

Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU

Koncem září loňského roku proběhlo ve švédském Stockholmu setkání odborníků a zástupců ministerstev odpovídajících za sociální oblast v zemích EU, jehož cílem tentokrát bylo představit a zúčastněné experty seznámit s aktuální situací v oblasti domácí péče v jednotlivých zemích. Toto téma bylo zvoleno nejen proto, že je aktuálním problémem či prioritou většiny evropských zemí, ale také z důvodu akcentace Evropské komise, která se intenzivněji zabývá problematikou domácí péče a její dlouhodobé udržitelnosti. Při Evropské komisi byla pro tento účel založena pracovní skupina složená ze zástupců sedmi členských států, která monitoruje efektivitu a nákladovost zdravotně sociální péče o seniory a dále se zabývá i otázkou sociálního bydlení. Pro podporu tohoto tématu je realizována i řada projektů, jako např. European Innovation Partnership.



■ **Text: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA,** prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Foto: Fotky & Foto

➤ Domácí péče v EU

Domácí péče, tj. péče v přirozeném prostředí pečovaného, je aktuálním tématem ve většině evropských zemí. Hlavní otázkou je nastavení kapacit dvou základních prvků sociálně zdravotní péče o seniory: péče neformální, poskytované zejména rodinnými příslušníky či jinými osobami (přáteli, sousedy, dobrovolníky apod.), a péče formální, tj. profesionální, poskytované jak v rámci sociálního, tak i zdravotního systému s rozdělením na péči terénní, ambulantní a pobytovou, včetně respitní formy.

Ve většině zemí, kde je striktně oddělována sociální a zdravotní část formální domácí péče, je tento stav označován za neefektivní, neumožňující rozvoj těchto služeb a odpovídající reagování na potřeby jejich uživatelů.

V odborných diskuzích, prezentacích i expertních zprávách zaznívají 3–4 základní okruhy problémů a budoucích výzev v souvislosti se zajištěním efektivní a optimální domácí péče, a to jak formální, tak neformální. Jednou ze základních otázek je financování této péče, od podpory pečujících přes systémy financování terénních a ambulantních služeb až po otázku financování lůžkových zařízení. S tímto problémem souvisí i otázka kapacit. Kapacity tvoří tu komponentu celého systému, která může stimulovat neformální péči nebo středně a dlouhodobě ovlivňovat preferenci obyvatelstva. Dalším souvisejícím problémem je právě tato preference, která je kromě kapacity ovlivňována ještě rodinou a národní historií a tradicí, pojetím sociální politiky daného státu, úrovní sociálního zabezpečení apod. Průřezovým problémem, který je zmiňován ve všech předchozích, jsou očekávané demografické změny, a to nejen ve smyslu budoucího očekávaného snížení veřejných příjmů, nýbrž i snížení potenciálních kapacit neformální péče.

➤ Financování dlouhodobé péče v EU

Při porovnání systémů financování je nejčastěji uváděn poměr celkových veřejných nákladů k hrubému domácímu produktu. Graf č. 1 uvádí tento poměr ve vyspělých státech, včetně České republiky. Problémem tohoto srovnání může být

skutečnost, že Česká republika nemá legislativně definovanou dlouhodobou péči, tedy ani její obsah, na který se veřejné výdaje vážou. Vyplývá to i z absence veřejných výdajů v sociální složce, za které můžeme jednoznačně označit veřejné výdaje na většinu pobytočných služeb sociální péče (a příp. dle metodiky průzkumu i výdaje na terénní a ambulantní služby). Z porovnání mimo jiné vyplývá jednoznačné prvenství Nizozemí a Švédska, zemí, které jsou často akcentovány svými příkladnými řešeními. V dalších kapitolách se ještě k těmto zemím dostaneme.

V dalším grafu (č. 2) můžeme vidět tendence vybraných států ve změně výše veřejných výdajů na dlouhodobou péči. Srovnání pokrývá období 2005–2011, tzn. i období ekonomické krize, které konečné výsledky ovlivňuje. Za komentář stojí Japonsko, které má v současné době největší podíl stárnoucího obyvatelstva. Česká republika má oproti zemím OECD růst výraznější.

➤ Kapacita dlouhodobé péče

Kapacitu dlouhodobé péče je možné rozčlenit dle různých kritérií – od členění na sociální a zdravotní složku přes formy poskytování až po potenciální kapacity péče neformální. V kontextu evropského srovnání uvedu pouze jeden údaj týkající se lůžkové zdravotní péče. Graf č. 3 nám ukazuje kapacitu lůžkové zdravotní péče na 100 000 obyvatel. Jak je z grafu patr-

é ích EU

Ve většině zemí, kde je striktně oddělována sociální a zdravotní část formální domácí péče, je tento stav označován za neefektivní, neumožňující rozvoj těchto služeb a odpovídající reagování na potřeby jejich uživatelé.

né, nejmenší kapacitu má Švédsko, které v posledních letech realizovalo zásadní optimalizaci lůžkové péče a snížilo kapacitu až o 50 % (s paralelním posílením domácí péče). Obdobný trend je možné vidět i u Dánska, Velké Británie či Nizozemí. Česká republika oproti tomu patří společně s Německem a Rakouskem k zemím s tradičně vyšším lůžkovým fondem.

► Demografické změny

Srovnání demografických parametrů, trendů a prognóz by mohlo být předmětem samostatné práce. V rámci tohoto elementárního porovnání se ale omezíme pouze na konstatování grafického znázornění zásadního a pro všechny země EU společného trendu. Základním výstupem je teze, že v důsledku demografických změn již nebude možné dělat věci tak jako doposud. Je nutná změna systémová, legislativní či/a technologická.

Jakkoliv neformální péče je a může být jednak podporována příslušným státem a jeho sociální politikou, tak vyžadována,

očekávána a realizována v rodinách s ohledem na jejich preference, zázemí, hodnoty a tradice, je nutné počítat v případech neformální péče v příštích letech se základními omezeními. Podíl potenciálně pečujících osob se bude proti podílu potenciálně pečovaných osob zásadně měnit.

Pro názornost si dovoluji uvést graf č. 4, který tuto situaci výstižně zobrazuje. Ačkoliv může být výchozí situace u jednotlivých států rozdílná (myšleno v období 1990–2020), v dlouhodobém měřítku se podmínky jednotlivých zemí značně vyrovnávají.

Zatímco v České republice je kulminace počtu potenciálně pečujících osob v tomto období (2010–2013) a od tohoto bodu bude již klesat, v Německu, Rakousku či Švédsku počet potenciálně pečujících osob kulminoval v r. 1990–2005.

► Preference domácí neformální péče

Dalším důležitým aspektem při diskuzích k rozsahu domácí péče je při-

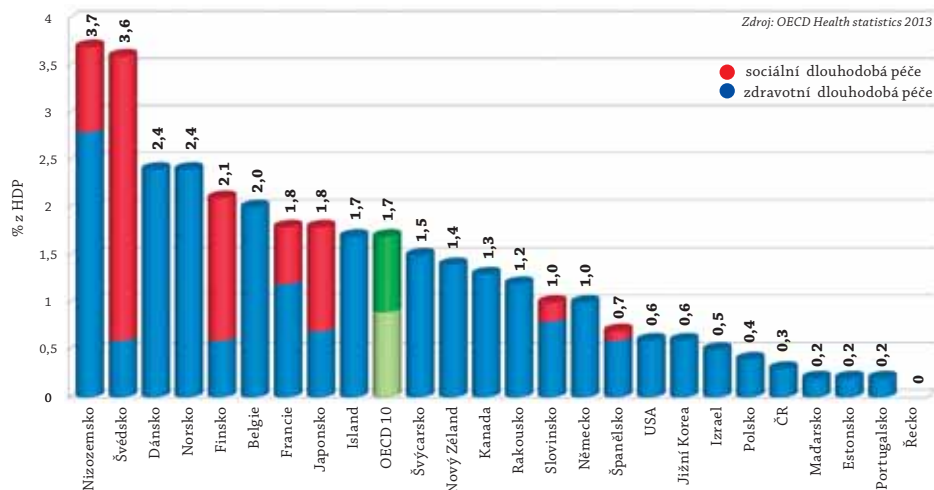
pravenost, ochota a preference seniorů a jejich rodin. Tento aspekt je ovlivněn dvěma skutečnostmi. První skutečností jsou preference a priority daného státu, tj. podpora pečujících, dostupnost terénních služeb jako subsidiární komponenty, zavedení konceptů služeb pro domácnosti, daňové zvýhodnění apod. Druhou skutečností jsou preference příjemců a poskytovatelů neformální domácí péče. Toto je determinováno národním nastavením tradic a společensky rodinných hodnot. Jsou zde např. rozdílné přístupy ve státech s tzv. rudimentálním pojetím sociální politiky (např. Portugalsko, Španělsko, Řecko, jižní Itálie) a ve státech s pojetím liberálním či reziduálním (Irsko, Velká Británie, USA, Austrálie, Nový Zéland aj.).

Tabulka č. 1 (str. 32) uvádí výsledky průzkumu provedeného v r. 2007. Z průzkumu mimo jiné vyplývá, že Švédsko a Nizozemí patří k zemím, kde se s rodinnou péčí (rozuměj prostřednictvím dětí)

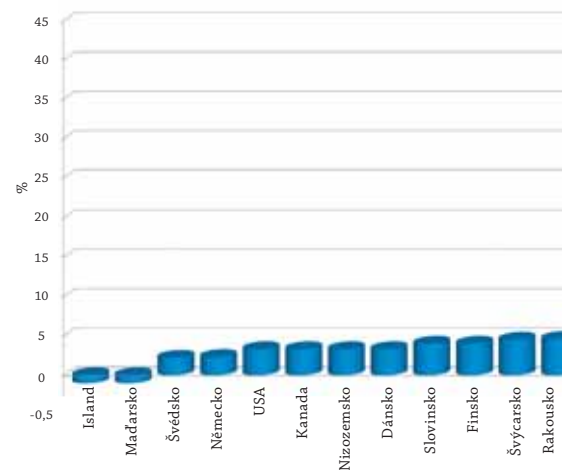
»»» 30



Graf č. 1 – Veřejné výdaje na sociální a zdravotní dlouhodobou péči k HDP za r. 2011



Graf č. 2 – Roční tempo na dlouhodobou



29 <<<<

počítá velmi okrajově, naopak většina respondentů uvádí jako preferenci zajištění domácí péče ve své domácnosti, tj. nejen prostřednictvím rodinných pečujících, ale především prostřednictvím formální domácí sociálně-zdravotní péče (ve Švédsku a v Nizozemí je tento fakt také ovlivněn vysokým podílem zaměstnaných žen oproti ostatním státům EU). V zemích jako je Kypr, Bulharsko, Rumunsko, ale částečně i v České republice si můžeme všimnout silné preference zajištění péče rodinnými příslušníky. Naopak silná preference pobytových zařízení služeb je ve Slovinsku či Chorvatsku. Zajímavá je i relativně silná preference pobytových zařízení právě ve Švédsku a Nizozemí.

➤ Stručný exkurs do vybraných evropských zemí

🇸🇪 Švédsko

Švédsko je se svou rozlohou 449 964 km² třetí největší zemí Evropské unie. Celkový počet obyvatel je zhruba 9,6 milionu, přičemž hustota osídlení je nízká (21 obyvatel na km²). Obyvatelstvo je koncentrováno především v jižní polovině země. Zhruba 85 % populace žije v městských oblastech. Hlavním městem Švédska je Stockholm, který je zároveň i největším městem.

Odpovědnost za poskytování a financování sociální péče ve Švédsku má 290 municipalit. Za dostupnost a financování zdravotní péče je zodpovědno 21 krajů. V poslední dekádě došlo k redukci lůžek v geriatrických odděleních nemocnic. Během stejného období se snížil i počet osob v pobytových sociálních službách z 118 600 v r. 2001 na 90 900 osob v r. 2011. Současný poměr starších osob vyžadujících péči činí 70 % v jejich domácím prostředí a 30 % v pobytových služ-

bách. Podle průzkumu, který provedlo Ministerstvo zdraví a sociálních věcí Švédska, se více než 1,3 mil. obyvatel (což je zhruba jedna pětina dospělé populace) stará nebo podporuje potřebného člena rodiny. Alespoň 900 000 osob je zároveň ekonomicky aktivních. Přesto si většina obyvatel Švédska myslí, že primární odpovědnost za zajištění péče leží na státní správě. Studie dále ukazuje fakt, že u osob, které poskytují intenzivnější péči, dochází ke snížení jejich kvality života.

V r. 2009 byl vydán nový zákon – zákon o svobodné vůli ve veřejném systému, který umožňuje obyvatelům Švédska uplatnit svobodnou vůli při výběru veřejných služeb, tj. včetně sociální a zdravotní péče. Zákon také umožnil vstup a rozšíření soukromých poskytovatelů těchto služeb. V r. 2007 zavedlo Švédsko daňové zvýhodnění služeb pro domácnost. V rámci těchto služeb bylo od r. 2011 vytvořeno 12 000 nových pracovních míst. Daňové zvýhodnění je nastaveno na 50 % ceny poukázky s limitem 50 000 SEK ročně. V r. 2011 využilo 148 000 seniorů starších 65 let tuto možnost, tj. nakoupilo daňové zvýhodněnou poukázku, z toho 89 000 patřilo ke skupině s nejnižším příjmem.

V oblasti technologií zavádí Švédsko od r. 2014 jako druhá země na světě tzv. Personal Health Record Ekosystem, který sbírá všechna data seniorů v systému.

Ve Švédsku se také intenzivně zabývají možnostmi přechodu kompetencí na kvalifikačně nižší složky, tj. např. novou kompetencí všeobecné sestry k indikaci omezené skupiny léčiv, kompetencemi pečovatelek k provádění jednoduchých zdravotnických výkonů apod.

🇧🇪 Belgie

Belgie, oficiálně Belgické království, je federativní konstituční monarchie ležící v západní Evropě. Kulturně, politicky

a sociologicky se Belgie skládá ze dvou velkých společenství: nizozemsky mluvících Vlámů a frankofonních Valonů; v zemi žije také menší německá komunita. Celkem má Belgie 10 538 000 obyvatel.

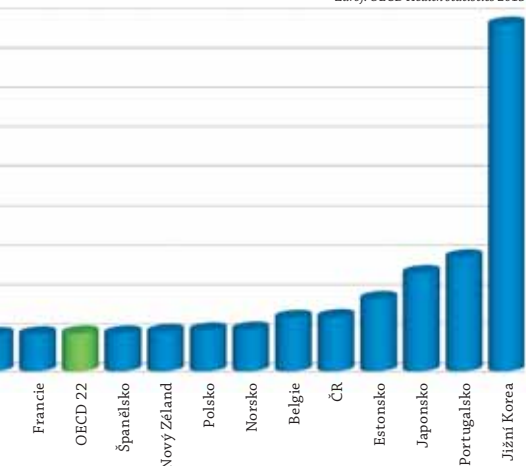
Domácí péče je v Belgii založena na třech pilířích:

- Služby poskytované registrovanými subjekty (veřejnými nebo soukromými), které jsou podporovány z veřejnosprávních rozpočtů. Poskytované služby jsou charakteru domácí práce, dovozu obědů, péče v domácnosti klienta, sociální asistence, koordinace pečovatelských služeb apod. Místní samosprávy regulují počet organizací udělováním certifikací a kontrolou kvality.
- Poukázkový systém (titre – service). V Belgii je Titres Services federálním systémem, který byl poprvé předsta-



růstu veřejných výdajů péči, 2005-2011

Zdroj: OECD Health statistics 2013



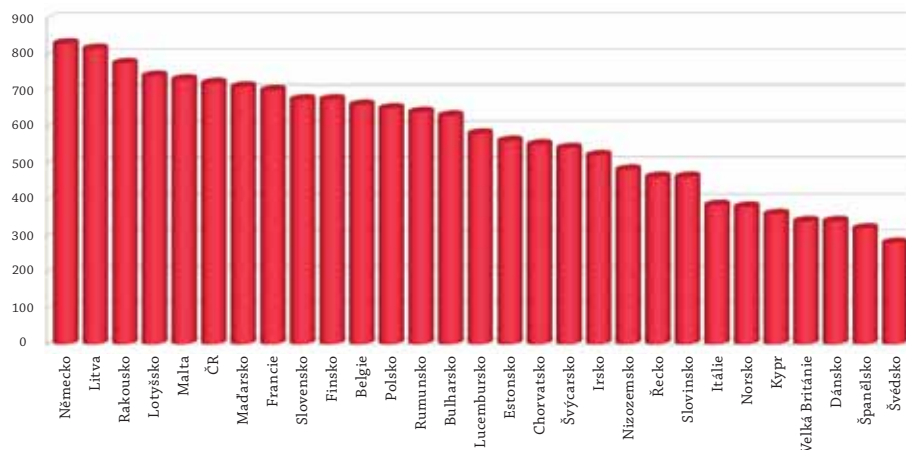
ven v r. 2001, do života byl ale uveden až v r. 2004. Původním cílem bylo vytvořit 25 000 pracovních míst do konce r. 2007. Tento cíl byl spojen s dalšími cíli, jako bylo omezení práce na černo a zlepšení rovnováhy mezi prací a rodinou. Systém Titres Services je založen na vouchery, který uživatelé umožňují platit za práci v domácnosti, které vykonává třetí strana – pracovník. Systém je založen na vztahu několika aktérů: vydavatele vouchery, uživatele (domácnosti), zaměstnavatele (registrované firmy/agentury), pracovníků a federální vlády, která je hlavním zdrojem financování celého systému.

- „Hotovost za péči“ (cash for care). Tento systém byl vytvořen k podpoře uživatelů služeb na úhradu sociální nebo neformální péče. Jde o období našeho příspěvku na péči, který je vyplácen s ohledem na stupeň závislosti.



Graf č. 3 – Počet lůžek ve zdravotnických zařízeních na 100 000 obyvatel

Zdroj: Ministerstvo zdravotní a sociálních věcí, Švédsko, 2013



V současné době byl v Belgii schválen proces známý jako 6. politická reforma, jejímž cílem je decentralizace části zdravotních kompetencí z federální úrovně na úroveň regionů a komunit. Tato reforma zahrnuje zejména tyto změny:

- Financování zdravotní péče – ošetřovatelství, lékařská péče, fyzioterapie, vybrané pracovní terapie apod. budou hrazeny Národním institutem pro zdravotní pojištění.
- Financování pobytových služeb sociální péče bude zajištěno federálními entitami (regiony, komunitami).
- Organizace a koordinace péče a podpora primární péče budou zajištěny federálními entitami.
- Zajištění domácí péče je plně v odpovědnosti a kompetenci federálních entit.

Německo

Německo je středoevropský stát. Česká republika je sousedem jeho dvou spolkových zemí (Bavorska a Saska). Rozloha Německa je 357 021 km². Německo mělo k 31. březnu 2012 podle výsledků sčítání lidu 80,3 milionů obyvatel, což z něj činí nejlidnatější stát Evropské unie. Jeho populace ale již v letech 2003 až 2010 klesla kvůli dlouhodobě velmi nízké porodnosti o skoro 800 000 obyvatel, takže až do roku 2012 bylo Německo jednou z mála západoevropských zemí s úbytkem obyvatelstva. Tento vývoj probíhá navzdory tomu, že Německo je zároveň domovem třetí největší populace imigrantů na světě.

V Německu představují rodiny hlavní poskytovatele péče. Dvě třetiny starších osob preferují péči doma. Na konci roku 2012 byla celkem 1,76 mil. obyvatel potřebujících péči (z celkového počtu 2,54 mil.) zajišťována péče v domácím prostředí, z toho 20 % činila formální domácí péče.

Okamžitě po zavedení systému pojištění dlouhodobé péče v r. 1994 byla lidem nabídnuta možnost volby široké škály služeb péče. Od té doby existuje síť 12 300 poskytovatelů terénních služeb (v Německu dále existuje přes 10 000 pobytových služeb sociální péče). Jejich struktura je značně odlišná od české: většina (7 800, tj. 63 %) je tvořena soukromými společnostmi, dobrovolnické nebo neziskové organizace jsou zastoupeny 36 % a veřejné, tj. zřízené městy, resp. obcemi, činí pouze 1 %. Pokud bychom to však posoudili dle počtu klientů, pak by vedl neziskový sektor s více jak 50% klientelou.

Německý systém prošel několika změnami účinnými k 1. lednu r. 2013, které umožňují větší variabilitu využití příspěvku na péči, vyšší plnění u osob trpících demencí či podporu tzv. skupinového bydlení pro seniory.

Podle současných odhadů je stávající německý systém (po posledních změnách platných od r. 2013) udržitelný do r. 2018. A to zejména díky zvýšení podílu pojistného, který od r. 2013 vzrostl z 1,95 % na 2,05 % (pro osoby bez dětí z 2,2 % na 2,3 %).

Zajímavou informací je aktivita německého ombudsmana, jejímž cílem je snižování administrativní a byrokratické náročnosti v dlouhodobé péči. Ombudsman zde působí v roli konzultanta a iniciátora pro německé ministerstvo zdravotnictví za účelem snižování této zátěže.

Nizozemí

Oficiální název pro Holandsko je Nizozemské království. Na rozloze 41 864 km² zahrnuje kromě Nizozemska i Nizozemské Antily v karibské oblasti a ostrov Aruba. Úředním jazykem je nizozemština. Holandsko s 16,3 miliony obyvatel je dnes moderním multikulturním státem.

31 <<<<

Většina dlouhodobé péče je v Nizozemí hrazena ze sociálního pojištění (AWBZ). Odpovědnost za dostupnou síť služeb mají lokální autority (města, obce, kraje). Některé specifické typy dlouhodobé péče budou transferovány do systému zdravotního pojištění. Počítá se však, že pobytové služby sociální péče budou i v budoucnu hrazeny ze systému sociálního pojištění.

Neformální péče je poskytována 2,6 mil. obyvatelům, kromě toho je ale evidována vysoká poptávka po péči formální. Od r. 2015 přejde odpovědnost za domácí péči zcela na místní samosprávy. V současné době je tato odpovědnost na centrální vládní úrovni. Ošetřovatelská péče bude transferována do systému zdravotního pojištění.

V Nizozemí je obdobně jako ve Švédsku systém tzv. svobodné volby. Příjemci péče si mohou vybrat, zda budou chtít péči formální (care in kind), a od r. 2003 mají tzv. osobní rozpočty, které se staly oblíbenými, ale vedly také k výrazné akceleraci nákladů. Počet příjemců těchto „rozpočtů“, tj. příspěvku, se mezi lety 2005–2008 zvýšil o 28%. Na základě tohoto zvýšení nákladů bylo učiněno opatření, které vedlo k tomu, že klient nedostává peníze v hotovosti přímo, ale přes místní samosprávy; jde tedy spíše o peněžní nárok. Uvažuje se ale i o dalších restrikcích.

Velkým tématem v Nizozemí je dlouhodobá udržitelnost financování jak sociální, tak zdravotní péče. Nizozemí používá 3% svých národních příjmů na dlouhodobou péči a patří spolu se Švédskem v tomto ohledu k předním zemím. Nizozemí chce do budoucna akcentovat odpovědnost rodiny a dát tak větší roli neformálním pečujícím a sociálním sítím (mysleno sociálnímu okolí).

➤ Závěry

Z mezinárodního porovnání sociální a zdravotní péče, tj. péče dlouhodobé s akcentem na péče domácí (formální a neformální), si můžeme vyvodit několik dílčích závěrů.

Všechny země řeší problém udržitelnosti svých systémů, a to nejen z pohledu zdrojů finančních, nýbrž i lidských. Zvyšování nákladů těchto systémů vyplývá z vyššího počtu osob vyžadujících péči (a to jak s ohledem na trend stárnutí populace, resp. negativní přírůstky obyvatelstva, ale i s ohledem na zvyšující se počet lidí trpících Alzheimerovou chorobou či jinými typy demence).

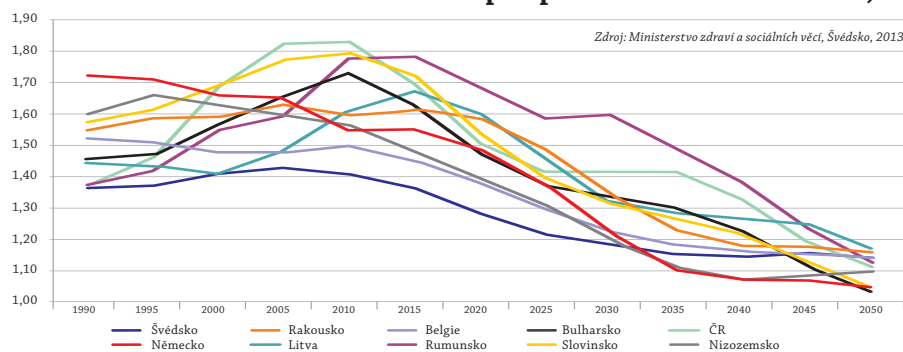
Jednotlivé země hledají uspokojivá a racionální řešení na tyto budoucí problémy a možné krize, jako jsou např.:

Tabulka č. 1 – Jaká by byla optimální možnost pro seniora, který žije samostatně a již potřebuje péči.

Země	Život s dětmi ve společné domácnosti	Formální domácí péče	Péče zajištěná dětmi	Ústavní (pobytové) služby	Neurčitá / žádná odpověď
EU 27	30	27	24	10	9
Rakousko	17	28	30	9	16
Belgie	17	38	22	19	4
Bulharsko	52	11	28	5	4
Chorvatsko	48	11	18	21	2
Česká republika	36	11	30	13	10
Německo	25	27	30	8	10
Litva	47	10	27	11	5
Kypr	40	21	28	9	2
Rumunsko	56	10	23	5	6
Slovensko	29	16	17	32	6
Švédsko	4	60	13	20	3
Nizozemsko	4	52	20	18	6

Zdroj: EUROBAROMETR 2007

Graf č. 4 – Demografická relace závislosti (poměr osob ve věku 0–64 k osobám 65+ od roku 1990 do 2010 a předpověď na období 2015–2050)



Zdroj: Ministerstvo zdraví a sociálních věcí, Švédsko, 2013

- Větší důraz na neformální péči, přesun větší odpovědnosti na rodinu příjemce péče, podpora dobrovolnictví a sousedských výpomocí.
- Širší využití a podpora nových technologií, které by ve formální péči vedly ke zvýšení produktivity a v neformální péči ke zvýšení pocitu bezpečí a umožnění delšího setrvání v domácím prostředí.
- Přesuny kompetencí a odpovědností na samosprávné celky, které de facto mimo jiné znamenají rezignaci státu na dlouhodobou udržitelnost systémů péče a přesun těchto problémů na regionální úroveň.
- Zvažování přesunů odpovědností a kompetencí lékařského, ošetřovatelského a sociálního personálu. Převod vybraných lékařských kompetencí na všeobecné sestry a následně dále na ošetřovatelky a pečovatele, pečovatelky. Jde o trend, který jasně reaguje nejen na zvyšující se celkové i jednotkové náklady, ale i nedostatek lidských zdrojů v těchto oblastech.

Dále je možné konstatovat, že s ohledem na dlouhodobou udržitelnost systému sociálně-zdravotní péče bude i do budoucna nutné zachovat všechny její formy, tj. jak pobytové, tak i ambulantní a terénní služby či respitní formy péče.

Různé státy akcentují různé formy, bude docházet k přesunu odpovědností, ke stimulaci neformální péče, nicméně celková transformace není ani reálná ani uvažovaná v kterékoliv z popisovaných zemí.

Bez ohledu na přesuny kompetencí a odpovědností směrem k decentralizaci a přechodu na komunální či regionální úroveň (Nizozemí, Švédsko) anebo opačným směrem (Švýcarsko, Rakousko) je a zůstává primární odpovědnost na veřejné správě, která se stále více bude snažit zdůraznit odpovědnost rodinnou a tuto ze svého pohledu upřednostňovat.

Použité zdroje

- Švédsko: Ministry of Health and Social Affairs (2013). *Dignity first – Priorities in reform of care services.*
- Belgie: Xavier Ledent, Jean Macq (2013). *Long-term home care in Belgium – Challenges and innovations.*
- Německo: Christia Berringer, Ralf Suhr (2013). *Recent developments regarding care services in Germany.*
- Nizozemí: Hattem van der Burg and Evert Jan van Asselt (2013). *The Dutch Reform in Long-Term Care.*
- European Social Network: Lisa Schöenberg, Alan Baird (2013). *Dignity first – priorities in reform of care services.*
- AGE Platform Europe: Anne-Sophie Parent (2013). *For a holistic approach to wellbeing and active ageing in care services.*
- Monika Riedel (2013). *Dignity first – priorities in reform of care services.*