpovědnosti místních a regionálních orgánů za provozní aspekty se projevuje trend k decentralizaci sociálních služeb, a tedy k širšímu zapojování místních a regionálních orgánů do poskytování těchto služeb. Tento trend má přitom dvě základní formy:

- v některých zemích je všechna odpovědnost převedena na místní a regionální orgány,
- v jiných zemích je na místní a regionální orgány převedeno pouze řízení sociálních služeb s tím, že stát se podílí na všech nebo na většině finančních výdajů.

Místní orgány jsou v některých zemích pověřeny organizovat sociální služby jako doplněk těch služeb, které poskytuje stát (nebo regiony), nebo v doplňku ke své statutární odpovědnosti. Takové pověření je významným aspektem decentralizace, protože umožňuje místním orgánům přizpůsobit nabízené služby potřebám svých obyvatel a umožňuje to uplatnit svobodu rozhodování závisící na dostupnosti finančních a lidských zdrojů.

Většina zemí využívá pro zabezpečení sociálních služeb smluvní vztahy se soukromým sektorem, který hraje stále významnější úlohu při jejich poskytování. V této souvislosti je důležité zdůraznit, že výběr mezi veřejným a soukromým sektorem při

⁴ viz: L. Průša - Komparace systémů poskytování sociálních služeb v evropských státech, Zpravodaj AÚSP č. 5/2000 a č. 1/2001

zabezpečování služeb není otázkou zásady, ale měl by být založen na analýze jednotlivých případů, pokud jde o kvalitu poskytované služby a její cenu. Přesto je tento trend pozitivním znakem toho, že místní orgány mají větší volnost při rozhodování o tom, jak plnit své úkoly v této oblasti.

Pro dosažení efektivnosti při poskytování sociálních služeb vyžaduje decentralizace nalezení vhodného mechanismu jejich koordinace a zabezpečení spolupráce. Různé formy spolupráce mezi jednotlivými orgány (na stejném stupni a na různých stupních), mezi jednotlivými službami a mezi veřejným a soukromým sektorem se rozšiřují ve většině zemí. Právní předpisy přitom musí umožňovat místním a regionálním orgánům spojovat síly a volit různé alternativy při zabezpečování služeb. Tato možnost je nezbytná především v těch případech, kde rozsah místních a regionálních orgánů nebo jejich finanční kapacity jsou omezeny ve vztahu k rozsahu a nákladům služeb, které je nezbytné zabezpečit.

Účinnou koordinaci poskytovaných služeb lze zabezpečit na místní nebo na regionální úrovni. Ukazuje se, že tam, kde jsou služby koordinovány „zdola“, jsou potřeby obyvatel zabezpečovány podstatně vstřícněji⁵. Koordinované akce v jednotlivých sociálních oblastech jsou účinnější než stejné akce, které jsou realizovány izolovaně nebo samostatně. Taková interakce je zřejmá tam, kde sociální opatření dávají prioritu příjemcům a jejich potřebám.

V rámci právních předpisů jednotlivých zemí je důraz položen na otázky:

- rozdělení pravomocí,
- spolupráce mezi místními orgány,
- koordinace činnosti veřejných orgánů,
- informace a zodpovědnost,
- řízení a financování.

Jednotlivé pravomoci musejí být zcela jasně rozděleny a odpovědnost na každé úrovni správy musí být jasně definovaná, srozumitelná a přijatelná pro všechny strany. Definování úlohy místních a regionálních orgánů je důležité pro to, aby se předešlo vzniku vakua pravomocí, které by vedlo ke vzniku právního vakua pro občany - uživatele, resp. k duplikacím, což by vedlo ke zbytečným finančním nákladům a nežádoucí nutnosti přizpůsobení systému.

K základním společensko-ekonomickým a sociálně-politickým faktorům, které v současné době přímo či zprostředkovaně ovlivňují vývoj sociálních služeb (v pojetí, v jakém, je chápeme v naší zemi) v evropských zemích patří:

- prodlužování lidského věku, přičemž se prodlužuje období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby;
- přenášení standardu života v produktivním věku i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby;
- rostoucí nákladnost kompenzace narůstající závislosti na vnější pomoci⁶.

Tyto trendy, které jsou podmíněny nutností zabezpečit přiměřený komfort života ve stáří, jsou doprovázeny hledáním možností transformace celé oblasti sociálních služeb, které

⁵ viz: L. Průša a kol. - *Obce, města, regiony a sociální služby*, SOCIOKLUB, Praha 1997

⁶ viz: L. Průša, P. Víšek - *Sociálně demografická analýza obce jako základní nástroj rozvoje sociálních služeb v jednotlivých obcích*, Sociální politika č. 2/1998

jsou pro staré a zdravotně postižené občany zabezpečovány. Důvodem tohoto hledání nejsou ovšem jen ekonomické aspekty, ale jde o přiblížení života ve stáří, popř. života se zdravotním postižením, podporovaného sociálními službami, normálnímu životu. V tomto směru roste zájem o občanská práva a s nimi i o práva klientů a o potřebu jejich větší autonomie. Na tomto základě lze charakterizovat následující trendy, které se ve vyspělých evropských zemích v oblasti sociálních služeb v současném období prosazují:

1. dochází ke konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti při využití dynamizujících schopností trhu (tam, kde působí trh, není třeba organizovat, plánovat ani řídit, ale pouze účelně korigovat);
2. financování sociálních služeb je založeno na participaci více subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění apod.), neboť k tomu, aby zákonitosti trhu mohly fungovat, je nutno vytvořit koupěschopnou poptávku, tzn. že je potřebné určit, kdo rostoucí náklady na služby zaplatí;
3. dochází ke zvýšení integrace ekonomické a sociální racionálnosti, tedy ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického a tedy i ekonomického pohledu;
4. v návaznosti na to probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb především o staré občany, který je doprovázen stíráním resortních rozdílů mezi službami sociálního a zdravotního charakteru, služby obojího typu jsou přitom poskytovány zpravidla jednou agenturou;
5. roste význam sociálního poradenství a aktivit směřujících ke koordinaci péče o osoby v sociální nouzi.

V nadcházejícím období, v němž s největší pravděpodobností dojde k realizaci posledních kroků vedoucích k dokončení transformace systému sociálního zabezpečení v systém sociální ochrany obyvatel, lze předpokládat růst významu sociálních služeb. Jaká doporučení vyplývají z těchto poznatků pro naši zemi při transformaci sociálních služeb?

Jednotlivé okresy v naší zemi nejsou v oblasti sociálních služeb vybaveny dle potřeb a liší se ve schopnosti uspokojit jejich poptávku⁷. Právní normy jsou zastaralé a neodpovídají současnému vývoji, nejsou vyvinuty účinné nástroje na prosazování sociální politiky státu, odpovědnost a kompetence jednotlivých subjektů není jasně definována. Chybí ucelený a provázaný komplex nástrojů k provádění sociální politiky obce a regionu. Profesionalita sociálních pracovníků ve veřejné správě je nízká, chybí systém jejich kontinuálního vzdělávání a systém celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků obecně. Systém financování státních a nestátních subjektů poskytujících sociální služby je oddělený, poskytovatelé nemají rovný přístup k finančním prostředkům. Služby jsou financovány podle kapacity, nikoli podle potřeby, kvalita služeb není kontrolována, kontrola efektivity vynaložených prostředků se neprovádí. Neexistují komplexní data o sociálních službách, nejsou prováděny kvalitativní analýzy. Uživatelé mají velmi malý podíl na rozhodování o způsobu a formě poskytnuté sociální služby a téměř žádný podíl na jejich kontrole. Meziresortní a mezioborová spolupráce a koordinace aktivit je nedostatečná, používaná terminologie je nevyjasněná a nejednotná⁸.

⁷ viz např. L. Průša - *K otázce vybavenosti jednotlivých okresů vybranými typy sociálních služeb v předchozích letech*, PSK č. 4/1999

⁸ viz: *Návrh věcného záměru zákona o sociálních službách*, MPSV, Praha 2000

Na základě charakteristiky základních faktorů ovlivňujících potřebu jednotlivých druhů sociálních služeb s přihlédnutím k současné úrovni vybavenosti jednotlivých územních celků těmito službami a s ohledem na současné vývojové trendy v této oblasti lze vyslovit m.j. tyto hypotézy o předpokládaném vývoji sociálních služeb⁹:

- důraz bude kladen na rozvoj péče o občany v jejich vlastních domácnostech, neboť kvalita bydlení spolu s technologickým pokrokem vytvářejí prostor pro to, aby stále větší rozsah péče, kterou bylo dříve možno poskytovat pouze v ústavních zařízeních, byl zabezpečen v domácnostech občanů;
- domácí péče bude stále více nahrazovat kapacity ústavní péče, a to za výrazně vyššího standardu úrovně péče a za nižších veřejných výdajů (podle údajů VZP připadaly v 1. pololetí 2001 na jednoho pojištěnce náklady na domácí zdravotní péči ve výši 29 Kč, zatímco náklady na ústavní péči /nemocnice, odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných/ dosáhly úrovně 3 255 Kč),
- dojde k efektivnějšímu využívání jednotlivých forem sociálních služeb, neboť na základě návrhu struktury konkrétních požadavků na péči vycházejících z objektivních kritérií pro kategorizaci závislostí podle stupně zdravotního postižení občana bude možné přesněji definovat potřeby občanů a hledat způsoby jejich uspokojování nikoliv ve zcela překonaném dvoupólovém systému (terén - ústav), nýbrž poskytováním konkrétních úkonů občanu podle jeho potřeb mimo ústav i péčí ústavu apod.¹⁰,
- současně bude třeba zřizovat ošetrovatelské ústavy pro ty staré občany, kteří potřebují skutečně komplexní ústavní péči.

⁹ viz: L. Průša a kol. - *Obce, města, regiony a sociální služby*, SOCIOKLUB, Praha 1997

¹⁰ viz: J. Torová, H. Vostrovská, E. Kaplan - *Vypracování modulů jednotlivých úrovní sociálních služeb v péči o osoby závislé na pomoci jiné osoby, projekt výzkumu a vývoje MPSV*, Praha 1995

2. Shrnutí poznatků získaných v rámci terénního šetření

Na počátku r. 2001 bylo realizováno terénní šetření, v jehož rámci byli osloveni starostové všech pověřených obecních úřadů a městských částí v Praze formou dotazníku, který se skládal z 5 částí:

- základní demografická charakteristika města a spádového území,
- základní finanční ukazatele (příjmy a výdaje města),
- financování sociálních a zdravotních služeb (přehled příspěvků a dotací poskytnutých konkrétním městským úřadem jednotlivým sociálním a zdravotním zařízením),
- dostupnost pečovatelské služby a terénních sociálních služeb,
- dostupnost domácí zdravotní péče.

Dotazník byl zaslán celkem na 408 pověřených obecních úřadů a úřadů jednotlivých městských částí v Praze. Do 15. května 2002 přišlo celkem 290 odpovědí (t.j. 71,1 % návratnost), které byly následně analyzovány ze tří hledisek:

- znalost věkového složení obcí (měst) a jejich spádového území, v němž vykonávají v přenesené působnosti výkon státní správy v sociální oblasti (z tohoto pohledu bylo do šetření zahrnuto celkem 284 odpovědí),
- výše poskytované dotace na sociální a zdravotní služby ve vazbě:
 - na počet obyvatel obce (města) a regionu,
 - na výši příjmů a výdajů obce (města),
- propojení pečovatelské služby a terénních sociálních služeb s domácí zdravotní péčí na místní úrovni.

Rozboru demografických a ekonomických charakteristik je věnována studie "Obce (města) a výdaje na sociální a zdravotní služby v r. 2001" (L. Průša, VÚPSV, Praha 2002).

2.1 Dostupnost pečovatelské služby

Pečovatelská služba je komplexem služeb poskytovaných klientům, kteří si nejsou schopni zajistit bio-psycho sociální potřeby v přirozeném sociálním prostředí. Přitom se vychází z toho, že:

- klient žije ve svém soukromí,
- každý občan má svůj způsob života, který musí poskytovatel péče respektovat,
- cílem pečovatelské služby je udržení klienta v domácím prostředí a pomoci mu k svépomoci,
- je nutné respektovat širší souvislosti a svobodná rozhodnutí každého klienta,
- je nutné respektovat a akceptovat komplexnost sociální situace klienta,
- je třeba využívat osobnostní vybavenost každého pracovníka pečovatelské služby jako je kreativita, improvizace, altruismus,
- je třeba provázet a podporovat klienta při řešení problémů a prožívání každodenního života,
- je třeba zabezpečit interdisciplinární přístup k řešení sociální situace každého klienta,
- je třeba mít na zřeteli vědomí smyslu práce s klientem,

- je třeba realizovat pečovatelskou službu v lidském rozměru.

Toto desatero, které zdaleka není vyčerpávající, reaguje na životní pozice klienta, ze kterých plyne požadavek samotného klienta, aby k němu bylo takto přistupováno. Poskytování pečovatelské služby vytváří široké pole pro výkon sociální práce. Absence sociální práce při práci s člověkem je velice škodlivá a logicky má své negativní dopady na člověka především, na profil celého oboru, na ekonomiku poskytovaných služeb i na celý systém a koncepci sociálních služeb.

Dotazníková akce ukázala, že sociální práce s klientem se při poskytování pečovatelské služby intuitivně provádí, přestože není přesně definována a přestože v celém systému pracuje málo pracovníků se sociální kvalifikací. Většina pracovníků ví (a také se podle toho chová), že je velmi špatné zajistit péči o domácnost nebo klienta a nevíšmat si jeho osobní situace. Z tohoto pohledu lze péči o člověka charakterizovat jako souhrn:

- jeho hmotného zabezpečení,
- poskytnutí pomoci technického rázu,
- sociální práce s člověkem.

Výkon činností souhrnně označených jako „práce s člověkem“ však ke škodě oboru pečovatelské není definováno a z tohoto pohledu se provádí „ilegálně“. Dosud platná sociální legislativa nezná pojem "sociální práce", názory na její legislativní zakotvení jsou velice negativní¹¹.

Odpovědi na otázky týkající se odbornosti sociální práce nesou znaky nejednotné terminologie, která se často projevuje v subjektivním výkladu pojmu sociální práce, příp. ve striktním odmítání výkonu této činnosti v rámci pečovatelské služby (např. odpověď „sociální práce s klientem lze realizovat jen umístěním do DD“). V některých případech jsou zřejmé i nejasnosti ve výkladu samotných úkonů pečovatelské služby, a to jak ve vztahu k oblasti sociální, tak i k oblasti zdravotní (např. odpověď: "úkony pečovatelské služby jsou zaměňovány za úkony zdravotní"), chybí znalost pojmu „zařízení pečovatelské služby" dle vyhlášky č. 182/1991 Sb. v platném znění. Pojem "sociální práce" si někteří respondenti vysvětlují jako práci s praktickým lékařem nebo ji spojují pouze s technickými požadavky na budovy. Z některých odpovědí zřetelně plyne volba nejjednoduššího řešení problematiky klienta v domácí péči, t.j. jeho umístění do ústavní péče. V souvislosti s převodem zřizovatelské funkce z okresních úřadů na obce dochází především v malých obcích ke stagnaci až zániku pečovatelských služeb, a to především z důvodu jejího nedostatečného finančního zabezpečení. Pokud města převzala pečovatelskou službu v uplynulém období od okresního úřadu, zpravidla ji realizují pouze pro vlastní občany.

Přestože v oblasti pečovatelské služby chybí jednotná metodika, je zřejmé, že je poskytována na základě kvalitních lidských vztahů, které pramení z osobního potenciálu jednotlivých poskytovatelů, je poskytována nad rámec jejich pracovních povinností a pracovního času. Navzdory nejasnému vymezení jednotlivých kompetencí pracovníci pečovatelské služby pomáhají klientům řešit jejich osobní problémy a krize, což ukazuje na významný posun náhledu na uspokojování potřeb klientů v terénu.

Obsah práce většiny pečovatelských služeb se realizuje v dimenzi pomáhající profese. Respondenti v převažující míře upozorňovali na chybějící zařízení pečovatelské služby, které musí doplňovat domácí péči (domovinky, respitní péče). Z hlediska nejvíce

¹¹ viz: stanovisko Legislativní rady vlády k návrhu zásad zákona o sociální pomoci, Úřad vlády, Praha 1994

chybějících služeb se v rámci odpovědí objevovala často širší potřeba osobních asistencí, aktivizačních programů, kadeřnických služeb, pedikúry, masáže a celodenních služeb.

Ke službám, které nejsou využívány, se řadí zejména úkony, jejichž četnost je nízká díky postupnému zlepšování bytových podmínek jednotlivých klientů (např. nošení uhlí, štípaní dříví). V některých případech není zřejmé, zda služba, jako je dohled nad dospělým občanem nebo dítětem, není využívána proto, že není nabídnuta. Využívána není tlumočnická služba, která byla přiřazena k pečovatelské službě, méně se využívá péče o děti.

Z hlediska kvalifikace pracovníků pečovatelské služby je zřejmé, že na pozici řízení pečovatelské služby jsou většinou pracovníci se zdravotním vzděláním, na pozici pečovatelka jsou absolventi specializovaných kursů, což koresponduje s absencí sociálního školství v uplynulém období. Tento stav bylo v uplynulých letech možné řešit jedinou alternativou a to požadavkem na zdravotní kvalifikaci pro pracovníky pečovatelské služby jako jediného příbuzného oboru. Nevýhodou tohoto stavu byl však posun péče ke zdravotnictví v situacích, které bylo třeba řešit metodami sociální práce.

2.2 Dostupnost domácí zdravotní péče

Na otázky týkající se domácí péče reagovali pověřeni zástupci z 281 měst a obcí. Odpovědi na otázky uvedené v dotazníku byly nejčastěji zpracovány pověřenými pracovníky příslušných úřadů, kteří mají ve své přímé působnosti problematiku zdravotní či sociální péče (zdravotní radové, zdravotní referáty, sociální odbory, humanitární odbory, odbory péče o občany atp). Mezi odevzdanými dotazníky je 27 dotazníků, které nebyly vyplněny vůbec zejména proto, že pověřeni zástupci uvádí, že domácí zdravotní péče v jejich lokalitě není dosud zajištěna. Alarmující přitom je, že v řadě z uvedených lokalit domácí zdravotní péče prokazatelně existuje, ale pověřeni zástupci o této skutečnosti dosud nemají přehled.

Z vyhodnocení údajů získaných v rámci terénního šetření je zřejmé, že občané jsou z cca 60 % uspokojivě informováni o možnostech systému domácí zdravotní péče, z cca 53 % je zajištěna dostupnost domácí zdravotní péče všem občanům regionu a všechny potřeby občanů v této oblasti jsou uspokojovány i v obtížněji dostupných lokalitách.

Domácí zdravotní péči poskytuje podle výsledků šetření celkem 402 agentur domácí péče (t.j. cca 85 % z jejich celkového počtu podle údajů ÚZIS), jejich zřizovatelem jsou z cca 55 % fyzické osoby, z 41 % právnické osoby, v 16 případech zřizovatel nebyl uveden. V těchto agenturách pracuje celkem 1 506,05 přepočtených pracovníků (t.j. cca 82 % z údajů ÚZIS)¹², z nichž je cca 82,6 % kvalifikovaných pracovníků a cca 5,7 % administrativních pracovníků.

Z celkového počtu agentur domácí péče poskytuje komplexní domácí péči (tedy integrovanou domácí sociálně zdravotní péči) 41,5 % agentur, 56,7 % agentur poskytuje pouze odbornou zdravotní péči (u 7 agentur není uvedena forma poskytované domácí péče). Tuto péči poskytuje 58,0 % agentur nepřetržitě, 21,7 % agentur o víkendech a 20,3 % agentur i v odpoledních hodinách.

Při zajišťování domácí zdravotní péče z více než 51 % spolupracují praktičtí lékaři s agenturami domácí péče a se samosprávami jednotlivých obcí, v 8 případech se nehovoří o

¹² Některé údaje uvedené v dotazníku nejsou specificky zaměřeny na přepočtený počet pracovníků v domácí zdravotní péči, ale chybně je udáván údaj o všech registrovaných pracovnících působících v nestátních zdravotnických zařízeních, a to ve formě návštěvní služby sester v rodinách, následně ošetrovatelské péče v penzionech, domovinkách a dalších formách následné péče - v řadě lokalit tak dochází ke zkreslení skutečnosti, která vypovídá o dostupnosti domácí zdravotní péče pro občany, neboť její obsah je pověřenými pracovníky zaměňován s jinými formami zdravotní nebo i sociální péče.

vzájemné spolupráci, z některých odpovědí je však zřejmé, že spolupráce je nedostatečná a špatná, někdy i z obav z represí od zdravotních pojišťoven. Poněkud zarážející je skutečnost, že pouze cca 43 % ošetřujících lékařů, kteří propouštějí klienta z hospitalizace, spolupracují s agenturami domácí péče a se samosprávou obce. Tyto údaje je však nutno hodnotit velmi obezřetně, neboť v cca 40 - 50 % hodnocených dotazníků na tuto otázku nebylo zodpovězeno.

O tom, že o skutečném rozsahu domácí zdravotní péče není řada obcí informována svědčí, že ve svých odpovědích uvedli, že tato forma péče je využívána cca 20 tis. klienty, t.j. cca 13,4 % z celkového počtu klientů, který je vykazována ÚZIS. Podle naprosté většiny odpovědí (cca 80 %) je domácí zdravotní péče schopna řešit zdravotní problémy klienta komplexně a má pozitivní ohlas v daném regionu (cca 95 % odpovědí), jednoznačně negativní ohlas byl zaznamenán pouze v jediném případě.

V zájmu zvýšení dostupnosti domácí zdravotní péče, informovanosti a edukace klientů a jejich blízkých, motivace ošetřujících lékařů a státní správy a samosprávy k integraci sociální a zdravotní péče poskytované v přirozeném prostředí klientů byla navržena velice široká škála řešení, která se zabývají jak lokálními problémy a stížnostmi na zdravotní pojišťovny, ošetřující lékaře nebo omezenou dostupnost domácí péče v místě i čase, tak i návrhy na globální řešení podpory rozvoje domácí péče v České republice. Mezi nejčastěji zmiňované návrhy patří:

- integrace zdravotní a sociální péče v systému domácí péče,
- zpracování koncepce domácí péče,
- vytvoření legislativního rámce pro integrované formy péče v komunitě,
- vylepšení motivace ošetřujících lékařů k indukcii domácí zdravotní péče,
- změna v motivaci klientů,
- potřeba rozšíření sítě, personální kapacity a zlepšení dostupnosti domácí péče, a to i pro klienty v obtížně dostupných lokalitách,
- změna výše hodnoty a způsobu financování domácí péče (integrace zdrojů financování),
- zlepšení informovanosti o systému domácí péče (medializace domácí péče),
- zajištění edukace klientů v oblasti sebepéče a vzájemné péče,
- zohlednění multidisciplinárního přístupu při poskytování domácí péče (zařazení psychologů, logopedů a dalších odborností),
- zlepšení regionální koordinace při poskytování domácí péče a sociálních služeb.

3. K možnostem vytvoření systému integrované domácí sociálně zdravotní péče

V současné době jsou sociální a zdravotní služby terénního charakteru na území jednotlivých měst a jejich spádových území zabezpečovány především formou:

- pečovatelské služby, jejíž zřizovatelem je ve většině případů obec, v některých případech ještě okresní úřad, v některých případech již nestátní nezisková organizace,
- domácí zdravotní péče, jejíž zřizovatelem jsou zpravidla nestátní neziskové organizace a fyzické osoby.

Z rozboru informací získaných v rámci dotazníkového šetření vyplynulo několik velmi závažných zjištění. Jedná se především o tyto poznatky:

- v některých městech nemají dostatečný přehled především o aktivitách, které jsou zabezpečovány ze strany nestátních neziskových organizací¹³, popř. i prostřednictvím okresního úřadu (v tomto smyslu se v plném rozsahu potvrdily některé dřívější poznatky vyplývající z analytických šetření¹⁴, tato skutečnost vysvětluje i výrazné nesrovnalosti ve statistických podkladech a jejich neúplnost¹⁵),
- pouze cca 43 % ošetřujících lékařů, kteří propouštějí klienta z hospitalizace, spolupracují s agenturami domácí péče a se samosprávou obce,
- v několika málo případech je spolupráce s praktickými lékaři nedostatečná a špatná, někdy i z obav z represí ze strany zdravotních pojišťoven.

V obecné rovině stávající systémy terénních sociálních služeb a domácí zdravotní péče fungují na uspokojivé úrovni. Z hlediska jejich vzájemné propojenosti, resp. návaznosti lze pozitivně hodnotit vzájemnou spolupráci především v těch regionech, kde již v současné době obce (města) poskytují sociální služby. Jakkoli v rámci realizace reformy veřejné správy nedochází k naplnění jednoho ze základních strategických cílů - t.j. přiblížení sociálních služeb občanům - přenos zřizovatelských kompetencí k naprosté většině sociálních zařízení do samosprávné působnosti jednotlivých krajů vytváří určité dynamizující prostředí, v jehož rámci by mohlo dojít k odstranění výše uvedených nedostatků obou systémů sociální ochrany obyvatelstva a ke zlepšení jejich vzájemné interakce. V tomto smyslu jde zejména o dořešení těchto otázek:

- zákonem je třeba uložit obcím povinnost, aby vytvářely m.j. podmínky pro zajišťování integrované domácí sociálně zdravotní péče na svém území a zajistily koordinaci jednotlivých subjektů, které ji budou poskytovat (stávající dikce zákona o obcích je velmi široká),
- právně zakotvit nové moderní formy sociálních služeb (osobní asistence, chráněné bydlení ...) a rozšířit okruh úkonů stávajících typů služeb, které vytvářejí podmínky pro zabezpečení komplexní péče o klienta (např. v rámci úkonů pečovatelské služby rozšířit stávající spektrum o poradenství, pomoc při prosazování práv a zájmu klientů),
- přehodnotit stávající systém financování sociálních a zdravotních služeb a vytvořit takové prostředí, které bude dynamicky reagovat na nově vznikající potřeby občanů,

¹³ Např. v rámci šetření bylo součtem údajů zjištěno, že domácí ošetřovatelská péče je poskytována 20 947 klientům, zatímco podle dostupných statistických podkladů UZIS byla tato forma péče poskytována celkem 171 614 klientům

¹⁴ viz např.: J. Kotíková, L. Průša, J. Vlach - Regionální analýza a koncepce zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče, VÚPSV, Praha 2001

¹⁵ viz: L. Průša - Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb, VÚPSV, Praha 2001

- zvýšit roli, odpovědnost, informovanost územních samosprávních celků při poskytování sociálních služeb a zdravotní péče vč. zabezpečení nepřetržité dostupnosti jednotlivých segmentů systému integrované domácí sociálně zdravotní péče,
- položit důraz na vzdělávání klientů, členů jejich rodin a poskytovatelů sociálních služeb.

Závěr

V souvislosti s tím, že v posledních letech dochází v Evropě ke stírání resortních rozdílů při poskytování sociálních a zdravotních služeb na místní úrovni, bylo cílem tohoto projektu navrhnout ucelený systém integrované domácí sociálně zdravotní péče.

V posledních letech dochází v souvislosti s prodlužováním lidského věku spolu s působením celé řady dalších faktorů ke zvyšování nákladů na zabezpečení sociálních služeb, což vede prakticky všechny státy ke hledání možností transformace celého tohoto systému. V tomto směru dochází ke hledání optimální formy zabezpečení potřeb člověka jak z humánního, tak i technického a ekonomického hlediska. Významné místo přitom patří konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti, je prosazován vícezdrojový princip při financování sociálních služeb.

Tyto skutečnosti vedou k tomu, že rámci reformy sociálních služeb jsou v naší zemi hledány možnosti poskytování služeb občanům v jejich vlastních domácnostech.

V rámci této studie bylo realizováno terénní šetření, jehož cílem bylo zmapovat dostupnost pečovatelské služby a domácí zdravotní péče v jednotlivých spádových regionech obcí s přenesenou působností.

V současné době jsou sociální a zdravotní služby terénního charakteru na území jednotlivých měst a jejich spádových území zabezpečovány především formou:

- pečovatelské služby, jejíž zřizovatelem je ve většině případů obec, v některých případech ještě okresní úřad, v jiných případech již nestátní nezisková organizace,
- domácí zdravotní péče, jejíž zřizovatelem jsou zpravidla nestátní neziskové organizace a fyzické osoby.

Přitom se ukázalo, že převodem pečovatelských služeb z okresních úřadů na obce dochází především v malých obcích pro její nedostatečné finanční zabezpečení ke stagnaci až zániku řady těchto služeb, řada měst poskytuje pečovatelskou službu pouze pro vlastní občany, řada terénních sociálních služeb chybí (domovinky, respitní péče, osobní asistence), některé služby naopak nejsou využívány (tlumočnická služba, péče o děti, dohled nad občanem). Problémem je rovněž skutečnost, že legislativně není definován pojem "sociální práce".

Z hlediska dostupnosti domácí zdravotní péče je alarmující především skutečnost, že o možnostech jejího poskytování nemá řada pracovníků referátů sociálních věcí na pověřených obecních úřadech dostatek informací, stejně tak jako skutečnost, že pouze přibližně polovina praktických lékařů spolupracuje s agenturami domácí péče. V některých případech je tato spolupráce nedostatečná i z obav z represí od zdravotních pojišťoven.

V obecné rovině stávající systémy terénních sociálních služeb a domácí zdravotní péče fungují na uspokojivé úrovni. Z hlediska jejich vzájemného propojení lze pozitivně hodnotit vzájemnou spolupráci především v těch regionech, kde již v současné době obce (města) poskytují sociální služby. Jakkoli v rámci realizace reformy veřejné správy nedochází k naplnění jednoho ze základních strategických cílů - t.j. přiblížení sociálních služeb občanům - přenos zřizovatelských kompetencí k naprosté většině sociálních zařízení do samosprávné působnosti jednotlivých krajů vytváří určité dynamizující prostředí, v jehož rámci by mohlo dojít ke zlepšení vzájemné interakce obou systémů. V tomto smyslu jde zejména o dořešení těchto otázek:

- zákonem je třeba uložit obcím povinnost, aby vytvářely m.j. podmínky pro zajišťování integrované domácí sociálně zdravotní péče na svém území a zajistily koordinaci jednotlivých subjektů, které ji budou poskytovat (stávající dikce zákona o obcích je velmi široká),

- právně zakotvit nové moderní formy sociálních služeb (osobní asistence, chráněné bydlení ...) a rozšířit okruh úkonů stávajících typů služeb, které vytvářejí podmínky pro zabezpečení komplexní péče o klienta (např. v rámci úkonů pečovatelské služby rozšířit stávající spektrum o poradenství, pomoc při prosazování práv a zájmu klientů),
- přehodnotit stávající systém financování sociálních a zdravotních služeb a vytvořit takové prostředí, které bude dynamicky reagovat na nově vznikající potřeby občanů,
- zvýšit roli, odpovědnost, informovanost územních samosprávních celků při poskytování sociálních služeb a zdravotní péče vč. zabezpečení nepřetržité dostupnosti jednotlivých segmentů systému integrované domácí sociálně zdravotní péče,
- položit důraz na vzdělávání klientů, členů jejich rodin a poskytovatelů sociálních služeb.

Propojení sociálních a zdravotních služeb by se však nemělo omezovat pouze na propojení pečovatelské služby a domácí zdravotní péče, ale je účelné usilovat o kooperaci všech segmentů sociální a zdravotní péče. V tomto smyslu se jedná např. o objektivizaci úhrad za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních, o úhradu zdravotní péče poskytované v ústavech sociální péče ze systému zdravotní pojištění a o zvažování úhrady tzv. hotelových služeb při pobytu ve zdravotnických zařízeních.

Literatura

- D. Bruthansová a kol. - Právní úprava sociálních služeb ve vybraných evropských zemích, VÚPSV, Praha 2001
- J. Kotíková, L. Průša, J. Vlach - Regionální analýza a koncepce zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče, VÚPSV, Praha 2001
- L. Průša a kol. - Obce, města, regiony a sociální služby, SOCIOKLUB, Praha 1997
- L. Průša, P. Víšek - Sociálně demografická analýza obce jako základní nástroj rozvoje sociálních služeb v jednotlivých obcích, Sociální politika č. 2/1998
- L. Průša - K otázce vybavenosti jednotlivých okresů vybranými typy sociálních služeb v předchozích letech, PSK č. 4/1999
- L. Průša - Komparace systémů poskytování sociálních služeb v evropských státech, Zpravodaj AÚSP č. 5/2000 a č. 1/2001
- L. Průša - Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb, VÚPSV, Praha 2001
- L. Průša - Analýza vývoje systému sociální pomoci v 90. letech, Práce a mzda č. 1/2002
- M. Smutek, O. Frühbauer - Role evropských municipalit v oblasti sociálních služeb, VÚPSV, Praha 2001
- J. Torová, H. Vostrovská, E. Kaplan - Vypracování modulů jednotlivých úrovní sociálních služeb v péči o osoby závislé na pomoci jiné osoby, projekt výzkumu a vývoje MPSV, Praha 1995
- J. Veselá - Sociální služby a jejich poptávka, VÚPSV, Praha 2001
- Návrh věcného záměru zákona o sociálních službách, MPSV, Praha 2000
- stanovisko Legislativní rady vlády k návrhu zásad zákona o sociální pomoci, Úřad vlády, Praha 1994

Městský úřad v

I. ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA MĚSTA A SPÁDOVÉHO ÚZEMÍ (*uved'te, prosím, poslední Vám dostupné a známé údaje*)

počet obyvatel města):

- celkem
- z toho:

 - v předproduktivním věku
 - v produktivním věku
 - v poproduktivním věku

počet obcí, pro které vykonává městský úřad v přenesené působnosti výkon státní správy v sociální oblasti

počet obyvatel žijících v tomto spádovém území

- celkem
- z toho:

 - v předproduktivním věku
 - v produktivním věku
 - v poproduktivním věku

II. ZÁKLADNÍ FINANČNÍ UKAZATELE (*uved'te, prosím, údaje za r. 2001*)

příjmy města (v tis. Kč.)

- celkem
- z toho: vlastní příjmy

výdaje města (v tis. Kč)

- celkem
- z toho: dotace na sociální služby celkem

10. Jaké je personální složení (kvalifikace) pracovníků pečovatelské služby?
11. Jakou má pečovatelská služba pověst u občanů?
12. Pečovatelská služba je poskytována za úhrady, které jsou na nižší - střední - maximální úrovni, dané v příloze č. 1 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění?
13. Kolik občanů Vašeho regionu žije zcela osaměle?
14. Je pečovatelská služba poskytována rovněž:
- v odpoledních hodinách?
 - o víkendech?
 - nepřetržitě?
15. Spolupráce pečovatelské služby se zdravotní institucí probíhá na úrovni
- agentur domácí zdravotní péče
 - praktického lékaře
 - návštěvní služby
16. Kdo je zřizovatelem pečovatelské služby ve Vašem regionu?
- právnické osoby celkem
 - z toho: města a obce
 - občanská sdružení
 - humanitární organizace církví
 - obecně prospěšné společnosti
 - fyzické osoby celkem
17. Kolik příjemců pečovatelské služby má podanou žádost o přijetí do domova důchodců?

V. DOSTUPNOST DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

1. Jsou uspokojivě informováni Vaši občané o možnostech systému domácí zdravotní péče?
2. Je zajištěna dostupnost domácí zdravotní péče všem občanům Vašeho regionu bez rozdílu? Jsou uspokojovány všechny potřeby občanů v oblasti domácí zdravotní péče ve Vašem regionu i v obtížněji dostupných lokalitách ?
3. Kolik subjektů s registrací pro poskytování domácí zdravotní péče (odbornost 925) působí ve Vašem regionu:
Počet agentur domácí péče celkem:
4. Kdo je zřizovatelem agentur domácí zdravotní péče ve Vašem regionu?
- právnické osoby celkem
 - z toho: města a obce
 - občanská sdružení
 - humanitární organizace církví
 - obecně prospěšné společnosti
 - fyzické osoby celkem

5. Jakou mají personální kapacitu celkem agentury domácí péče působící ve Vašem regionu (jaký je přepočtený počet všech pracovníků působících v systému domácí péče ve Vašem regionu)?
 přepočtený počet všech pracovníků působících v systému domácí péče
6. Jaké je odborné personální složení (dosažená úroveň kvalifikace v příslušném oboru například všeobecná sestra, dětská sestra, fyzioterapeut...) pracovníků agentur domácí zdravotní péče působících ve Vašem regionu ?
- počet kvalifikovaných pracovníků celkem
 - počet pomocných pracovníků celkem
 - počet administrativních pracovníků celkem
 - ostatní pracovníci celkem
7. Agentury domácí péče ve Vašem regionu poskytují:
- komplexní domácí péči (integrovanou zdravotní a sociální péči a pomoc)
 počet agentur
 - domácí zdravotní péči (pouze odbornou zdravotní péči)
 počet agentur
8. Je domácí zdravotní péče poskytována rovněž:
- v odpoledních hodinách?
 - o víkendech?
 - nepřetržitě?
9. Spolupracují praktičtí registrující lékaři s agenturami domácí péče a samosprávou obcí při zajišťování domácí zdravotní péče ?
10. Spolupracují ošetřující lékaři, kteří propouští klienta z hospitalizace, s agenturami domácí péče a samosprávou obce?
11. Kolika občanům byla domácí zdravotní péče poskytována za uplynulý kalendářní rok (v rozsahu dnů, týdnů i měsíců), jaký byl jejich průměrný věk?
12. Je domácí zdravotní péče schopna řešit zdravotní problém klienta komplexně ?
13. Jakou má domácí zdravotní péče pověst u občanů ?
14. Kolik příjemců domácí zdravotní péče má podanou žádost o přijetí do domova důchodců?
15. Jaké změny v oblasti
- struktury a dostupnosti systému domácí zdravotní péče,
 - informovanosti a edukace klientů a jejich blízkých,
 - motivace ošetřujících lékařů klientů,
 - motivace státní správy a samosprávy k integraci zdravotní a sociální péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí klientů
- a dalších aspektů spojených s poskytováním domácí zdravotní péče navrhujete pro její zlepšení (více o systému domácí zdravotní péče viz www.zdrav.cz/odkaz pro odborníky/viz odkaz domácí péče/viz Otázky a odpovědi spojené se systémem domácí péče)?