

## CAN YOU FIND INSPIRATION ABROAD FOR MODIFYING THE SYSTEM OF SOCIAL CARE SERVICES IN THE CZECH REPUBLIC?

Ladislav Průša<sup>1</sup>

---

### Abstract

Population in the Czech Republic is aging, the system of social welfare services is not prepared for the consequences that follow. The aim of the paper is therefore to try to identify some solutions that would be appropriate to reflect on the system of social services in the Czech Republic on the basis of the international comparison of social services systems in European countries. The different organization of social systems in individual countries determines the possibility of reflecting a number of principles that apply to them. Key sources of information should therefore be sought primarily in Central European countries – particularly in Germany, Austria and Slovakia. In these countries, similar principles apply to solving individual social situations as in our country. Possible solutions can be found mainly in the system of financing social services, in particular in increasing the number of degrees of dependence, in increasing the range of activities and needs in assessing the degree of dependence, in determining their weight and in significantly prolonging the period of provision of support for long-term nursing a family member.

### Keywords

Social Care Services, International Comparison, Germany, Austria, Slovakia

---

### I. Úvod

Mezinárodní komparace v oblasti sociálních služeb je velmi složitou otázkou, které nebyla v minulosti věnována soustavná pozornost. V posledních letech lze řadu podnětných informací získat z pravidelných zpráv o sociálních službách v obecném zájmu zpracovávaných Evropskou komisí (European Communities, 2008) (European Communities, 2010) (European Communities, 2013) nebo ze zpráv o aktuálních politických reformách v zemích Evropské unie (European Union, 2015). Další cenné poznatky především z hlediska poskytování služeb sociální péče, resp. dlouhodobé péče lze získat z řady publikací, výzkumných studií a odborných statí, které byly v uplynulých letech zpracovány i v naší zemi (Průša a Horecký, 2012) (Tomeš, 2010b) (Wija, 2012).

Při studiu systémů sociálních služeb v jednotlivých evropských zemích je potřebné mít na zřeteli tři metodologické poznámky:

- Pod pojmem "sociální služby" nejsou v evropských zemích chápány pouze sociální služby v pojetí, které je uplatňováno v našem právním řádu, ale jejich pojetí je podstatně širší a zahrnuje rovněž:
  - zdravotní péči,
  - sociální ochranu jednotlivců, rodin a skupin,
  - problematiku sociálního bydlení,
  - služby zaměstnanosti.
- Služby sociální péče tak, jak jsou pojímány v naší zemi, jsou ve většině evropských zemích součástí systému dlouhodobé péče a jejich poskytování klientům je propojeno s poskytováním zdravotní péče.
- Výrazným limitujícím prvkem, který determinuje systémy organizace, financování, řízení a poskytování sociálních služeb v jednotlivých zemích je územně správní uspořádání

---

<sup>1</sup> Research Institute for Labour and Social Affairs, Dělnická 213/12, 170 00 Praha 7, Czech Republic. E-mail: ladislav.prusa@vupsv.cz.

## Can you Find Inspiration Abroad for Modifying the System of Social Care Services in the Czech Republic?

jednotlivých zemí a rozdělení kompetencí mezi jednotlivými stupni státní správy a samosprávy.

Cílem tohoto příspěvku je na základě studia systému služeb sociální péče v Německu, v Rakousku a na Slovensku nastínit principy některých konkrétních opatření, která by bylo vhodné implementovat – především v oblasti financování – i do systému služeb sociální péče v naší zemi. Systémy sociálních služeb v těchto zemích představují vhodný inspirativní zdroj při hledání odpovědí na otázky, které stojí před naší společností v současné době, kdy je nutno reagovat na očekávané demografické trendy.

Základní metodou zpracování celého příspěvku byla metoda desk research, která byla v některých případech doplněna korespondencí se zahraničními experty v zájmu zpřesnění informací získaných při studiu základních právních norem a odborné literatury.

### II. K typologii sociálních služeb

Termín "sociální služba" je v odborné literatuře v ČR používán k označení:

- druhu sociální péče poskytované konáním státní nebo obecní instituce ve prospěch jiné osoby,
- činnosti ve prospěch občan poskytovaných soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí nebo soukromoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce,
- sociální práce ve prospěch lidí v sociální nouzi.

Sociální služby se mohou poskytovat ve všech systémech sociální ochrany jako náhrada sociálních dávek nebo jako jejich doplněk. Poskytují se místo peněžních dávek tam, kde je to sociálně efektivnější, ekonomická efektivnost však není a nemůže být jediným kritériem pro volbu mezi poskytnutím dávky nebo služby, neboť poskytování služeb je vždy nákladnější. Kritériem pro rozhodování je vždy okolnost, zda službu nezabezpečuje cílenou sociální potřebu účinněji než peněžitá dávka (Tomeš, 2010a).

Matoušek a Koldinská (2007) stávající modely sociálních služeb v evropských zemích rozdělují do čtyř hlavních skupin:

- anglosaský model,
- skandinávský model,
- korporativní model,
- vzájemnostní model.

Podle jejich názoru státy, které patří do skandinávského modelu, poskytují zpravidla nejširší škálu nabídek sociálních služeb, která je zajištěna převážně veřejným sektorem, role nestátních subjektů v těchto zemích je velmi malá. Naopak největší důležitost nestátních poskytovatelů sociálních služeb lze nalézt v korporativním modelu, kde financování takto poskytovaných sociálních služeb je mj. řešeno prostřednictvím samostatného typu sociálního pojištění.

Otázku financování sociálních služeb a rostoucích nároků na jejich efektivitu řešila v minulosti Velká Británie (lze ji charakterizovat jaké zástupce anglosaského modelu) zavedením systému "quasi-markets". Tento přístup přinesl pozitivní výsledky, jeho nedostatkem je, že redukuje nabídku "nelukrativních" služeb a může vytvořit přebytek takových služeb, jejichž poskytování se vyplácí.

Základní odlišnosti mezi jednotlivými typy sociálních služeb ukazuje Tabulka 1.

**Tabulka 1 Srovnání jednotlivých typů sociálních služeb ve vybraných zemích**

	anglosaský model	korporativní model	skandinávský model	vzájemnostní model
	Velká Británie	Německo	Švédsko	Francie
pestrost nabídky poskytovaných sociálních služeb	malá	dostatečná	široká	pro seniory malá
role veřejného sektoru	malá	malá	velká	velká
role soukromého sektoru	vzrostla (quasi – markets)	velká	malá	malá
financování	státní rozpočet, úhrada klienta	pojištění, dotace	státní rozpočet	pojištění, státní rozpočet

Zdroj: Matoušek a Koldinská, (2007)

V posledních letech je důraz položen na realizaci řady změn s cílem zvýšit kvalitu a efektivnost poskytování sociálních služeb, dochází k prohlubování přímých vazeb mezi jejich uživateli a poskytovateli, zvyšuje se samostatnost uživatelů služeb, roste jejich participace na společenském životě, je podporován přístup k sociálním právům (Čáslava, 2009). V praxi se objevují rozdílné modely jak zahrnout uživatele do procesu poskytování služeb. Uživatel může být chápán jako občan disponující svými právy (welfaristický přístup) nebo jako spotřebitel uplatňující volbu (spotřebitelský přístup), případně jako koproducent, který ovlivňuje způsob poskytování služby (participační přístup). V praxi bývají užívány strategie, které jsou mixem těchto rozdílných modelů (viz Tabulka 2).

**Tabulka 2 Případy zapojení uživatele do procesu poskytování sociálních služeb**

welfaristický přístup	spotřebitelský přístup	participační přístup
hierarchické uspořádání systému služeb	konkurence	kolektivní svépomoc
snaha o úplné pokrytí službami	individuální výběr	dobrovolnictví
uniformní služby	průzkum trhu	podpora uživatelů a poskytovatelů na komunitní bázi
stejné standardy pro všechny	vouchery	podpora místního zakotvení
výbory a komise pro řízení služeb společností	spotřebitelská orientace	orientace k posílení postavení uživatelů
kontrola kvality státními inspekcemi	spotřebitelský lobbying	více uživatelské kontroly nad poskytováním služeb
důraz na lidská, patientská, uživatelská práva	ochrana spotřebitelů	více dialogu s uživatelem

Zdroj: Čáslava (2009)

Ze zahraničních autorů pozornost typologii systémů sociálních služeb dlouhodobě věnují Österle a Meichenitsch (2007). Shodně s našimi autory konstatují, že modely zajištění sociálních služeb se v jednotlivých zemích Evropy v důsledku historického vývoje liší. Rozdíly v jednotlivých systémech podle nich vyplývají zejména z chápání dlouhodobé péče jako veřejné nebo rodinné odpovědnosti, ze zvoleného způsobu podpory a také z rozsahu vynakládaných veřejných prostředků. Jen v několika zemích je péče chápána jako výhradně veřejná odpovědnost. Druhou skupinu zemí charakterizuje

## Can you Find Inspiration Abroad for Modifying the System of Social Care Services in the Czech Republic?

zvyšování veřejné podpory rodinných poskytovatelů péče, přičemž se do budoucna přepokládá systém kombinace veřejných poskytovatelů a rodinných pečujících. Třetí skupinu zemí představují ty, kde odpovídající systém dosud prakticky neexistuje nebo je jen na velice nízké úrovni.

Z hlediska modelů finančních a věcných dávek podle jejich názorů nepřevažuje v systémech péče o potřebné (ať už jde o děti nebo o dospělé) ani jedna varianta. Z historického pohledu byl první reakcí na potřebu péče vznik nabídky ústavní péče o staré osoby a osoby s potřebou péče financované z veřejných zdrojů. V posledních desetiletích se však prosadil trend poskytování sdílené péče, což se promítlo i do konkrétních programů jejího poskytování a v důsledku vedlo k velké rozmanitosti péče.

Např. v Rakousku byl položen důraz na zvýšení podpory pečujících osob. Od 1. ledna 2014 byla zavedena opatření, jejichž cílem je usnadnit zaměstnancům sladění zaměstnání s péčí o potřebné rodinné příslušníky, jejich ošetřováním, popř. doprovázením umírajících rodinných příslušníků nebo velmi těžce nemocných dětí. Jedná se o pečovatelskou dovolenou, kratší pracovní dobu na péči a volno na rodinnou hospicovou péči. Pečovatelská dovolená je spojená s úplným výpadkem mzdy/platu, kratší pracovní doba na péči s alikvotním snížením mzdy/platu. Osoby, které těchto opatření využívají, mají nárok na odpovídající příspěvek na pečovatelskou dovolenou, který náleží na jednu osobu potřebující péči maximálně po dobu 12 měsíců (Help.gv.at., 2015).

### III. Služby sociální péče v ČR – aktuální problémy

Poznatky získané při studiu zahraničních systémů představují novou výzvu pro celou oblast sociálních služeb v naší zemi. Je zřejmé, že již v současné době jsou v naší zemi poskytovány všechny standardní formy pomoci osobám v obtížné sociální situaci. Velký dík za to patří všem poskytovatelům sociálních služeb, kteří využily situace v první polovině 90. let a na základě svých zahraničních kontaktů pomáhali v naší zemi budovat nové moderní formy služeb, které jsme do té doby prakticky neznali a – často díky politické situaci – ani nepotřebovali. Přestože příprava zákona o sociálních službách byla neskutečně dlouhá a zákon byl přijat v okamžiku, kdy v to už prakticky nikdo nedoufal, máme dnes k dispozici moderní systém služeb se všemi atributy, které obsahují právní úpravy naprosté většiny evropských zemí. Nejsme proto dnes v situaci, kdy bychom museli urychleně řešit některé sociální situace, ale stojíme před novými výzvami, které před naši společnost přináší současná doba. Jde proto zejména o to, na základě zahraničních zkušeností vyhodnotit stávající právní úpravu v naší zemi (samozřejmě i s přihlédnutím k poznatkům, které byly v uplynulých letech při aplikaci zákona v praxi získány) a vhodná řešení na principech dobré praxe promítnout do našeho systému.

V oblasti služeb sociální péče je vedle již dříve prezentovaných úvah o vhodnosti změny formy výplaty příspěvku na péči, diferenciaci jeho výše do více stupňů a následná diferenciaci jeho výši v závislosti na tom, zda péče je klientům poskytována v pobytovém nebo ambulantním zařízení nebo v jeho přirozeném prostředí a to buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo rodinným příslušníkem, popř. blízkou osobou (Průša, 2015), potřeba hledat řešení, která by přispěla ke zlepšení finančního zabezpečení rodin, resp. jedinců zabezpečujících v přirozeném domácím prostředí péči o své rodinné příslušníky, popř. o blízké osoby tak, jako je tomu např. v Rakousku. Stárnutí populace vyžaduje hledat i další řešení, která by zabezpečila, aby potřebným lidem byly poskytovány kvalitní sociální služby.

Počet osob, které budou v následujícím období odkázáni na pomoc druhé osoby, se bude v následujícím období výrazně zvyšovat. Je způsobeno skutečností, že v současné době vstupují do věkové skupiny osob starších 65 let lidé narození po skončení 2. světové války. Tito lidé se budou kolem roku 2030 dožívat 80 let a podle současných poznatků lze očekávat, že budou vyžadovat takový rozsah péče, na jehož zajištění není naše společnost v současné době připravena.

Na základě zpracované projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči lze očekávat nárůst potřeby péče ve všech věkových skupinách osob starších 70 let, v r. 2030 bude příspěvek na péči pobírat cca 469 – 489 tis. osob, tj. cca o 40 % více než v r. 2016 starších 65 let, přičemž nejvýznamnější nárůst

Lze očekávat u osob starších 90 let (očekává se, že v r. 2030 bude příspěvek na péči pobírat cca 89 tis. osob v této věkové skupině, tj. cca o 85 % více než v r. 2016). Z hlediska jednotlivých stupňů závislosti lze očekávat největší nárůst u příjemců příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti, v r. 2030 by příspěvek na péči v tomto stupni závislosti mělo pobírat až cca 75 tis. osob, tj. o více než 60 % více než v r. 2016. (Průša, 2018).

V současné době je zřejmé, že zrušení příspěvku při péči o osobu blízkou a jinou v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, bylo chybným řešením. MPSV proto v závěru roku 2015 zahájilo práce na přípravě koncepce nové dávky, která by měla finančně zabezpečit osoby pečující o rodinného příslušníka, jehož zdravotní stav se náhle zhoršit tak, že vyžaduje v zásadě celodenní nepřetržitou péči v domácím prostředí. Od 1. června 2018 začne být poskytována nová sociální dávka v rámci systému nemocenského pojištění – tzv. dlouhodobé ošetřovné. Tato dávka se bude vyplácet maximálně po dobu 90 dnů poté, co u ošetřované osoby došlo k závažnému zhoršení zdravotního stavu, který vyžadoval alespoň 7 denní hospitalizaci v nemocnici a v den propuštění bude potvrzeno, že potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů. Výše dávky bude činit 60 % denního vyměřovacího základu. Tato forma péče představuje jednu z prioritních oblastí návrhu Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. Již dnes je ale zřejmé, že zejména v porovnání s obdobnou formou podpory pečujících osob v Rakousku představuje dlouhodobé ošetřovné pouze jistou překlenovací formu podpory pečujících osob,

Finanční situace rodin a domácností pečujících o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu je totiž ve většině případů v současné době velmi nepříznivá, neboť vedle ztráty vlastního příjmu dochází současně k nárůstu výdajů souvisejících se zajištěním potřebné péče, některé rodiny a domácnosti se pohybují dokonce na hranici materiální deprivace. Vedle aktuálního snížení příjmové úrovně má však doba péče o rodinného příslušníka dopady i na výši starobního důchodu v budoucnosti. Tato situace je alarmující zejména z pohledu uvedené národní strategie. Vzhledem k nedostatku kapacity pobytových zařízení sociálních služeb a k nerozvinutému sektoru terénních sociálních služeb (těžiště terénních služeb stále ve většině regionů spočívá v dovozu obědů v rámci pečovatelské služby) je v řadě případů tato péče poskytována rodinnými příslušníky, popř. blízkými osobami, přibližně 70 % příjemců příspěvku na péči nevyužívá žádnou formu péče od registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (Jeřábková a Průša, 2013).

Dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči v důsledku neustálé "pohotovosti" ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jeho zdraví. Je třeba si uvědomit, že na péči o rodinného příslušníka pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly, často chybí i potřebný grif. Služba, která je poskytována nepřetržitě, je pro jednoho pečujícího "likvidační", a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele. V praxi se postupně rozvíjí model sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů (Formánková, Novotný, a Efenberková, 2012).

Při hodnocení toho, do jaké míry je kompenzován nižší příjem z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajištění péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu, je vedle porovnání samotného rozdílu mezi výší předchozího příjmu z ekonomické aktivity a výší příspěvku na péči rovněž nutno zohlednit podmínky, za nichž je v současné době poskytována podpora v nezaměstnanosti a dávky v nemoci. Vzhledem k tomu, že současná právní úprava nevyklučuje souběžné pobírání podpory v nezaměstnanosti nebo nemocenské (u osoby poskytující péči) a příspěvku na péči (u osoby, které je péče poskytována), lze předpokládat, že v důsledku ukončení ekonomické aktivity osoba, poskytující péči je – alespoň krátkodobě – rovněž příjemcem

## Can you Find Inspiration Abroad for Modifying the System of Social Care Services in the Czech Republic?

těchto dávek. Z předchozích výzkumů vyplývá, že tuto péči v domácnostech ve velké většině poskytují ženy ve věku 50 a více let (Průša, 2013).

Při hledání vhodných variant řešení hmotného zabezpečení pečujících osob je potřeba vycházet z toho, že ke zhoršení zdravotního stavu rodinného příslušníka dochází zpravidla náhle. Na tuto skutečnost nejsou rodinní příslušníci připraveni a teprve začínají zvažovat možné formy zajištění péče. Prvotní informace získávají zpravidla na referátech sociálních věcí obcí s rozšířenou působností, popř. obcí s pověřeným obecním úřadem, následně kontaktují vhodné poskytovatele sociálních a zdravotních služeb a zvažují možnosti svého zapojení. Jejich situace je o to komplikovanější, že neví, jak dlouho budou muset péči zajišťovat. Po prvotním zaléčení ve zdravotnickém zařízení na akutní lůžku zpravidla dochází k přemístění zdravotně handicapované osoby do léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde sociální pracovníce začínají ve spolupráci se sociálními pracovníci na referátech sociálních věcí obecních úřadů hledat optimální formy poskytování další péče. Jejich řešení komplikuje několik zásadních skutečností:

- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla doposud nevyužívala žádnou formu terénních sociálních služeb (zejména pečovatelskou službu) a nemá podanou žádnou žádost o umístění do pobytového zařízení sociálních služeb, čekací doby na umístění jsou přitom zpravidla velmi dlouhé, jejich dostupnost v jednotlivých regionech je významně diferencovaná,
- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla nebyla před náhlým zhoršením svého zdravotního stavu příjemcem příspěvku na péči ve vyšším stupni závislosti,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na zdravotnická zařízení tlak, aby péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebyla poskytována déle než 3 měsíce přesto, že pro tyto kroky již delší dobu nemají žádnou oporu v legislativě,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na ošetřující lékaře tlak, aby neindikovaly svým pacientům domácí zdravotní péči,
- zdravotně handicapovaná osoba si přeje zbytek svého života strávit v naprosté většině případů v domácím prostředí,
- členové rodiny by byli ve většině případů ochotni zdravotně handicapované osobě péči v domácím prostředí – přes všechny výše uvedené problémy – zabezpečit, ale vzhledem k nedostatku finančních prostředků si nemohou dovolit opustit svoje pracovní pozice, neboť stávající formy jejich hmotného zabezpečení po dobu poskytování péče jsou naprosto nedostatečné (Průša, 2016).

Závažným problémem při plánování sociálních služeb, zejména služeb sociální péče, i pro hodnocení jejich dostupnosti je stávající územně správní uspořádání a sídelní struktura obyvatelstva. Obce s rozšířenou působností nemají žádnou povinnost ve své samosprávné působnosti poskytovat sociální služby pro občany, kteří žijí v malých obcích v jejich spádovém území. Podle § 35 odst. 2 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), v platném znění, obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Nejmenší obec (Vysoká Lhota na okrese Pelhřimov s 15 obyvateli) má proto v oblasti samosprávy stejné kompetence jako hlavní město Praha.

### IV. Principy jakých řešení lze aplikovat v ČR?

Německý, rakouský a slovenský systém organizace, financování a řízení sociálních služeb má s českým systémem řadu společných prvků, a proto při hledání námětů, které by vedly k dalšímu rozvoji našeho systému služeb sociální péče, lze v nich najít řadu inspirativních prvků a námětů. Sociální systémy v těchto zemích (zejména německý a rakouský systém) lze z hlediska teorie sociálních systémů (Esping–Andersen, 1991) zařadit mezi korporativistické systémy, k jejichž hlavním principům patří zachování statusových rozdílů mezi jednotlivými sociálními třídami při zajištění určitého standardu potřeb odpovídající dané sociální třídě.

V tomto smyslu se jedná především o tato řešení:

1. Doporučuje se rozšířit počet stupňů závislosti tak, aby diferenciaci do více stupňů závislosti umožnila lépe nastavit rozsah podpory všem potřebným osobám. Současně se doporučuje zvážit rozsah potřebné péče časově vymezit.

Stávající diferenciaci míry závislosti v naší zemi do čtyř stupňů neumožňuje dostatečně přesně diferencovat rozsah pomoci potřebným osobám, počet čtyř stupňů závislosti v naší zemi je v současné době nejnižší v Evropě. V Německu je od 1. ledna 2017 diferencována potřeba péče do pěti stupňů závislosti (Sozialgesetzbuch, 2017), na Slovensku je rozlišováno šest stupňů závislosti (Repková a Brichtová, 2015), v Rakousku dokonce sedm (Horecký, Průša a Tajanovská, 2012) (Förder portal, 2018)

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

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

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

V současné době je výše příspěvku na péči stanovena pevnou částkou bez ohledu na to, zda je péče klientovi poskytována v domácím prostředí rodinným příslušníkem (blízkou osobou) či registrovaným poskytovatelem služby nebo zda je péče poskytována v pobytovém nebo v ambulantním zařízení a to přesto, že náklady takové péče jsou odlišné (Vostatek, 2013). Současně je tuto vycházet z toho, že ČR je dnes jedinou evropskou zemí, která vyplácí příspěvek na péči pouze v peněžitém vyjádření (Průša, 2015) a tento způsob financování nevede k tomu, aby takto poskytnuté finanční prostředky se investovaly zpět do sociálních služeb (Tomeš, 2015).

4. Doporučuje se převést rozhodování o výši státních dotací poskytovatelům sociálních služeb znovu na centrální úroveň tak, aby byla zajištěna srovnatelná úroveň podpory ve všech krajích ČR. V době, kdy v Rakousku, ale i např. ve Švýcarsku (Průša a Horecký, 2012) došlo k centralizaci financování sociálních služeb, bylo v ČR rozhodnuto o tom, že o výši dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb budou rozhodovat jednotlivých krajská zastupitelstva, přestože jednotlivé kraje jsou ve svém samosprávné kompetenci zřizovateli řady poskytovatelů sociálních služeb a jsou tak ve střetu zájmu.

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

Již v současné době se může poskytovatel sociální služby podle § 71 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována (popř. s jinou fyzickou osobou nebo právnickou osobou), pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů poskytované sociální služby. Tuto výši úhrady si však dotyčná osoba nemůže v současné době při výpočtu daně z příjmu zohlednit.

6. Na základě německých zkušeností se doporučuje zvážit přenesení odpovědnosti za tvorbu sítě služeb sociální péče do kompetence obcí z rozšířenou působností.

Sociální služby v Německu jsou plánovány a organizovány na úrovni jednotlivých měst. V ČR zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území kraj, který podle § 95 písm. h) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, určuje síť sociálních služeb na

## Can you Find Inspiration Abroad for Modifying the System of Social Care Services in the Czech Republic?

svém území. Síť sociálních služeb se přitom rozumí souhrn sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji. Zastupitelstvo kraje současně podle § 101 a odst. 2 uvedeného zákona rozhoduje o poskytnutí finančních prostředků poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že kraje jsou zřizovateli 43,5 % registrovaných poskytovatelů pobytových zařízení jsou jednoznačně ve střetu zájmů, neboť rozhodují o výši státní dotace pro zařízení, jichž jsou zřizovateli, a tak současně mohou účinně bránit zařazení nových zařízení, jejichž zřizovateli jsou obce, města, nestátní neziskové nebo charitativní a humanitární organizace, popř. i komerční subjekty a fyzické osoby, do sítě sociálních služeb s cílem neoslabit svoje dominantní postavení. Tato skutečnost je především s ohledem na očekávané demografické trendy velmi alarmující.

7. Doporučuje se významným způsobem prodloužit dobu tzv. dlouhodobého ošetřovného, jehož poskytování vstoupilo v ČR v platnost 1. června 2018 po vzoru rakouského systému pečovatelské dovolené, popř. kratší pracovní doby, tak, aby ve smyslu Národní strategie rozvoje sociálních služeb na léta 2016 – 2025 došlo k dalšímu rozvoji služeb domácí péče a posílení integrace sociální a zdravotní péče.

Dlouhodobé ošetřovné je v současné době poskytováno po dobu maximálně 90 kalendářních dnů ošetřující osobě poté, co u ošetřované osoby došlo k závažnému zhoršení zdravotního stavu, který vyžadoval alespoň 7 denní hospitalizaci v nemocnici, a v den propuštění bylo potvrzeno, že potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů.

Rakouský systém umožňuje sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu pečující osobám při péči o blízké rodinné příslušníky, kteří mají priznaný příspěvek na péči ve 3. a vyšším stupni (v případě nezletilých rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků s demencí příspěvek lze sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu již od 1. stupně závislosti). Podmínkou pro jejich čerpání je písemný souhlas zaměstnavatele. Pečovatelskou dovolenou a kratší pracovní dobu lze sjednat maximálně na dobu tří měsíců s tím, že v případě zvýšení potřebnosti péče (vyjádřené zvýšením míry závislosti alespoň o jeden stupeň) lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu sjednat ještě jednou. Na jednu osobu potřebující péči si může sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu i více pracovníků, tzn. při péči o jednu osobu maximálně po dobu 12 měsíců.

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

8. Pro zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb se doporučuje stanovit maximální počet uživatelů sociálních služeb připadajících na jednoho zaměstnance a minimální procentuální podíl odborných zaměstnanců na celkovém počtu zaměstnanců.

Stávající dikce uvedená ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., podle níž má poskytovatel služby písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců a že organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována, se jeví příliš obecná a např. v rámci inspekce sociálních služeb může být předmětem řady sporů. Zkušenosti získané z poskytování služeb v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (Ochránce, 2017) ukazují, že nedostatek pracovníků může významným způsobem snižovat kvalitu poskytovaných služeb a ohrožovat naplňování základních lidských práv klienta.



Vedle těchto klíčových řešení, jejichž hlavní principy se v současné době již v odborné veřejnosti jeví jako nezpochybnitelné, je možno diskutovat i o řadě dalších námětů, o jejichž promítnutí do systému služeb sociální péče se vedou diskuse pouze okrajově. V tomto smyslu se jedná zejména o možnost přechodu na systém financování sociálních služeb na principu pojištění. Této problematice byla v uplynulém období věnována minimální pozornost jak v koncepční činnosti na úrovni ústředních orgánů státní správy, tak i ve vědecko-výzkumné činnosti. Hlavní příčinu této skutečnosti lze spatřovat v tom, že tento princip financování v oblasti důchodů, nemocenských dávek ani zdravotní péče v naší zemi v praxi neexistuje. Přestože se hovoří o systémech důchodového, nemocenského a zdravotního pojištění, o pojistném na sociální a zdravotní pojištění, ve skutečnosti jde v zásadě o důchodové, nemocenské nebo zdravotní zabezpečení, o sociální nebo zdravotní daň, neboť v praxi těchto systémů nejsou uplatňovány žádné standardní pojistné mechanismy (např. bonus, malus), důchodový systém je dlouhodobě ve schodku, zdravotní pojišťovny si mezi sebou přerozdělují vybrané pojistné na zdravotní pojištění.

V nedávné minulosti byla zpracována pouze jedna studie (Deloitte Česká republika, 2015), která se problematice možného financování sociálních služeb na pojistných principech věnovala, její závěry však byly velmi obecné a pro praktickou rozhodovací činnost prakticky nepoužitelné. Navíc je potřeba vycházet z německých zkušeností a uvědomit si, že vzhledem k stárnutí populace dochází v Německu pravidelně ke zvyšování sazeb pojištění na péči.

V souvislosti s diskusemi o koncipování systému dlouhodobé integrované sociálně zdravotní péče je potřeba vést diskusi o tom, zda by katastrofální situaci v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nevyřešilo jejich převedení ze sféry zdravotnictví do působnosti ministerstva práce a sociálních věcí. Z výzkumů VÚPSV (Červenková, Bruthansová a Pechanová, 2006) totiž vyplývá, že struktura klientů podle věku, základní diagnózy a stupně soběstačnosti na ošetrovatelských odděleních v domovech pro seniory a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné je v zásadě obdobná, a proto je třeba položit si otázku, proč tedy má být stejná péče financována odlišně podle toho, zda je zařízení registrováno jako zařízení zdravotnické nebo sociální.

Realizací tohoto kroku by došlo k celkovému zefektivnění péče, přitom by došlo k výraznému zlepšení kvality poskytované sociální i zdravotní péče a k odstranění nedostatků, o nichž hovoří ombudsmanka ve své výše uvedené zprávě. Samozřejmě by bylo nutno všechny léčebny pro dlouhodobě nemocné rekonstruovat tak, aby naplňovaly standardy kvality péče, které jsou běžné v pobytových zařízeních sociálních služeb (ostatně rekonstrukci se tato zařízení ve světle poznatků ombudsmanky stejně nevyhnu), jistě by bylo nutné dále pokračovat ve zvyšování úrovně platů sociálních pracovníků, jehož jsme byly svědky v závěru loňského roku.

## V. Závěr

Mezinárodní srovnávání základních principů organizace, financování a řízení systémů sociálních služeb v jednotlivých zemích patří k významným informačním zdrojům při hledání odpovědí na otázky, které doprovázejí poskytování sociálních služeb. Při využívání těchto informací pro praktickou rozhodovací činnost je však potřebné mít na zřeteli odlišné pojetí sociálních služeb v jednotlivých zemích, a proto je nezbytné hlavní principy těchto systémů správně pochopit a vhodným způsobem je promítnout do života v dané zemi.

V posledních letech byla v řadě evropských států v systémech sociálních služeb přijata řada nových opatření, týkajících se jak problematiky organizace, tak i financování a poskytování sociálních služeb, velký důraz byl položen na otázku hmotného zajištění pečujících osob. Cílem těchto opatření je usnadnit zaměstnancům sladění jejich povinností v zaměstnání s péčí o potřebné rodinné příslušníky, jejich ošetřováním, popř. s doprovázením umírajících rodinných příslušníků nebo velmi těžce nemocných dětí.

Při realizaci těchto opatření je potřeba najít shodu všech politických stran a dalších stakeholderů působících v oblasti sociálních služeb tak, aby navrhovaná opatření měla dlouhodobý charakter a nebyla zásadním způsobem měněna v návaznosti např. na změny politické orientace vlády po

## Can you Find Inspiration Abroad for Modifying the System of Social Care Services in the Czech Republic?

parlamentních volbách obdobně jako tomu bylo např. při zrušení II. důchodového pilíře před několika lety.

V souvislosti s očekávanými důsledky stárnutí populace i s promítnutím jednotlivých opatření Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025 do praktického života je potřeba poznatkům získaným z mezinárodní komparace sociálních služeb věnovat soustavnou pozornost tak, aby i v následujícím období byla potřebná forma lidem v obtížné sociální situaci pomoci poskytována v kvalitě odpovídající situaci moderního evropského státu v 21. století.

### Poděkování/Financování

Příspěvek byl zpracován za podpory poskytované VÚPSV, v.v.i. ministerstvem práce a sociálních věcí na základě smlouvy o další činnosti k podpoře výkonu a úkolů státní správy ve smyslu zákona č. 341/2005 Sb., o veřejných výzkumných institucích, v platném znění.

### Literatura

Help.gv.at. (2015). *Allgemeines zu Pflegekarenz und Pfl egeteilzeit*. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360527.html> (08. 08. 2018).

Červenková, A., Bruthansová, D. a Pechanová, M. (2006) Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu. Praha: VÚPSV.

Čáslava, P. (2009) Evropské proměny sociálních služeb (II. část). Modernizace a hledání dobrého řízení. *Sociální služby*, 5/2009.

Esping–Andersen, G. (1991) Tři politické ekonomie sociálního státu. *Sociologický časopis*, 5/1991.

Deloitte Česká republika (2015) *Studie proveditelnosti: výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR*. Praha: Deloitte Česká republika.

European Communities (2008). *Biennial report on social services of general interest*. Luxembourg: European Communities.

European Communities (2010). *Second Biennial Report on social services of general interest*. Dostupné z: [http://aei.pitt.edu/45910/1/SEC\\_\(2010\)\\_1284\\_final.pdf](http://aei.pitt.edu/45910/1/SEC_(2010)_1284_final.pdf) (28. 06. 2018).

European Communities (2013). *3rd Biennial Report on Social Services of General Interest*. Dostupné z: [http://aei.pitt.edu/45915/1/swd2013\\_0040.pdf](http://aei.pitt.edu/45915/1/swd2013_0040.pdf) (28. 06. 2018).

European Union (2015). *2015 Report of the Social Protection Committee – Review of recent social policy reforms*. Luxembourg: European Union.

Formánková, P., Novotný, A. a Efenberková, M. (2012). Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. *Kontakt*, 2/2012.

Horecký, J., Průša, L. a Tajanovská, A. (2012) *Mezinárodní zkušenosti a srovnání*. Tábor: APSS ČR.

Jeřábková, V. a Průša, L. (2013). *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV.

Matoušek, O. a Koldinská, K. (2007). Sociální služby – legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál.

Ochránce (2017). *Léčebny pro dlouhodobě nemocné – zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ESO/LDN\\_souhrnna\\_zprava\\_2017\\_web.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf) (20. 06. 2018).

Österle, A. a Meichenitsch, K. (2007). Pflegesicherungssysteme in Europa. *Soziale Sicherheit*, 11/2007.

- Förder portal (2018). *Pflegegeld 2018 in Österreich – Anspruch, Höhe, Pflegestufen*. Dostupné z: <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/> (09. 08. 2018).
- Průša, L. a Horecký, J. (2012). *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: APSS ČR.
- Průša, L. (2013). *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV.
- Průša, L. (2015). Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe. *FÓRUM sociální politiky*, 3/2015.
- Průša, L. (2016). Podpora pečujících osob v České republice ve světle rakouského přístupu. *Scientia et Societas*, 4/2016.
- Průša, L. (2017). Nová kritéria hodnocení závislosti pro přiznání příspěvku na péči v Německu. *FÓRUM sociální politiky*, 6/2017.
- Průša, L. (2018). Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030. *Demografie*, č. 1/2018.
- Repková, K. a Brichtová, L. (2015) Sociálne služby na Slovensku... a nielen o ich financovaní. *FÓRUM sociální politiky*, č. 3/2015.
- Sozialgesetzbuch, (2017) *(SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI)*. Dostupné z: <http://datenbank.nwb.de/Dokument/Anzeigen/363787/> (08. 08. 2018).
- Tomeš, I. (2010a). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.
- Tomeš, I. (2010b). *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV.
- Tomeš I. (2015) Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem. *FÓRUM sociální politiky*, 10 x o sociální politice.
- Vostatek, J. a kol. (2013). *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: APSS ČR.
- Wija, P. (2012) *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD*. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/archiv-rocniku/edice/Aktu%C3%A1ln%C3%AD-informace/2012> (28. 08. 2018).

Can you Find Inspiration Abroad for Modifying the System of Social Care Services in the Czech Republic?