



REFORMA DLOUHODOBÉ PÉČE PRO ČESKOU REPUBLIKU

Jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR
a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.
MUDr. Milan Cabrnach, MBA
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.

vysokoškolský pedagog, analytik veřejné a sociální politiky, prognostik a publicista

MUDr. Milan Cabrnach, MBA

dětský lékař, nezávislý konzultant ve zdravotnictví a sociálních službách,
ředitel Centra zdravotně-sociálních studií CEVRO Institutu

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

internista, geriatr, publicista

Konzultováno s:

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

zakládající ředitelka Gerontologického centra v Praze,
předsdkyně Alzheimer Europe a zakladatelka České alzheimerovské společnosti

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

primář Mobilního hospice sv. Zdislavy Třebíč, krajský koordinátor pro paliativní péči Kraje Vysočina,
zakládající člen České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

Ing. Mgr. Matěj Lejsal

ředitel Domova Sue Ryder, vědecký pracovník,
člen řady expertních a pracovních skupin v oblastech rozvoje sociální a zdravotní péče

Ing. Jiří Procházka

ředitel Palaty – Domova pro zrakově postižené, viceprezident APSS ČR pro pobytové služby

Ing. Daniela Lusková, MPA

ředitelka Domova U Biřičky, viceprezidentka APSS ČR pro kvalitu sociálních služeb

Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku

Jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče



Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

Odpovědný redaktor: Ing. Petra Cibulková; Mgr. Ivana Vlnová

Vydání 1., duben 2021

ISBN: 978-80-88361-14-5

Obsah

Autoři	4
Úvod	5
1. Co je to dlouhodobá péče	7
2. Struktura dlouhodobé péče	9
3. Popis dosavadních aktivit usilujících o řešení dlouhodobé péče v ČR	11
4. Základní předpoklady úspěšného řešení dlouhodobé péče v ČR	13
5. Popis aktuálního stavu – akcentace slabých míst	18
5.1. Nedostatky současného systému z pohledu zdravotnictví	18
5.2. Nedostatky současného systému z pohledu sociálních služeb	20
5.3. Nedostatky současného systému z pohledu klientů a poskytovatelů (výkonných pracovníků) dlouhodobé péče	21
5.3.1 Stávající služby LTC z pohledu klientů/pacientů a jejich rodin	22
5.3.2 Stávající služby LTC z pohledu poskytovatelů (výkonných pracovníků) dlouhodobé péče	23
6. Proč je nutné urychleně reformovat dlouhodobou péči v ČR	25
7. Cíl	27
Návrhová část	29
Seznam zkratk	35
Příloha	36

Autoři

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

Jiří Horecký působí v sociálních službách od roku 1999, nejprve jako ředitel neziskové a posléze příspěvkové organizace a od roku 2007 jako prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. V roce 2013 se stal prezidentem Unie zaměstnavatelských svazů ČR a od roku 2017 je prezidentem evropské asociace European Ageing Network (Evropské sítě stárnutí). Je autorem či spoluautorem více než čtyř desítek odborných článků, publikací či kapitol, soudním znalcem v oboru financování sociálních služeb a členem řady odborných komisí, pracovních skupin a rad vlád ČR.

prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc.

Martin Potůček působil do roku 1989 jako výzkumník. Od roku 1990 pracuje na nově vzniklé Fakultě sociálních věd Karlovy univerzity. V roce 1998 byl jmenován profesorem v oboru veřejná a sociální politika, který spoluzakládal. V letech 1994–2003 vykonával funkci ředitele Institutu sociologických studií a 18 let vedl Centrum pro sociální a ekonomické strategie (2000–2018). Mimo jiné pracoval jako poradce předsedů vlád České republiky (2002–2004 a 2014–2017), jako poradce ministrů práce a sociálních věcí (1998–2006) a předsedal Odborné komisi pro důchodovou reformu (2014–2017). Je autorem nejen mnoha odborných knih, učebnic a výzkumných zpráv.

MUDr. Milan Cabrnach, MBA

Milan Cabrnach působí od roku 1986 jako dětský lékař, později také na pozici zástupce primáře v nemocnici v Kolíně a vede také soukromou praxi. Politicky se angažoval na mnoha postech, mimo jiné byl poslancem Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR (1998–2004), členem Stálé delegace Parlamentu ČR při Radě Evropy (2002–2004) a poslancem Evropského parlamentu (2004–2014). Působil také jako člen Správní rady VZP ČR (2000–2004). Od roku 2007 je předsedou Správní rady Českého národního fóra pro eHealth a od roku 2014 vede Centrum zdravotně-sociálních studií CEVRO Institutu. Zároveň je nezávislým konzultantem ve zdravotnictví a sociálních službách.

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Zdeněk Kalvach dlouhodobě pracoval a působil jako vedoucí lůžkového oddělení na III. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Atestoval z vnitřního lékařství a geriatrie. Působil jako místopředseda a vědecký sekretář České geriatrické a gerontologické společnosti a podílel se na řadě projektů v oblasti ochrany lidských práv, řešení otázek seniorské problematiky a formulování veřejné politiky. Je členem Etické komise České lékařské komory, spolupracuje s úřadem veřejného ochránce práv, byl členem Rady vlády pro seniory a stárnutí populace a náměstkem ministra pro lidská práva. Je autorem a spoluautorem několika monografií a mnoha odborných a popularizačních článků a publikací.

Úvod

Dlouhodobá péče je jedním z klíčových předpokladů, které zajišťují důstojné stárnutí a vysokou kvalitu života ve stáří. Nutno dodat, že je třeba, aby šlo o dlouhodobou péči, která je zároveň dostupná, kvalitní a komplementární s dalšími nástroji podpory seniorů a jejich blízkých.

Většina evropských zemí, ale i zemí mimo náš kontinent se zabývá reformami, redefinicemi a systémovými či dílčími změnami systému dlouhodobé péče. A to z více důvodů či pohledů, ať už jde o změny přístupů a paradigmatu, budoucí udržitelnost, efektivitu, implementaci nových technologií, nových řešení či nových potřeb nebo výzev.

Svět okolo nás se velmi rychle mění a všechny systémy veřejných služeb na tyto změny se zpožděním reagují nebo se o to veřejné reprezentace alespoň pokoušejí. Přičemž demografické změny nejsou jediné, které určují a budou určovat podobu dlouhodobé péče nejen v České republice.

Ze své profesní zkušenosti vím, že ačkoliv primární odpovědnost závisí na výše uvedených změnách, resp. obecně na tom, jak bude a má vypadat sociální politika, za kterou je zodpovědná politická, resp. vládní reprezentace naší země, je příliš jednoduché pouze kritizovat její nečinnost nebo kritizovat konkrétní návrhy řešení. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR již delší dobu zastává kromě funkce odborného „majáku“ či konzultanta, a tím pádem někdy i kritika, i další roli. Přicházíme již delší dobu s konkrétními návrhy. Ostatně stejnou roli si pod mým vedením osvojila i evropská asociace European Ageing Network.

Tato publikace je právě jedním z návrhů, popisuje historii pokusů o vyřešení „otázky sociálně-zdravotního pomezí“ v České republice, uvádí předpoklady nezbytné pro úspěšné řešení dlouhodobé péče, poukazuje na nedostatky a neudržitelnost současného systému dlouhodobé péče v České republice. Avšak kromě popisu největších problémů, přehledně a strukturovaně rozdělených do jednotlivých oblastí, přináší i konkrétní návrhy na změnu, zlepšení a posun.

Cílem tohoto dokumentu je otevřít odbornou diskuzi a být příručkou či konkrétním popisem a návrhem pro státní správu a zejména pro politické strany, kterým by sloužila jako inspirace nebo odborná opora.

Děkuji všem spoluautorům a konzultantům, byla to tvůrčí, obohacující, přínosná a velmi smysluplná spolupráce.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

prezident European Ageing Network

prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR



1. Co je to dlouhodobá péče

Podle definice WHO je cílem dlouhodobé sociálně-zdravotní péče „zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“. Dlouhodobá sociálně-zdravotní péče jako taková představuje „soubor služeb určený osobám se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní kapacity, které jsou po delší časové období závislé na pomoci se základními činnostmi každodenního života“.

OECD ve své obsáhlé zprávě o dlouhodobé péči o starší osoby vymezuje tuto péči jako určité spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci při některých ze základních sebeobslužných aktivit (hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost najíst se samostatně, přesunout se z postele či křesla).

Dlouhodobá péče (long-term care, LTC) je koncept ucelené sociálně-zdravotní podpory lidí s omezenou soběstačností. Nejčastěji jde o lidi ve věku pokročilého stáří, u nichž se na špatném funkčním stavu podílí jak multimorbidita, tak chorobně hluboká, patologická úroveň involučních změn – tzv. geriatrická křehkost (frailty). LTC je tak doplňkovou systémovou reakcí na přibývání starších a velmi starých lidí ve společnosti, kdy hlavním přístupem od 90. let 20. století až dosud je (dle WHO i OSN) podpora „úspěšného stárnutí a zdravého, aktivního stáří“, které by minimálně v hospodářsky vyspělých zemích mělo vést k samostatnému participativnímu životu u většiny seniorů. LTC je tedy řešením v případech, kdy dochází k tzv. „neúspěšnému stárnutí“, jehož důsledkem

je nízká úroveň potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability) s kriticky nízkým funkčním stavem nedostatečným pro fyzické i sociální nároky daného prostředí.

Klientem LTC se tedy člověk stává na základě sociálně-zdravotní charakteristiky a funkčního zdraví, nikoliv na základě věku.

Není sporu, že se dlouhodobě zlepšuje zdravotní a funkční stav i sociální ambice nově stárnoucích generací – procentuálně klesá výskyt těžkých forem disability (zdravotního postižení) ve prospěch lehčích omezení (na vyšší úrovni potenciálu zdraví). Bohužel (jak znovu upozornil prestižní výzkumný projekt MOPACT) přetrvává velmi chabá metodika hodnocení zdravotního stavu (naděje dožití ve zdraví, let zdravého života), při které se mísí úrovně zdravotního postižení a petrifikuje se tak dojem despektu ke stáří a marnosti zdravotnických intervencí. Obvyklá potřebnost LTC ve stáří se posouvá do stále vyššího věku – aktuálně do 9. decenia.

Od 80. let 20. století jsou patrné intenzivní snahy o reformu péče o lidi s nízkým potenciálem zdraví, a to v kontextu obav ze zestárnutí dvou početných generací z přelomu 40. a 50. let a pak ze 70. let 20. století a z prodlužování jejich života ve stáří – absolutní zvýšení počtu

těchto lidí, kteří postupně stárnou, představuje i při relativním poklesu jejich těžkého zdravotního postižení zvýšený tlak na společenské systémy a výdaje. Z těchto reformních snah, jejichž cílem bylo zvýšit účelnost i účinnost (bezpečnost) služeb, se narodil i koncept LTC.

2. Struktura dlouhodobé péče

Existuje, respektive by mělo existovat kontinuum služeb: komunitní a pobytové (rezidenční/institucionální). I když pobytová zařízení dlouhodobé péče musí být nezbytně rozvíjena, prioritou musí být služby komunitní, resp. služby komunitního typu (terénní, ambulantní, respitní), tj. služby, které vedou ke snížení a oddálení potřeby dlouhodobého (trvalého) poskytování pobytových služeb (dílčím úkolem pobytových zařízení jsou respitní krátkodobé pobyty, jako je podpora přetížených laických rodinných pečujících).

Pobytové služby LTC jsou poskytovány převážně v sociálních pobytových zařízeních, takže klesá a mění se role zdravotnických léčeben pro dlouhodobě nemocné (LDN) pro zvláštní typy „nepropustitelných pacientů“ či pro následnou péči o klienty s určitým typem postižení a výkonů. Následná péče by pak měla plnit roli doléčovací a rehabilitační, ale vzhledem k zásadnímu podfinancování a nedostatečnému personálnímu obsazení tomu tak mnohdy není. Tím důležitější je proto posílení základní zdravotní, především ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, aby nedocházelo ani k zanedbání, ani k obtěžujícímu a mnohdy nepřínosnému opakování převážení do nemocnic a zpět kvůli tomu, že „prostě nebylo zbylí“.

Priměřené zdravotní zabezpečení pobytových služeb musí odpovídat povaze zdravotního stavu a nesoběstačnosti klientů a zdravotnické náročnosti péče o ně. Je nezbytné, aby součástí týmů dlouhodobé péče byli i kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, kteří se spolu s pracovníky pobytových služeb podílejí na péči dle potřeb pacientů/

klientů, a to včetně zajištění potřebné rehabilitace, správného managementu geriatrických syndromů, péče o lidi s postižením i paliativní péče. Epidemie covidu-19 znovu ukázala, jak důležité je komplexní zajištění ošetrovatelského procesu, a to včetně výkonů, jakými jsou rehydratační infuze, ošetrování chronických ran, posuzování základních parametrů zdravotního stavu, hodnocení kožních a slizničních změn, aplikace parenterálních léků indikovaných lékařem apod. To vyžaduje jak změny některých stávajících metodických či právních opatření, tak i zvýšení kompetencí nelékařského zdravotnického personálu a posílení pravidelné přítomnosti spolupracujícího všeobecného praktického lékaře, včetně využívání metod telemedicíny.

Na komunitní úrovni se ukazuje, jak naléhavá je potřeba provázat jednotlivé služby (především zdravotní a sociální, které jsou mnohdy zcela oddělené), koordinovat přístup a individualizovat jej (účelně a účinně) na míru danému člověku.¹ Jedná se o case management.

Nezanedbatelná je přitom role praktických lékařů, kteří jsou však stále více tlačeni od této de facto nové formy „primární zdravotně-sociální péče na nízké úrovni potenciálu zdraví“ do pozice periferní složky lékařských specializací a dispenzarizací. Právě tak je nezbytná kultivace „propouštěcího procesu“ z nemocnic, aby šlo o cílevědomě připravovaný návrat do připraveného prostředí, nikoliv jen o vyhledání zařízení následné péče (LDN) či kontaktování nebo dočasné využití zdravotnické home care (domácí péče). To vše vyžaduje jasné koncepční signály s návaznými metodickými, vzdělávacími a možná i legislativními kroky.

Role obcí musí být posílena (což odpovídá někdejší zkušenostem s reformou LTC ve Švédsku). Právě obce mohou a musí sehrát klíčovou koordinační, depistážní a dispenzární roli, respektive v nich (např. na úrovni obcí s rozšířenou působností, ORP) se tyto aktivity musejí odehrávat.

Musí tedy jít o individualizovaný integrovaný plán dlouhodobé péče, který povede k zajištění kvality života, k oddálení potřeby dlouhodobé péče v pobytových sociálních službách, k podpoře laic-

kých (rodinných) pečujících a ke zvýšení účelnosti služeb i výdajů. Klíčovými prvky jsou designování služeb a jejich modifikace v čase dle stavu klienta/pacienta, což vyžaduje case management ve spolupráci s praktickým lékařem (který však sám tuto koordinační roli nezvládá).

Zkušenosti z posledních více než 50 let ukazují, že nezbytné propojení zdravotní a sociální složky není možné shora (snahy o to jsou od 70. let 20. století, výsledek je tristní a metodiky, řízení, financování a pojmosloví k obecné škodě setrvale divergují ve zhoubné hře „na jako by“: jako kdyby v pobytových zařízeních sociálních služeb byli zcela zdraví lidé, co si nejspíše za ošetřeními k lékařům zajedou svými auty, v LDN byli příjemci péče, co přestali být lidmi, takže dožijí v „andělu“ a s nočním stolkem, a v terénu vše řešili praktičtí lékaři předepisující home care či doporučující pečovatelskou službu). Propojení je tedy možné jen zdola na úrovni designování a case managementu konkrétních lidí a na platformě obcí, nicméně se toto nezdaří bez promyšlené, účinné a koordinované podpory shora.

¹ V tom jsou dnes velké rezervy, což ostatně souvisí i s nízkou účelností vynakládání příspěvků na péči. Hovoří se o individuálním designu služeb a o case managementu více než o pouhém navyšování kapacit jednotlivých služeb.

3. Popis dosavadních aktivit usilujících o řešení dlouhodobé péče v ČR

Již od 90. let 20. století se odborníci snaží vyřešit problémy týkající se poskytování dlouhodobé péče nebo tzv. sociálně-zdravotního pomezí v České republice. Nespočet pracovních skupin (resortních či meziresortních) se snažilo tuto problematiku vyřešit. Byla uspořádána řada kulatých stolů, konferencí i odborných diskuzí. Bylo učiněno mnoho závazků v programech politických stran či hnutí, dokonce i v programových prohlášeních vlád. Všechny tyto snahy zůstaly bohužel zatím bez konkrétního výsledku.

Nutno dodat, že některé záměry a aktivity byly v minulosti ukončeny předčasnými odchody některých českých vlád.

Již v roce 1994 byly mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR) a Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (MPSV ČR) na základě iniciativy odborných společností a ve spolupráci zahájeny rozhovory, jak řešit problematiku dlouhodobé péče. Pracovní porady zahájené v roce 1995 byly zaměřeny především na informační propojení mezi zdravotní péčí, zejména dlouhodobou lůžkovou, a pobytovými službami sociální péče.

Rozhovory probíhaly intermitentně během dalších let, několikrát byly vytvořeny pracovní komise složené z expertů obou ministerstev, práce se však nepromítly ani do exekutivních rozhodnutí, ani do legislativních návrhů.

Pracovní skupina k dlouhodobé péči (2008–2010)

V tomto období na MPSV ČR vzniká pracovní skupina složená z expertů, včetně zástupců MZ ČR, která vytváří diskuzní materiál k dlouhodobé péči v ČR, jež analyzuje současný stav, definuje základní východiska a naznačuje možnosti řešení.

Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči (2010–2011)

Jedná se vlastně o doposud nejúspěšnější (byť nedokončený) pokus. Oba resorty (MPSV ČR a MZ ČR) společně předložily do připomínkového řízení návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, tj. podrobný popis řešení dlouhodobé péče, včetně problematiky terénních služeb. Návrh předpokládal, že dojde k zásadnímu navýšení kapacit tzv. domácí péče, dále zahrnoval podrobný popis tehdejšího stavu, včetně analýzy dopadů regulace (RIA). Legislativní rada vlády ČR (LRV) nedo-

poručila vládě ČR tento návrh dále projednávat a schválit, a to z důvodu nikoliv obsahového, ale spíše technického, kdy LRV navrhovala jít cestou novelizací již existujících právních předpisů. Dokončit změny právě cestou dílčích novelizací se však již nepodařilo.

Dílčí úprava dlouhodobé péče (2013)

Dalším pokusem byla aktivita MZ ČR, které připravilo návrh na zavedení obdobných podmínek pro poskytování dlouhodobé péče v sociálních službách, jako mají lůžková zdravotnická zařízení. Tím by došlo k transformaci části lůžkového fondu. Tento návrh také definoval paušální úhrady ošetrovatelské péče, včetně tzv. funkčních testů. Tyto aktivity však přerušil pád tehdejší vlády ČR.

Optimalizace sítě zdravotních a sociálních služeb (2012, 2013)

Stejnomený projekt realizovaný MPSV ČR v partnerství s MZ ČR měl přinést konkrétní řešení nejen optimalizace kapacit zdravotních a sociálních systémů, ale i nový systém služeb dlouhodobé péče. Projekt byl ze strany MPSV ČR předčasně ukončen a existuje z něj několik dílčích analýz.

Podpora procesů sociálních služeb, aktivita č. 12 (2015)

Systémový projekt MPSV ČR, který iniciovali zaměstnavatelé a odbory v sociálních službách, měl původně za úkol vyřešit systém financování sociálních služeb. Projekt byl realizován v letech

2010–2015. Později byly aktivity projektu rozšířeny o aplikaci technologií v sociálních službách a o dlouhodobou péči, v rámci které vznikl v roce 2015 mimo jiné dokument Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech.

Dlouhodobá péče (2014–2017)

Další vláda ČR ve svém programovém prohlášení uvedla: „*Vláda bude řešit ve spolupráci s resortem zdravotnictví problematiku průřezových sociálně-zdravotních služeb.*“ Byla založena meziresortní pracovní skupina se zástupci MPSV ČR, MZ ČR a krajů, včetně dalších expertů. Později vznikla na MZ ČR samostatná paralelní expertní pracovní skupina. Výsledkem měl být tzv. změnový zákon, jehož návrh byl vytvořen v závěru funkčního období tehdejší vlády ČR, ale pro četné rozpory a pro absenci politické priority nebyl k projednání vládě ČR ani předložen.

Dlouhodobá péče (2018–2021)

Byla založena nová meziresortní skupina pro řešení dlouhodobé péče. Měla dva předsedy – ministry obou resortů (MPSV ČR, MZ ČR). Po zhruba roční aktivitě ukončila svoji činnost, resp. se dále nesetkávala. MPSV ČR a MZ ČR připravují vlastní návrhy řešení, které však nebyly nikdy zveřejněny. Příchod pandemie covidu-19 ukončil naděje na možné návrhy či změny v tomto funkčním období vlády.

4. Základní předpoklady úspěšného řešení dlouhodobé péče v ČR

Jaké jsou základní předpoklady pro vytvoření, ale hlavně pak pro prosazení systémových změn v poskytování služeb dlouhodobé péče v ČR? Pokud bychom si položili otázku, co způsobilo selhání či neúspěch předchozích pokusů, pak odpovědí budou právě chybně stanovené nejdůležitější předpoklady.

Jasná vize a silné politické zadání

Jde o dva nejdůležitější předpoklady. Prvním je mít jasnou vizi, představu a směr, který zvolíme při řešení. Pokud začneme tím, že budeme první rok jen analyzovat a zkoumat, ptát se a diskutovat, tak se neposuneme o moc dále – nota bene výstupů z analýz a diskuzí je již dostatečné množství. Musí jít o jasnou představu řešení sdílenou jak MZ ČR, tak MPSV ČR.

Druhým předpokladem je silné politické zadání, což znamená, že řešitel musí být připraven na odpor některých úředníků jednoho či druhého resortu, musí držet daný směr a zadání a důsledně jít za vytyčeným cílem. Neznamená to však nediskutovat či nedělat kompromisy jen z toho důvodu, aby bylo vytyčeného cíle rychle dosaženo.

K neúspěchu jsou pak odsouzeny přístupy, kdy bude zásadní změnou, resp. reformou dlouhodobé péče pověřen resort MZ ČR nebo MPSV ČR. Totéž pak platí o vytváření rovnovážných pracov-

ních skupin, jejichž složení a řízení je rovnoměrně rozloženo mezi oba resorty.

Jediným efektivním způsobem je, aby celý proces reformy řídil (nebo silně supervidoval) např. předseda vlády ČR (obdobně jako řídí rady vlády, které jsou resortně průřezové), nebo aby vláda jmenovala osobu mimo oba resorty, která bude mít jasný mandát k předložení návrhu změn.²

Velikým rizikem je pověřit řešením jeden z resortů (MPSV ČR, nebo MZ ČR). Osoba odpovědná za přípravu, započetí a hlavně dokončení reformy dlouhodobé péče by měla být na úrovni např. Národní rozpočtové rady (z pohledu jejího mandátu).

Podobná potřeba vyvstává i při řešení jiných složitých a dlouhodobě neřešených rozhodovacích úloh ve veřejné politice a správě (například v designu důchodové reformy, daňové reformy nebo systému státní sociální podpory).

² Je jasné, že na konečném legislativním návrhu musí věcně, obsahově, ale i legislativně spolupracovat jak MZ ČR, tak MPSV ČR.



Méně znamená někdy více

Čím méně lidí bude na návrhu pracovat, tím lépe. Větší skupiny budou vždy prosazovat rozdílné zájmy (protože žádná reforma nebude vítána všemi jejími aktéry), problémem bude ale i to, čemu říkáme „clash of egos“. Musí jít o úzký okruh odborníků, kteří připraví daný návrh a následně jej mohou a budou konzultovat. Pak lze vytvořit širší, řekněme konzultačně-oponentní fórum, které však nesmí mít kromě poradenských a iniciačních pravomocí žádné řídicí, které by vedly celý proces.

Reforma peníze neušetří

Pokud se seznámíme s důvody, proč Česká republika potřebuje reformu dlouhodobé péče a jež uvádíme níže, bude nám jasné, že představa, že by tato reforma mohla přinést snížení veřejných (ale i soukromých) výdajů na tento segment, je iluzorní. Bude to něco stát. Musí to něco stát. Ale musí to být systém, který bude dlouhodobě finančně udržitelný, a to pro všechny, kteří ho platí a platit budou, tj. stát, samosprávy, zdravotní pojišťovny a klienty dlouhodobé péče a jejich rodiny.

Pobytové služby LTC by pak měly být poskytovány v režimu tzv. „testované věčné dávky“, tj. její poskytnutí je (obdobně jako u hospitalizace) dáno objektivními důvody a na základě předpokladu, že z poskytnutí bude mít dotyčný prospěch.

Příčiny dosavadních selhání a základní předpoklady pozitivního obratu

Evropský pilíř sociálních práv stanoví, že každý má právo na cenově dostupné a kvalitní služby dlouhodobé péče.³ Přestože se Česká republika k naplňování těchto práv zavázala, je zřejmé, že tento nárok u nás není v současné době respektován a dlouhodobá péče není zakotvena ani v legislativě (kromě typu lůžkové péče v zákoně o zdravotních službách). Současný nepoměr mezi potřebami dlouhodobé péče a nedostatečnými kapacitami a kvalitou jejich uspokojování byl vyvolán především následujícími vážnými selháními veřejné politiky a správy. Následují návrhy, jak tato selhání překonat a zajistit pozitivní obrát do budoucna (viz tabulka č. 1).

³ Evropský pilíř sociálních práv. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Evropsky-pilir-socialnich-prav.pdf>.

Tabulka č. 1: Dosavadní selhání veřejné politiky a správy a možnosti odstranění těchto selhání

Příčiny dosavadních selhání	Předpoklady pozitivního obratu
Problematika kapacit a kvality sociálních služeb a postakutní péče v rámci zdravotnictví jsou trvale na okraji pozornosti rozhodovatelů a postakutní péče ve zdravotnictví.	- Prosadit do volebních programů politických stran a následně do vládního prohlášení rozvoj zdravotních a sociálních služeb obecně a zvláště rozvoj dlouhodobé péče jako jednu z priorit rozvoje země.⁴ - Iniciovat veřejnou debatu o možnostech řešení dané problematiky a motivovat významné aktéry i instituce k účasti na ní.
Neexistuje fundovaná analýza a prognóza vývoje potřeb zdravotní a sociální péče v České republice, jejíž součástí by byla i analýza a prognóza vývoje potřeb dlouhodobé institucionální péče.	Zahrnout uvedenou problematiku do programové skladby aplikovaného výzkumu Technologické agentury ČR a resortních plánů výzkumu MZ ČR a MPSV ČR. Na základě využití realizovaných výzkumů a analýz či výsledků nových výzkumů koncipovat strategickou vizi a dlouhodobé programy rozvoje infrastruktury dlouhodobé péče. ⁵
Dlouhodobě fatálně podfinancované veřejné investice do sociálních služeb.	Zajistit dostatečnou podporu investic do sociálních služeb ze strany centra, krajů a obcí.
Chronická nedohoda mezi MZ ČR a MPSV ČR o optimalizaci překryvu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb. Vymezování „pomezí“ místo spolupráce.	Zahrnout zadání optimalizace sociálně-zdravotního pomezí do vládního prohlášení. Zaúkolovat ministry jeho realizací.
Absence adekvátního způsobu financování sociálních služeb obecně a zvláště dlouhodobé péče v horizontu budoucích desetiletí.	- Optimalizovat stávající způsob alokace prostředků na sociální služby na úrovni MPSV ČR a krajů tak, aby reagoval na rostoucí poptávku po sociálních službách. Zvýšit ingerenci centra na rozvoji sítě sociálních služeb ve vztahu ke krajům a zajistit minimálně tříletý horizont jejich financování. - Odděleně, ale současně řešit financování investiční a financování provozní. - Nabídnout dokument Pojištění dlouhodobé péče v ČR k veřejné diskuzi, shrnout její závěry a dospět k doporučení pro budoucí vládu.⁶
Vnímání LTC jako problému (zejména nebo zcela) sociálních služeb, a to zejména ústavních a nevyhovujících zdravotnických zařízení následné péče.	Je třeba změnit organizaci i úhradu zdravotních služeb jak v rámci lůžkové péče v oblasti následné a dlouhodobé péče, tak v oblasti péče ambulantní poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb.
- Nedokončená restrukturalizace lůžkové péče, kdy stále značná část kapacity lůžkového fondu je obsazena/obsazována pacienti, kteří již lůžkové zdravotní služby nepotřebují (někdy je motivací i udržení úhrady z veřejného zdravotního pojištění [vzp]). - Stávající systém financování následné a dlouhodobé lůžkové péče motivuje spíše k zachování špatného funkčního stavu, který je garancí vyšších úhrad za lůžko. Avšak finanční incentivy těchto zařízení by měly být zcela opačné, tedy vést ke zlepšení funkčního stavu a návratu do původního prostředí. Pro tuto kvalitní a kvalifikovanou péči (re-enabling) jsou stávající úhrady nedostatečné, navíc do zdravotnických zařízení neplyne ani příspěvek na péči.	Podporovat restrukturalizaci lůžkového fondu u poskytovatelů zdravotních služeb (PZS), rozdělit lůžka na lůžka akutní péče, lůžka následné péče, lůžka dlouhodobé zdravotní péče, a účinně motivovat PZS k využívání lůžek k tomu, k čemu jsou určena.

⁴ Srovnej Czech Republic. Health care and Long-Term Care Systems. 2019. Brussels: EU Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

⁵ Viz například doporučení obsažené v dokumentu State of Health in the EU. Czechia. Country Health Profile 2019. EU and OECD, str. 21.

⁶ KRÁSA, V., J. HORECKÝ, V. BEZDĚK a M. POTŮČEK. Pojištění dlouhodobé péče v České republice. Tábor: APSS ČR, 2020. 22 s.

Jednou z chyb či bariér úspěšné reformy a systémových změn je absence schopnosti odpoutat se od stávající, existující struktury dlouhodobé péče, tj. být schopen neuvažovat pouze o změně či zlepšení jednotlivých částí a prvků stávajícího systému, ale přistoupit k celkovému řešení bez spojování či porovnávání se současnou strukturou.	▪ Jít cestou sociálních inovací na „švech“ (překryvech) současných služeb k posílení účelnosti a účinnosti, a to v souladu se současnými evropskými představami. ▪ Koncipovat nové pozice, především koordinátora LTC (case managera) na komunitní úrovni schopného depistáže, dispenzarizace, koordinace, designování i spolupráce s místní správou. ▪ Usilovat o integrovaný, komunitně založený systém zhruba na úrovni ORP s posílením jejich kompetencí.
▪ Absence přístupu dle principu subsidiarity v LTC. ▪ Zásadní podfinancování terénních služeb dlouhodobé péče, a to jak zdravotní, tak sociální, a systémové bariéry v jejich poskytování (týká se jak sociálních služeb, tak domácí ošetrovatelské péče). ▪ Odtržení dlouhodobé péče od péče primární. Nastavení financování primární péče (kapitace) nemotivuje praktické lékaře k poskytování péče pacientům s komplexními potřebami, návštěvám v domácím prostředí atd. Obdobný problém je i se zajištěním péče v ústavních zařízeních.	▪ Prosazovat principy subsidiarity v LTC. Zjednodušeně: co může vyřešit rodina, vyřeší rodina a systém ji v tom podporuje. ▪ Co lze vyřešit terénními/ambulantními službami, neřešíme pobytovými/lůžkovými službami, ale podporujeme služby terénní/ambulantní. ▪ V lůžkové/pobytové péči končí ti klienti, o které se již předchozí zdravotní/sociální služby postarat nedokážou. I zde cílíme na co nejdřívější návrat klienta do domácího prostředí.
Není definován NÁROK – co může klient očekávat, na co má právo ve veřejném systému.	Je nezbytné definovat nárok jak ve zdravotních službách, tak ve službách sociálních, ale je také nezbytné určit garanta tohoto nároku.

5. Popis aktuálního stavu – akcentace slabých míst

Cílem tohoto dokumentu není detailní analýza současného systému financování a poskytování sociálně-zdravotních služeb ve smyslu nefunkčnosti, neefektivity či nedostatků. Ostatně takových analýz existuje již celá řada a všichni odborníci se shodují, že reforma, resp. zásadní změna je nutná. Pro účely tohoto dokumentu tedy nastíníme stručný výčet těch hlavních „bolavých míst a bariér“ rozvoje sociálních služeb a udržitelnosti celého systému. Kritický vhled do dlouhodobých a zároveň aktuálních nedostatků přináší tento dokument ze tří různých perspektiv. Z perspektivy poskytovatele sociálních služeb, z perspektivy poskytovatele zdravotních služeb a konečně z perspektivy klienta, resp. seniora vyžadujícího nějaký stupeň podpory a péče.

5.1. Nedostatky současného systému z pohledu zdravotnictví

Financování zdravotnictví bylo po roce 1989 odděleno od státního rozpočtu návratem ke zdravotnímu pojištění. Byl přijat zákon o všeobecném zdravotním pojištění⁷, o všeobecné zdravotní pojišťovně⁸ a o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění⁹.

V roce 1992 byl na základě poslaneckého návrhu přijat zákon o resortních a dalších zdravotních pojišťovnách.¹⁰ Ve stejném roce byl přijat zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.¹¹

Tyto zákony umožnily rozvolnění stávajících krajských a okresních ústavů národního zdraví a vznik nestátních zdravotnických zařízení vedle stávajících zařízení státních.

Systém poskytování a úhrady zdravotní péče – zdravotních služeb¹² – byl vždy striktně oddělen od systému poskytování služeb sociálních, a to nejen v oblasti péče lůžkové/pobytové, ale i v oblasti péče ambulantní a domácí/terénní.

Striktní resortní oddělení sociálních a zdravotních služeb je dlouhodobým problémem, zejména v péči o dlouhodobě nemocné. Oba systémy mají

⁷ Zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

⁸ Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

⁹ Zákon České národní rady č. 591/1991 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

¹⁰ Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

¹¹ Zákon České národní rady č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

¹² Přijetím zákona o zdravotních službách v roce 2011 došlo ke změně terminologie – zdravotní péče se nově označovala jako zdravotní služby.

rozdílnou legislativu, rozdílné požadavky na personální i materiální podmínky pro poskytování péče, rozdílné financování včetně naprosto rozdílného pohledu na „spoluúčast“, tedy financování služeb platbou klienta/pacienta/uživatele.

Financování zdravotní péče bylo odděleno od státu, převedeno do veřejného zdravotního pojištění, které hradí poskytnutou zdravotní péči zdravotnickému zařízení na základě smlouvy. Nastolení principu, kdy peníze sledují poskytnutou péči, umožnilo rychlý rozvoj na straně poskytovatelů, vznik zdravotnických zařízení různých právních forem a s různými vlastníky. Platba za poskytnutou službu otevřela prostor pro konkurenci co se týče dostupnosti i kvality zdravotní péče. Spolu s tím rostou náklady na péči, která je hrazena z veřejného pojištění. Systém tento růst nákladů řeší regulací počtu smluvních zdravotnických zařízení, zejména regulacemi na straně úhrad za poskytnutou péči. Nerovnost mezi potřebným (poptávaným, nabízeným) objemem zdravotní péče a finančními možnostmi veřejného zdravotního pojištění je plně přenášena na zdravotnická zařízení, resp. nově na poskytovatele zdravotních služeb.

Zdravotnictví využívá soukromých zdrojů klientů/pacientů pro úhradu poskytnutých služeb minimálně, a to výhradně z politických důvodů, historicky fiskálně zavedená minimální spoluúčast pacientů s převážně regulačním cílem byla záhy opět z výhradně politických důvodů zrušena.

Ve zdravotnických zařízeních je poskytována především lůžková péče nemalému množství pacientů, kteří jsou hospitalizováni zejména z důvodů potřeby zajištění dlouhodobé péče, eventuálně z jiných spíše sociálních důvodů. Přestože se jedná často o osoby s omezenou soběstačností, zdravotnická zařízení nemají nárok na příspěvek na péči.

V malém objemu jsou to děti v mimořádných sociálně komplikovaných případech, které dnes velmi rychle přecházejí do zařízení sociálních služeb, což je správným řešením. V převažujícím počtu případů se jedná o osoby dlouhodobě nemocné nebo osoby vysokého věku s omezenou soběstačností. Jsou to pacienti, kteří by ze zdravotního pohledu mohli být z nemocnice propuštěni, ale vzhledem k tomu, že se o sebe nedokáží sami postarat a není pro ně aktuálně dostupná odpovídající sociální služba, propuštění být nemohou. Najdeme i osoby, které samy aktivně vyhledávají hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních z důvodů více sociálních než zdravotních, ale těch není mnoho. Některé osoby naopak nejsou při propuštění z nemocnice dostatečně doléčeny a zrehabilitovány a zařízení sociálního typu nemají potřebné možnosti k zajištění adekvátní zdravotní péče.

Významnou komplikací je závažná chyba systému, která spočívá v rozdílné spoluúčasti občana/klienta na úhradě poskytovaných služeb mezi pobytovou sociální péčí a lůžkovou zdravotní péčí. Zatímco spoluúčast pacienta ve zdravotních službách je nulová, v sociálních službách se uživatel podílí na úhradě služeb výrazně, například až 85 % svého příjmu a 100 % příspěvku na péči.

Velkým problémem z pohledu zdravotnictví je nevyřešená problematika překryvu sociálních a zdravotních služeb nejen v lůžkové péči. To působí velké komplikace, především to zvyšuje nároky na již tak nedostatečné kapacity, zejména personální. Řešení, jenž by umožnilo efektivní a bezpečný přesun pacientů, kteří již nevyžadují hospitalizaci, z lůžkové zdravotní péče zpět domů, případně do pobytových sociálních služeb, by uvolnilo značné personální kapacity především lékařů a sester pro poskytování potřebných zdravotních služeb. Současně by pravděpodobně došlo

k přeměně některých nyní zdravotnických zařízení v zařízení sociální pobyťová. Zároveň je potřeba, aby došlo k úpravě komunitních služeb, což by zvýšilo zabezpečení osob s omezenou soběstačností v domácím prostředí a snížilo tlak na jejich hospitalizaci při často opakovaných dekompenzacích stavu.

Nezbytnou podmínkou k tomu, jak řešit nastíněný problém, je, že je nutné vyřešit, jak řádně, kvalitně a smysluplně poskytovat zdravotní služby v pobyťových zařízeních sociálních služeb. Druhou zásadní podmínkou je efektivní podpora ambulantních a terénních služeb a domácí péče tak, aby více občanů, kteří potřebují sociální i zdravotní péči, mohlo žít důstojně a bez obav ve svých domovech. Dále je mimo jiné nezbytné harmonizovat systémy financování, resp. úhrady za poskytnutou péči, narovnat právní postavení a přístup k veřejným financím pro poskytovatele sociálních i zdravotních služeb bez ohledu na jejich právní formu a vlastníka, harmonizovat spoluúčast občana na úhradě služeb, které čerpá, bez ohledu na to, zda jde o systém zdravotní nebo sociální, otevřít prostor pro soukromé investice v sociálních službách, harmonizovat požadavky na personální vybavení, včetně vzdělání pracovníků a řada dalších kroků.

5.2. Nedostatky současného systému z pohledu sociálních služeb

Současný systém sociálních služeb vznikl v roce 2007 na základě zákona o sociálních službách, který přinesl několik do té doby nových a přelomových institutů a nástrojů.

Jedním ze zásadních je příspěvek na péči, který měl posoudit míru závislosti na péči a podpoře druhé osoby a poskytnout jeho příjemci dostatečný objem finančních prostředků.¹³ Klient sociálních služeb se tedy měl stát kvazi zákazníkem, který si vybírá pro něj nejlepší řešení. Od tohoto „ideálního stavu“ jsme stále ještě poměrně daleko vzdáleni. Směr je ale správný.

Dalším novým institutem byla (a jsou) tzv. sociální lůžka,¹⁴ která měla vést k eliminaci domnělých až 15 000 skrytých tzv. sociálních hospitalizací (obvykle jde o prodloužení nemocničních pobytů kvůli nedostupnosti, nízké účinnosti a návaznosti terénních služeb, tzv. bed-blocking) každý rok. Ani toto přání a záměr se nepodařilo „zhmotnit“, resp. dostat do praxe, a to kvůli nedostatečnému financování a extrémní administrativní náročnosti.

Další novinkou byla úhrada ošetrovatelské péče¹⁵ (která byla v pobyťových sociálních službách poskytována dlouho před zákonem o sociálních službách) z fondu veřejného zdravotního pojištění. Tato nová povinnost zdravotních pojišťoven vytvořila řadu třecích ploch, přinesla mnoho soudních sporů, vyjednávání, přinesla tlak na obsahové a parametrické změny nové ošetrovatelské odbornosti, jejichž výsledek po téměř 15 letech nelze asi (optikou obou stran) hodnotit jako optimální, ale spíše jako konsolidovaný. Nicméně existuje ještě mnoho nedostatků souvisejících s právní zodpovědností, kvalifikací, celoživotním vzděláváním atd. Samostatným problémem je administrativní zátěž personálu, která odčerpává čas vyhrazený klientům (vykazování je důležitější než péčování) a která přispívá k vyhoření personálu

¹³ Jde o příspěvek, tj. předpokládá se automaticky participace z vlastních zdrojů.

¹⁴ Dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹⁵ Odbornost 913.

v nedostatkových profesích. Je potřeba podporovat spolupráci administrativních pracovníků v sociálních službách stejně tak, jako je tomu ve zdravotnictví, kteří by uvolnili odborníkům ruce, aby jim přibyl čas pro vlastní péči.

Nutno zmínit, že zákon o sociálních službách rozvinul sociální služby v řadě směrů (zvýšil kvalitu poskytovaných služeb, služby jsou orientovány na klienta a jeho potřeby, optimalizoval cílové skupiny apod.).

Mezi další slabá místa systému dlouhodobé péče z pohledu sociálních služeb pak patří:

- Současný systém financování sociálních služeb je nastaven tak, že neumožňuje rozvoj sociálních služeb dle skutečné potřeby, resp. poptávky po sociálních službách.
- Všechny typy sociálních služeb pro seniory v ČR mají nedostatečné kapacity. V důsledku toho klient někdy využívá ty sociální služby, které jsou disponibilní, nikoliv ty, které by zrovna potřeboval.
- Zařízení poskytující pobytové sociální služby nemají povinnost poskytovat některé služby a zdravotní péči, které by měly být v takovýchto zařízeních samozřejmostí, jde zejména o kvalitní zajištění primární péče a dále např. geriatrickou, paliativní, rehabilitační či nutriční péči, ergoterapeutické aktivity apod.
- Sociální služby nejsou provázané se službami zdravotními a naopak. Zatímco při poskytování zdravotních služeb je zákonem stanovena povinnost předávat informace a zajistit návaznost péče, pro předání pacienta do sociálních služeb a pro poskytování sociálních služeb takové po-

vinnosti tak jednoznačně a jasně stanoveny nejsou. Nefunguje vzájemná komunikace obou sektorů, plánované přestupy klientů v rámci systémů, propojení těchto služeb apod.

- Systém úhrad klientů a neefektivní/neracionální regulační mechanismy znemožňují snahy budovat nové kapacity a zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb.
- Současné kapacity respitních, resp. odlehčovacích služeb pobytového typu jsou nedostatečné a z větší části nejsou využívány pro „odlehčení“ pečujícími osobám, nýbrž suplují chybějící kapacity pobytových služeb dlouhodobé péče.
- Ačkoliv potřeba péče a podpory osob (zvláště velmi pokročilého věku) s omezenou soběstačností stoupá, počet klientů pečovatelských služeb několik let mírně klesá. Je to dáno systémem financování těchto služeb, který neumožňuje jejich systematický ani přirozený rozvoj.
- Neexistuje koordinace/integrace služeb na komunitní úrovni ve smyslu case managementu, která se jeví jako klíčová pro snížení tlaku na ústavní a pobytové služby.

5.3. Nedostatky současného systému z pohledu klientů a poskytovatelů (výkonných pracovníků) dlouhodobé péče

LTC je systém, který kromě kapacit (dostupnosti) vyžaduje i určitou nezbytnou míru koordinace, provázanosti a také to, aby byl srozumitelný jak mezioborově, tak i laicky a aby bylo možné jej celostátně porovnat. Tak tomu však dnes není. Chybí obecná zdravotní/sociální gramotnost, součástí

kteří je povědomí veřejnosti o organizaci zdravotních/sociálních služeb. Zvláště neexistuje povědomí o LTC jako o společensky závažném „3. pilíři“.

5.3.1 Stávající služby LTC z pohledu klientů/pacientů a jejich rodin

- Jsou velké regionální rozdíly v kapacitě, a tím i v dostupnosti/nedostupnosti, byť jen jednotlivých základních služeb (home care, pečovatelská služba) – znevýhodněné jsou jako jinde ve světě rurální oblasti.
- Pokud vznikne potřeba LTC (např. v důsledku cévní mozkové příhody, závažného úrazu, progresivního syndromu demence), chybí včasné poskytnutí kvalitní informace klientům či laickým pečujícím o možnostech podpory a o vhodném nastavení (designu) služeb pro konkrétního člověka.
- Lidé tak ve velké většině případů nemají na koho se obrátit, aby získali ucelenou radu, co vše mají vlastně jako podporu k dispozici, jaké služby (zdravotní i sociální) existují. Pokud vůbec, dozvídají se to postupně, pozdě a roztržité z různých zdrojů. Mají také mylné představy o rozsahu výkonů, které od jednotlivých služeb mohou očekávat, a tím o míře podpory, kterou jim poskytnou. Výsledkem je, že ve stavu nouze až zoufalství zvolí takovou službu, která je aktuálně dostupná, často bez ohledu na to, jak je pro klienta vhodná. Jiné možnosti naopak zůstávají nevyužity.
- V praxi neexistuje mechanismus umožňující včasné podchycení (depistáž) lidí, kteří potřebují podporu služeb LTC bezprostředně v komunitě ohrožených ztrátou soběstačnosti. Orientační posouzení funkčního stavu by mělo být součástí

péče praktického lékaře, u komplexnějších stavů pak ideálně za podpory geriatrické ambulance, a mělo by dojít k vytvoření plánu péče. To by umožnilo oddálit nezbytné využití ústavní péče. Neexistuje ani dispenzarizace stavu těchto lidí, i když by to umožnilo změny v nastavení služeb k zachování jejich účelnosti/účinnosti, včetně detekce zanedbávání a nevhodného zacházení, včetně podpory pečujících rodin.

- Ústavní (nemocniční) péče a ambulantní/terénní služby jsou ve většině případů špatně propojené, např. jen ojediněle funguje u lidí s omezenou soběstačností tzv. propouštěcí proces umožňující propuštění do připraveného prostředí s nastavenými terénními službami LTC.
- Case management komunitních služeb LTC (jejich dostatečnosti, účinnosti a účelnosti) neexistuje, neboť nikomu nepřísluší – praktičtí lékaři nejsou koordinátory LTC, ani do budoucna zřejmě být nemohou, a mnohdy jsou naopak nejslabším článkem LTC (i když logicky někteří v nějakých případech fungují dobře a obětavě).
- Celá oblast dlouhodobé péče je prostoupena negativními kompetenčními konflikty i demarkačními bariérami mezi jednotlivými rezorty, profesemi, odbornostmi, což ztěžuje situaci uživatelů: mnozí lidé se ocitají na „území nikoho“, jejich problémy taxativně nikomu nepřísluší, jiní musejí poptávat více služeb, i když předpokládali, že jejich potřeby pokryje jedna služba (např. oddělení úkonů pečovatelských, asistenčních, ošetřovatelských).
- Informovanost jednotlivých aktérů (poskytovatelů) o dalších službách (možnostech) spadajících obecně do LTC a především v daném

regionu je velmi nízká, což ztěžuje provázanost služeb i podporu laickým pečujícím.

- Účelnost a účinnost schematických, nedostatečně individualizovaných služeb, a tím i výdajů (veřejných i osobních), je nízká.
- Za krizové epidemiologické situace vyvolané epidemií covidu-19 se v některých pobytových zařízeních projevila systémová nejasnost toho, kdo je za potřebnou zdravotní péči zodpovědný (kvůli lockdownu došlo k zákazu návštěv, včetně omezení vstupu opatrovníků a externích konsiliářů i návštěv klientů u nich), což klienty ohrozilo. Pandemie covidu-19 také ukázala nedostatky ve zdravotní péči, a to včetně nedostatků týkajících se prevence, a potřebu odborného nastavení protiepidemického režimu.
- V pobytových zařízeních nejsou vytvořeny podmínky pro epidemiologicky bezpečné setkávání (bezpečné návštěvní prostory), takže dlouhodobé zákazy návštěv, k jakým bylo přistoupeno během epidemie covidu-19, způsobují závažný stres a vedly k závažným poruchám duševního zdraví, nezřídka až k ohrožení života osamělých izolovaných klientů.
- Legislativní dvojkolejnost často odděluje poskytovatele ošetrovatelské péče (zdravotní domácí péče) a pečovatelskou službu (terénní sociální službu), což rodině komplikuje zajištění komplexní terénní služby.

5.3.2 Stávající služby LTC z pohledu poskytovatelů (výkonných pracovníků) dlouhodobé péče

- Řízení i financování, včetně přímých plateb klienta/uživatele/pacienta, jsou nelogické, nepodpůrné a demotivační.
- Byrokratická zátěž výkonového vykazování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je destruktivně vysoká.
- Dostupnost registrujících praktických lékařů u klientů pobytových sociálních služeb je často velmi problematická.
- Terénní služby (zdravotní i sociální) jsou podfinancované, a pokud nejsou dotovány zřizovatelem, mohou existovat pouze například na úkor krácení časů návštěv atd.
- Neoprávněně nízká společenská prestiž poskytovatelů dlouhodobé péče a jejich zaměstnanců včetně nevyhovujících mzdových podmínek negativně ovlivňuje atmosféru i motivovanost.
- Stávající nastavení podmínek pro poskytování základní zdravotní péče včetně ošetrovatelských úkonů v pobytových zařízeních neumožňuje jejich poskytování v dostatečném rozsahu, natož poskytování např. paliativní péče či zvládání mimořádných epidemiologických situací, s nimiž je třeba počítat i v budoucnu (jak ukázala pandemie covidu-19). To je o to závažnější, že do pobytových zařízení přicházejí vesměs lidé se závažnými zdravotními problémy.
- Zdravotnická zařízení včetně nemocničních lékařů často nevědí (např. při propouštění nedolčených či chronicky nemocných pacientů), že

v sociálních pobytových zařízeních nejsou stálí lékaři a v domech s pečovatelskou službou ani zdravotní sestry. Jindy je patrný despekt vůči profesím dlouhodobé péče. Obecně mezi lidmi převládá velmi nízká úroveň znalostí o skutečném významu a možnostech dlouhodobé péče.

- Neexistuje metodické ani kontrolní vedení ucelené (překryvně sociálně-zdravotní) dlouhodobé péče, vzdělávání pracovníků navíc neodpovídá nárokům na tato povolání.
- Veřejnost má mylné představy o možnostech jednotlivých služeb LTC a o účelech, které plní, i o rozsahu výkonů, které od nich mohou očekávat, a tím o míře podpory, kterou jim mohou poskytnout. To vede k opakovaným konfliktům.
- Vzájemná vstřícnost i úroveň spolupráce mezi službami (zařízeními) zdravotnickými a sociálními je vesměs nízká, což se týká i sdílení informací, návaznosti a vzájemné použitelnosti dokumentace.
- Dokumentace o pacientech a jejich stavu poskytovaná zdravotnickými zařízeními obvykle ne-

odpovídá potřebám ani možnostem pobytových sociálních služeb. Chybí kvalifikovaná geriatrická péče. V dokumentacích vesměs zcela chybí smysluplné hodnocení funkčního stavu a omezení soběstačnosti (obvykle jde jen o výčet diagnóz).

- Nevhodná podoba asistivních technologií a pomůcek, které jsou často vytvářeny návrháři, výrobci nebo teoretiky podle jejich představ, nikoliv podle zkušeností a potřeb uživatelů, pracovníků v přímé péči či pečujících rodin.
- Nutná je pak také revize systému profesní přípravy a celoživotního učení (vzdělávání): geriatrická specializace je poddimenzovaná ve všech oborech, kompetenční výbava pro mezioborovou spolupráci je nedostatečná, systém se potýká s neprostupností „podsystemů“, svých vlastních složek (srov. např. rakouský model, ve kterém je kvalifikace „pečovatel“ nižším stupněm profesní přípravy v rámci struktury zdravotnických povolání a umožňuje pokračovat ve zvyšování kvalifikace, naopak v ČR představuje kvalifikace pečovatel v sociálních službách „slepou kvalifikační větev“ apod.).

6. Proč je nutné urychleně reformovat dlouhodobou péči v ČR

Dostupná data jsou nezpochybnitelná. V současnosti je kapacita a kvalita dlouhodobé péče v České republice nedostatečná. Dosavadní pokusy o to, jak vyřešit známé deficity vzniklé v minulosti, se nesetkaly s úspěchem. Problematika spojená s LTC je politiky a veřejnou správou chronicky podceňovaná a není v rámci stávajících přístupů a uvolňovaných kapacit řešitelná.

Počet evidovaných nevyřízených žádostí o umístění v pobytových službách pro seniory převyšoval v posledních letech hodnotu 80 tisíc.¹⁶ I když je faktická potřeba podle odhadu Horeckého a Průši jen přibližně čtvrtinová,¹⁷ činí i tak převis poptávky nad nabídkou kolem 20 tisíc lůžek.¹⁸ Stejně tak je nutné posilovat kapacity služeb komunitního typu, zejména pak služeb terénních, např. celková okamžitá kapacita pečovatelských služeb, která byla v roce 2016 celkem 63 701 osob (celkový počet klientů byl pak 100 700), by se měla do roku 2025 navýšit na 98 613 osob. Posílit bude nutné také služby respitní.

Nedostatečné kapacity a dostupnost služeb dlouhodobé péče nezaznamenáváme jen v sociální části. Stejně či podobné absence dostatečných kapacit a dostupnosti lze sledovat i ve zdravotní části dlouhodobé péče.

Střední varianta nejnovější projekce populačního vývoje a publikované prognózy vývoje zdravotního stavu ukazují, že zatímco v roce 2019 naděje dožití mužů při narození činila 76,3 roku, v roce 2050 dosáhne hodnoty 82,1 roku; u žen se ve stejném období předpokládá růst těchto hodnot z 82,1 let na 86,7 let. Tyto skutečnosti se samozřejmě promítají i do celkového počtu seniorů.

¹⁶ Dle kvalifikovaného odhadu APSS ČR je aktuální úhrn těchto žádostí 10 až 15 tisíc.

¹⁷ HORECKÝ, J. a L. PRŮŠA: *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019–2050*. Praha: APSS ČR, 2019, s. 5.

¹⁸ V roce 2018 bylo evidováno 57 997 neuspokojených žádostí o domovy pro seniory a 24 198 žádostí o domovy se zvláštním režimem. Viz *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2018*. Praha: MPSV ČR, 2019.

Tabulka č. 2: Očekávaný vývoj počtu obyvatel (střední varianta v tisících)

Věková skupina / rok	2018	2021	2031	2041	2051
65–79	1 612,8	1 721,0	1 691,7	1 882,1	2 133,5
80+	427,5	457,2	736,8	875,5	963,4
65+	2 040,3	2 178,2	2 428,5	2 757,6	3 096,9

Zdroj: Projekce obyvatelstva České republiky 2018–2100. Praha: ČSÚ, 2018.

Údaje o délce života prožitého ve zdraví z roku 2015 uvádějí hodnotu 62,4 let pro muže a 63,3 let pro ženy.¹⁹ S rostoucím věkem roste multimorbidita a na ni vázaná postupná ztráta soběstačnosti. U osob ve vyšším věku se zvyšuje výskyt demence a Alzheimerovy choroby a v důsledku toho též potřeba trvalé péče. V pokročilejším stádiu těchto onemocnění dochází v některých případech k nezbytnosti umístění do domova se zvláštním režimem.

Je nasnadě, že bez rychlého a zásadního pozitivního obratu při řešení uvedeného deficitu by už v horizontu nejbližších deseti až patnácti let došlo k akutní a už jen s dodatečnými mimořádnými náklady řešitelné krizi soustavy zdravotních a sociálních služeb dlouhodobé péče. Ta by i při nasazení těchto prostředků přetrvávala až do druhé poloviny tohoto století.

Tabulka č. 3: Odhad potřebného vývoje kapacit vybraných služeb sociální péče do roku 2050 při zachování míry vybavenosti na úrovni roku 2016

Zařízení / Rok	2016	2020	2025	2030	2035	2050
Domov pro seniory	35 596	36 814	45 169	58 876	69 564	89 146
Domov se zvláštním režimem	15 387	15 914	19 525	25 451	30 071	38 536
Počet klientů pečovatelské služby v r. 2017 a její potřeba v r. 2025	Disponibilní kapacita – 63 701			Roční kapacita – 100 700		
	Disponibilní kapacita – 98 613			Roční kapacita – 155 883		

Zdroj: PRŮŠA, L. Kdo zabezpečí péči o naše seniory. Demografie 61: 5–18. s. 13.; HORECKÝ, J. a L. PRŮŠA.

Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019–2050. Praha: APSS ČR, 2019. s. 23–24.

Podobně jako u sociálních pobytových zařízení je nezbytné zvažovat i vývoj zdravotnických zařízení

specializovaných na dlouhodobou péči.

¹⁹ Czech Republic. Health Care and Long-Term Care Systems. 2019. Brussels: EU Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

7. Cíl

Cílem tedy je efektivně fungující, ucelený systém dlouhodobé péče, do něhož budou zapojena zařízení poskytující zdravotní a sociální služby v kompetenci ministerstev zdravotnictví a práce a sociálních věcí spravované kraji, obcemi, neziskovými organizacemi a komerčními subjekty, a to v rozsahu a kvalitě odpovídající vývoji věkového složení a zdravotního stavu obyvatelstva České republiky.

Dalším cílem je dlouhodobě udržitelné financování dlouhodobé péče jak investiční, tak provozní, s rovným přístupem k veřejným prostředkům rozpočtovým, sociálním i ze zdravotního pojištění a s motivačním, vyváženým a spravedlivým zapojením soukromých zdrojů

Systém dlouhodobé péče musí splňovat tři základní atributy, které jsou, resp. musí být jakýmsi principy, jejichž aplikace je při tvorbě a návrzích nového systému klíčová:

1. Dlouhodobá péče musí být orientovaná na klienta,²⁰ tj. musí pro něj být dostupná, reagovat na jeho individuální potřeby a aktuální životní situaci, a tím pádem musí být flexibilní, neboť potřeby a životní situace klienta jsou nejen rozdílné, ale i v čase proměnlivé.
2. Dlouhodobá péče musí být efektivní. Efektivní z pohledu dostupnosti zdrojů, tj. nejen ve smyslu optimálního využívání zdrojů finančních a osobních (personálních), ale i zdrojů příjme dlouhodobé péče tak, aby dostával vždy jen

nezbytně potřebnou podporu a péči, tak aby i on využíval maximálně vlastní zdroje.

3. Dlouhodobá péče musí být dlouhodobě udržitelná. Nový systém musí být dostupný pro klienty LTC a udržitelný z hlediska finančních a lidských zdrojů s ohledem na budoucí vývoj poptávky po dlouhodobé péči.

Důležitým aspektem rozvoje systému dlouhodobé péče je dostatečný důraz na zvýšení výkonnosti (účinnosti i účelnosti) integrovaných komunitních (terénních, ambulantních) služeb, jejichž schopnost udržet osoby s omezenou soběstačností v domácím prostředí zásadně moduluje poptávku po nákladnějších službách pobytových.

Rozvoj dlouhodobé péče musí s ohledem na ekonomickou nákladnost i význam problematiky pro kvalitu života postižených osob navazovat na prevenci invalidizujících chorob/úrazů, na sekundární prevenci jejich recidivování, na terciární prevenci poruch soběstačnosti/sebeobsluhy v jejich důsledku a na podporu úspěšného stárnutí.

²⁰ Users'approchach.



Návrhová část

Současný stav a jeho problémy Registrující praktický lékař	Navrhované a nutné změny Registrující praktický lékař
- Registrující praktický lékař (PL) je klíčovou osobou pro koordinaci zdravotní péče poskytované pacientovi. Jen někteří registrující PL dnes plní svou koordinační roli ve zdravotní péči. Registrující PL obecně neplní svou roli v koordinaci zdravotních a sociálních služeb, v case managementu, není to jejich úkolem a nejsou za to placeni. - Primární péče o uživatele pobytových sociálních služeb může být roztržena kvůli tomu, že jsou často registrováni u různých PL, kteří s PSS více či méně spolupracují. - Poskytovatelé sociálních služeb často nemají jasně definovanou spolupráci s registrujícím(i) PL. - Nízká dostupnost PL, nedostatečný rozsah jeho ordinační doby v zařízeních sociálních služeb, v mnoha případech nedostatek telefonických konzultací s ošetřující zdravotní sestrou způsobuje enormní a zbytečné zatížení zdravotnické záchranné služby (ZZS), celý systém je tak poměrně drahý a neefektivní.	- Podporovat posílení role registrujícího PL v koordinaci zdravotních služeb, zejména u osob s potřebou dlouhodobé péče – podporovat prostřednictvím vzdělávání a finančních nástrojů, například úhradou za pravidelné funkční hodnocení (epikrízu), anamnestický souhrn a jeho aktualizaci, podporovat také periodické návštěvy u obtížně mobilních pacientů, komplexní nákladovou regulaci, v tvrdší variantě (až bude ještě hůř) gate keeping. - Podpořit důležitou roli práce registrujícího PL v case managementu vytvořením pozice case manažera v každé ORP, který bude s registrujícím PL úzce spolupracovat. - Od registrujícího PL nelze očekávat, že bude sám plnit roli case manažera, ale jeho role je důležitá. Není též schopen územní depistáže a dispenzarizace, neboť není územním obvodním lékařem (má „své“ pacienty, nikoliv „svůj“ obvod). - Podpořit zřetelnou vazbu mezi PL a poskytovatelem pobytových sociálních služeb. Poskytovatel pobytových služeb by měl mít smluvně zajištěnou spolupráci s konkrétním PL, pokud se to v rámci svobodné volby podaří, měli by být jednotliví uživatelé zaregistrováni u tohoto PL. - Rozsah spolupráce PSS a PL je dán rozsahem poskytovaných „základních“ zdravotních služeb a součinností v oblasti hygieny, epidemiologie, řešení komplexních situací, zastupování dočasně chybějících PL atd. Nezbytná je i spolupráce dalších registrujících PL (uživatelů, kteří se ke smluvnímu PL nezaregistrovali). - Podpořit dostupnost PL pro poskytovatele sociálních služeb s lůžky LTC, např. rozšířením ordinační doby nebo zavedením telemedicíny, a snížit tak i výjezdy ZZS.
Dostupnost specializované lékařské péče	Dostupnost specializované lékařské péče
- Pacienti se na specializované lékaře často obrací přímo, bez doporučení a většinou bez vědomí registrujícího PL. - Dostupnost specializované ambulantní péče je nerovnoměrná, většinou velmi dobrá ve větších městech, horší v odlehlých oblastech. - Ambulantní specializovaná péče není poskytována v přirozeném domácím prostředí pacienta, tedy ani v pobytových zařízeních sociálních služeb (PZSS), nemá totiž návštěvní službu. To je závažné zvláště u psychiatrie pro pacienty se syndromem demence a jím podmíněnými poruchami chování při současné hypomobilitě. - Nejsou dostupné ani dálkové konzultace s odbornými lékaři.	- K ambulantní specializované péči odesílá pacienta registrující PL v případech, kdy již není v jeho možnostech péči o pacienta zajistit, nebo v akutních případech pacient vyhledá specializovanou péči napřímo. - Zlepšení vazby mezi PZSS a poskytovateli ambulantní specializované péče prostřednictvím registrujícího PL, lépe smluvního PL PZSS. - Možnost poskytování určité specializované ambulantní péče v přirozeném prostředí pacienta, zvláště pokud je v PZSS (především psychiatrie – a to i v domácím prostředí, nejen v PZSS, ale také např. kožní, neurologie, oční, urologie, ...). - Podpořit u oborů, u nichž lze využívat dálkové konzultace, zavedení telemedicíny.

- Výjezdy klientů PZSS za lékařem specialistou, zejména v těžkých stupních závislosti na péči druhé osoby, jsou pro klienta extrémně náročné i finančně. Kromě nákladů na dopravu se přidruží i osobní náklady na doprovod.

Nedostatek nelékařského zdravotnického personálu

- Služby LTC se dlouhodobě potýkají s nedostatkem personálu, a to jak v lékařských oborech, tak zejména v ošetrovatelství.
- Změnou zdravotnického školství a demografickým snížením počtu mladých lidí vstupujících do profesí, dále nedostatečným finančním ohodnocením za standardní pracovní dobu, přetěžováním administrativou na úkor práce s pacientem jsou ošetrovatelské obory nezajímavé, a tak na trhu práce chybí všeobecné i praktické sestry pro přímou práci u lůžka.
- Náhrada chybějících sester na trhu práce lidmi z jiných zemí, v nichž splňují zdravotnické vzdělání, je zejména pro sociální služby značně administrativně náročná, a to z důvodu nemožnosti realizovat praktickou výuku na svých pracovištích.

- Zajistit dostupnost „návštěvních služeb“ u širšího spektra zdravotních služeb (srov. PL, gerontopsychiatr aj.) spolu s úpravou úhrad za návštěvní službu.

Nedostatek nelékařského zdravotnického personálu

- Podpořit vstup mladých lidí do profese zatraktivněním oboru, vhodnými pracovními podmínkami, dostatečným ohodnocením, a to zejména v oborech:
 - a) Všeobecná sestra
 - b) Praktická sestra
 - c) Fyzioterapeut
 - d) Nutriční terapeut
 - e) Ergoterapeut
- Upravit systém zdravotnického školství tak, aby bylo na trhu práce více kompetentních sester.
- Upravit podmínky pro doškolování sester z cizích zemí tak, aby doškolování bylo možné na pracovištích sociálních služeb.

Geriatric

- Problematika syndromu geriatrické křehkosti není v dostatečné míře známá a není odborně řešena v komunitních ani pobytových sociálních službách, a to na všech úrovních (příímá péče, zdravotní sestry, lékařská péče, psychologická podpora, práce s rodinami).
- Trvalou výzvou je zkvalitnění stávající nedostatečné podpory osob s kognitivní poruchou (syndromem demence) a jejich pečujících rodin.

Geriatric

- Zlepšovat kvalitu a kvalifikovanost péče o osoby se závažnými geriatrickými syndromy (zejména frailty a demence) v pobytových zařízeních, a to optimalizací prostředí, režimových opatření a programů k podpoře kvality života, vzděláváním personálu a průběžnou dostupností geriatrické péče.
- Umožnit (v koordinaci s jednotlivými kraji) konsiliární dostupnost odbornosti 106 (geriatric) i v pobytových sociálních službách.
- Dostupnost geriatrické podpory (ambulancí) pro služby v terénu – geriatrická ambulance v každém okrese.
- Podpořit výzkumné aktivity účelných intervencí tzv. geriatrické křehkosti (frailty) ke zlepšení soběstačnosti osob, které postihuje.

Paliativní a hospicová péče

- Stále významná část klientů pobytových sociálních služeb umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních, kde je hospitalizována poslední dny či týdny života.
- Paliativní péče není v nemocnicích dostupná na všech lůžkách dlouhodobé péče.
- Odpovídající paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je spíše výjimkou v důsledku nedostatečných paliativních znalostí a zkušeností praktických lékařů i personálu, nedostupné podpory mobilních hospiců a také v důsledku kontraproduktivně nadměrné formální administrativy i v případě běžné obecné paliativní podpory.
- Terénní hospicová péče není dostupná pro všechny osoby umírající ve svém domácím prostředí.

Paliativní a hospicová péče

- Zvýšit dostupnost obecné paliativní péče na všech lůžkách zdravotnických a sociálních zařízení a paliativních týmů poskytujících specializovanou paliativní péči v indikovaných případech.
- Umožnit dostupnost zdravotní péče v odbornosti 720 (paliativní medicína) i pro uživatele pobytových sociálních služeb.
- Umožnit a podporovat souběh poskytování terénní hospicové péče (926) a ošetrovatelské péče v sociálních službách (913).
- Zvýšit znalosti a kompetence praktických lékařů, pracovníků pobytových zařízení i terénních/ambulantních služeb LTC v obecné paliativní péči jako základ paliativní podpory.
- Zvýšit počet a tím dostupnost specialistů – paliatrů pro případy vyžadující specializovanou paliativní péči.
- Rozšířit síť terénní hospicové péče tak, aby byla dostupná pro všechny potřebné příjemce této péče, a rozvíjet ji v kontextu komunitního systému integrovaných podpůrných služeb.

Rehabilitační péče a fyzioterapie	Rehabilitační péče a fyzioterapie
- Rehabilitační péče a fyzioterapie není v pobytových sociálních službách systémově ukotvena jako součást zdravotní péče. - Rehabilitační péče na lůžkách dlouhodobé péče v nemocnicích jako základní předpoklad návratu domů, resp. do běžného života, je nedostačující. - Včasná rehabilitace po invalidizujících postiženích (úrazy, CMP, kloubní náhrady) je poskytována pozdě nebo není vůbec dostupná. - Velmi podceněná, a proto nedostatečně kapacitní, je ergoterapie, což vede též k nízké účelnosti předepisovaných kompenzačních pomůcek a nedostatečné úpravě domácího prostředí při omezení/ztrátě soběstačnosti.	- Jasně vymezit a definovat tzv. obecnou rehabilitační péči v rámci standardního ošetrovatelského procesu a tzv. specializovanou rehabilitační péči (odbornost 902) a ve smyslu tohoto rozdělení připravit vzdělávací programy pro zdravotnické pracovníky. - Zajistit dostupnou rehabilitační péči pro osoby, které ji potřebují, a to ve všech oblastech – v sociálních službách, na lůžkách dlouhodobé péče v nemocnicích a v domácnostech příjemců dlouhodobé péče. - Posílit dostupnost včasného doléčení a rehabilitace po invalidizujících událostech v rámci akutní zdravotní péče. - Posílit roli a kapacitu ergoterapie včetně jejího terénního rozvoje v kontextu komunitního systému integrovaných podpůrných služeb a zvýšit účelnost využívání kompenzačních pomůcek a úprav poskytovaných z veřejných zdrojů.
Lůžková dlouhodobá péče	Lůžková dlouhodobá péče
- Dlouhodobá péče je poskytována ve třech navzájem se překrývajících a vzájemně nepropojených segmentech: - dlouhodobá, eventuálně i následná péče na lůžku ve zdravotnickém zařízení; - pobytové sociální služby; - hospicové služby. - Ve zdravotnickém zařízení je příjemce péče v roli „doživotního pacienta“. Prostředí je méně důstojné, než nabízejí pobytová sociální zařízení, převládá dominantní koncentrace zdravotní složky s absencí ostatních aspektů kvalitního života.	- V rámci dlouhodobé péče upřesnit poslání, definici a indikaci dlouhodobé zdravotní péče, v oblasti lůžkové např. ve smyslu „nursing homes“ či s posílením role hospicové péče (v obou případech usilovat o zlepšení sociálních aspektů prostředí a kvality života a zajištění kvalitní zdravotní péče). - Rozpracovat specifickou problematiku lůžek dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) a chronické resuscitační a intenzivní péče (CHIRIP). - Jasně vymezit a definovat příjemce lůžkové dlouhodobé péče a časově omezit pobyt na těchto lůžkách (degresivní úhradou a povinností přeměny v sociální lůžko [viz níže] v případě pominutí zdravotních důvodů pro hospitalizaci). - Lůžka dlouhodobé péče budou primárně poskytována lůžkovými zdravotnickými zařízeními a doplňkově (tj. spíše okrajově) také pobytovými sociálními službami (což jsou typově větší, specializovaná zařízení poskytující širší škálu zdravotních a sociálních služeb). Mohou také vznikat komplexy spojených zdravotních i sociálních služeb v celé šíři, včetně bydlení pro seniory (v ČR se připravují min. dva takové projekty). Je nutné vymezit personální a věcné vybavení i financování a spektrum pacientů.
Pobytové sociální služby (PSS – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem)	Pobytové sociální služby (PSS – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem)
- Kapacity současných pobytových služeb pro seniory jsou nedostatečné (zvláště DZR). Systém financování není efektivní. - Cílové skupiny jsou velmi rozdílné, propojení sociálních a zdravotních služeb je těžkopádné, systém reaguje nedostatečně pružně na potřeby a strukturu klientů. - Nejsou jasně vymezeny jednotlivé pobytové služby (lůžka dlouhodobé péče v nemocnicích, pobytové sociální služby, respitní sociální služby), dochází k překryvům a neoptimálnímu využívání disponibilních kapacit. Služby nejsou vzájemně koordinovány.	- Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem budou sloučeny do jedné pobytové služby (domov ošetrovatelské/sociální péče). - Pobytové sociální služby je nutné přesně vymezit, tj. jako lůžka sociální péče s komplementární složkou zdravotní, resp. ošetrovatelské péče. - Část kapacit pobytových sociálních služeb se může transformovat na lůžka dlouhodobé péče (lůžkové zdravotnické zařízení), tj. budou pak existovat dva modely pobytových služeb dlouhodobé péče:

- Rozdílné způsoby financování služeb ve zdravotnictví a sociálních službách snižují motivaci uživatelů služeb k využívání optimálního typu služeb a vedou k nevhodnému využívání disponibilních kapacit.

- › lůžka zdravotně-sociální péče (primárně v nemocnicích, částečně v pobytových zařízeních sociálních služeb s akcentem na trvale dostupnou, specializovanou lékařskou péči, zdravotně-ošetrovatelskou a rehabilitační péči);
- › lůžka sociálně-zdravotní péče (primárně v pobytových zařízeních sociálních služeb, výjimečně v nemocnicích s akcentem na sociální péči, kvalitu života, individuální přístup, podporu, ergoterapii, nutriční péči aj.).
- Pobytové služby nesmějí nahrazovat terénní a ambulantní služby, důvodem jejich využití nesmí být ekonomická situace klienta, nedostupnost komunitních služeb v okolí klienta, řešení bytové situace klienta, ale výhradně zdravotně-sociální indikace.
- Posílit personální obsazení zdravotníky, zodpovědnost, kompetence a vylepšit podmínky pobytových sociálních služeb v souvislosti s poskytováním základní zdravotní péče tak, aby se zvýšila bezpečnost uživatelů a nediskriminačně snížila nutnost jejich převážení do zdravotnických zařízení, včetně schopnosti zajistit kvalitní karanténní režim při mimořádných epidemických situacích (viz covid-19).

Sociální lůžka (dle § 52 zák. 108/2006 Sb.)

- Institut sociálního lůžka měl po jeho zavedení v roce 2007 vést ke snížení počtu skrytých sociálních hospitalizací (v řádu vyšších tisíců případů ročně).
- Systém financování a provozování sociálních lůžek je administrativně náročný a vede k tomu, že jak lůžkové zdravotnické zařízení, tak pacient preferují a usilují o setrvání na „zdravotnickém lůžku“.

Sociální lůžka (dle § 52 zák. 108/2006 Sb.)

- Sociální lůžka by měla fungovat v uvedeném režimu a existovat pouze po dobu navýšení, resp. dostupnosti lůžek dlouhodobé péče a sociálních služeb (pobytových a komunitních). Mělo by tedy jít o časově omezené řešení (3 až 5 let). Po tomto období by měl být „institut sociálního lůžka“ zrušen, nabývaly by se pak tyto možnosti:
 - › Zrušená sociální lůžka se mohou transformovat do lůžek dlouhodobé nebo následné péče v nemocnicích.
 - › Zrušená sociální lůžka se mohou transformovat na pobytové zařízení sociálních služeb.
 - › Zrušená sociální lůžka se mohou transformovat do lůžek odlehčovací služeb. Tato transformace je nejlepším řešením, neboť by posílila síť respitních služeb, resp. péče a vytvořila by v nemocnicích kapacity pro pobyt pacientů z převážně sociálních a okrajově zdravotních důvodů.

Respitní péče (pobytová, ambulantní, zdravotní i sociální)

- Respitní péče je důležitou součástí sociálních služeb, podporuje život příjemců sociálních služeb v jejich vlastním domácím prostředí i laické pečovatele, kteří se o ně starají. Dostupnost respitní péče v ČR je nedostatečná.
- Současné kapacity lůžkové sociální respitní péče (tzv. odlehčovací služby pobytového typu) jsou převážně využívány nikoliv ke svému účelu, tj. pro odlehčení pečujícími osobám, nýbrž vykrývají nedostatečné kapacity pobytových sociálních služeb.
- Stávající druhologie služeb je bariérou pro efektivní využívání lůžek a rozvoj respitní péče.

Respitní péče (pobytová, ambulantní, zdravotní i sociální)

- Vytvořit jasnou definici respitní péče ve všech druzích služeb (v pobytových i ambulantních, sociálních i zdravotních) a zajistit dostatečné kapacity.
- Zvážit zavedení povinné kapacity respitních lůžek v pobytových sociálních službách (toto je možné za předpokladu zvýšení kapacit těchto služeb a také komunitních služeb) nebo zavedení možnosti využít určitou část kapacit pro krátkodobé pobyty bez nutnosti jiné registrace tak, jako tomu bylo před rokem 2006. Bylo by tak možné efektivně využít lůžka, která jsou dočasně volná např. z důvodu hospitalizace ve zdravotnických zařízeních.

Case management, komunitní úroveň

- Nízká absorpční schopnost terénních/ambulantních služeb udržet osoby se zdravotně-sociální problematikou a potřebou dlouhodobé péče v domácím prostředí či je časně přijímat zpět ze zdravotnických zařízení. Toto vede k neúčelným hospitalizacím a výdajům, k předčasným odchodům do pobytových služeb i k nízké kvalitě života.

Case management, komunitní úroveň

- Posílit/ustanovit zodpovědnost obcí vůči jejich občanům v dlouhodobé péči, tedy osobám s omezenou soběstačností ohroženým institucionalizací, zanedbáním, nevhodným zacházením, a vytvořit pro tuto zodpovědnost legislativní a finanční předpoklady.

- Kromě případně nízké kapacity služeb je příčinou prakticky nulová koordinace služeb a jejich aplikace bez dostatečné znalosti potřeb uživatelů.
- Zcela chybí individuální case management, depistáž, dispenzarizace, včasná ucelená informovanost a edukace pečujících rodin – tyto závažné úkoly dnes nikomu fakticky nepřísluší (objevuje se negativní kompetenční konflikt). Zvláště koordinaci, depistáž a spolupráci v LTC s místní správou nemůže provádět praktický lékař.
- Zodpovědnost a kompetence obcí (v některých zemích klíčové) jsou dnes v ČR jen rámcově formální a nejsou k nim vytvořeny podmínky.
- Klienti/pacienti i pečující rodiny zůstávají velmi často bez dostatečné podpory.
- Dlouhodobě se snižuje počet lékařů posudkové služby, kteří spolupracují i na procesech posuzování výše PNP.

- V kontextu dlouhodobé péče vytvořit podmínky pro vznik a rozvoj komunitního systému integrovaných podpůrných služeb (SIPS) na úrovni obcí s rozšířenou působností.
- V rámci SIPS zásadně zlepšit case management a design služeb (účinnost a účelnost) pro konkrétní osoby ohrožené institucionalizací v důsledku omezené soběstačnosti a pro pečující rodiny (laické pečující) včetně posílení depistáže, dispenzarizace, koordinace a ucelenosti služeb, edukace, podpory pečujících rodin, prevence a intervence zanedbání a nevhodného zacházení (domácího násilí či „elder abuse and neglect“).
- Jako klíčový prvek v rozvoji SIPS a komunitního case managementu specifikovat pozici komunitního „zdravotně-sociálního pracovníka“ („case manažera“, „komunitní sestry“) s překryvnými kompetencemi sociálními i základně zdravotnickými, a to jako zaměstnance ORP nebo smluvního poskytovatele těchto služeb, a pro jeho činnost vytvořit systémové podmínky.
- Využití pozice koordinátora SIPS i k reformě procesů posuzování PNP.

Terénní služby (pečovatelská služba a osobní asistence, domácí péče, tísňová péče)

- Systém úhrad, regulační mechanismy a obtížné rozšiřování krajských sítí o terénní a ambulantní služby neumožňují rozvoj kapacit terénních služeb a pružnou reakci na poptávku po těchto službách.
- Terénní/ambulantní služby jsou málo účelné, málo flexibilní, svázané překonanými organizačními, metodickými, úhradovými i legislativními bariérami.
- Praktická nedostupnost psychiatrické péče v domácím prostředí klientů dlouhodobé péče se závažnou kognitivní poruchou (se syndromem demence). Reforma psychiatrické péče se prakticky netýká tzv. organických poruch, tedy právě syndromů demence při Alzheimerově nemoci, multiinfarktové demenci apod.

Terénní služby (pečovatelská služba a osobní asistence, domácí péče, tísňová péče)

- Podpořit rozvoj terénních a ambulantních služeb (zdravotních i sociálních) v kontextu komunitního systému integrovaných podpůrných služeb (SIPS) k posílení srozumitelnosti, ucelenosti, koordinace, účelnosti, včasnosti zahájení.
- Zvýšit informovanost místní správy a samosprávy o dostupnosti a kvalitě místně dostupných služeb, využít k tomu „koordinátora SIPS“.
- Změnit systém financování a regulace terénních a ambulantních sociálních služeb. Motivovat/podporovat poskytovatele, který poskytuje komplexní terénní službu (např. zdravotní domácí péči a pečovatelskou službu současně). Identifikovat aktuální a skutečnou poptávku, tj. kapacitní potřebu těchto služeb.
- Posílit sociální inovace, hledání nových forem podpory a jejich výzkum, vylepšit stávající formy (včetně technologií, které usnadňují nebo zlepšují kvalitu života, program AAL), a to odvozeně od praktických zkušeností poskytovatelů a klientů.
- Zavádět nové technologie tak, aby se eliminovaly samostatnost i růst formální zátěže poskytovatelů, dbát na skutečnou přínosnost a použitelnost pro uživatele a poskytovatele, nikoliv na zájmy výrobců či představy teoretiků.
- Sloučit sociální služby pečovatelské služby a asistenční služby.

Podpora bydlení pro seniory (s navazujícími službami)

- Podpora malometrážního bydlení pro seniory s možností využití navazujících služeb, včetně modelů mezigeneračního soužití je klíčová pro udržitelné systémy dlouhodobé péče.
- V ČR je přes 36 tisíc bytů zvláštního určení, resp. bytů s pečovatelskou službou. Skutečná potřeba je však vyšší.
- Neexistují modely známé ze západoevropských zemí – modely mezigeneračního soužití, sousedské výpomoci, sdílené domácnosti apod.

Podpora bydlení pro seniory (s navazujícími službami)

- Je nutné podpořit soukromé investice do dostupného bydlení pro seniory s navazujícími službami.
- Ke zvážení je využití systému služeb pro osoby a domácnosti (personal and household services) po vzoru některých západoevropských zemí.
- Je nutné podporovat projekty mezigeneračního soužití, sousedské výpomoci či menších terénních pečovatelských týmů.

- Výjimečné jsou komplexy bydlení pro seniory, které jsou situovány v jednom areálu, kdy senior žije nejprve v bytě a při vyšší potřebě péče se přestěhuje do budovy na lůžko dlouhodobé péče s adekvátní péčí a podporou. Takové komplexy zmírňují stres u seniorů, využívají území, personál i materiálně-technické vybavení. Překážkou těchto modelů je různá zřizovací pravomoc, kdy domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem zřizují ve většině případů kraje, kdežto malometrážní bydlení v bytech zvláštního určení patří do kompetencí obcí. Taková varianta je tedy prakticky možná pouze u měst velikosti okresního města.

- Je nutné změnit systém financování a regulaci úhrad terénních sociálních služeb tak, aby jejich rozvoj mohl reagovat na poptávku po těchto službách, a nejen na každoroční objem státních dotací.
- Podpořit výstavbu komplexů bydlení pro seniory tak, aby senioři mohli v místě jim známém, za přítomnosti vrstevníků měnit charakter bydlení a ubytování dle vývoje jejich sociální a zdravotní situace.

Neformální péče + podpora a kontrola neformálních pečujících	Neformální péče + podpora a kontrola neformálních pečujících
▪ Neformální péče, resp. neformální pečující jsou základním pilířem dlouhodobé péče jak v ČR, tak ve většině evropských zemích. ▪ V ČR mají relativně dostatečnou finanční podporu (příspěvek na péči, ošetřovatelské volno), ale nemají dostatek informací, podporu profesionálních pečujících, disponibilní služby respitní péče. ▪ Pouze neformální péče není v některých případech ideálním řešením z více důvodů (demence, opuštění trhu práce, neprovázanost se službami komunitního typu apod.), v ČR chybí jasná preference a popis optimálních případů k využití neformální péče. ▪ Příspěvek na péči může být využit pro úhradu času rodinného pečujícího namísto platu v zaměstnání. Avšak pokud osoba blízká celodenně a soustavně pečuje o osobu se závislostí na péči ve vysokém stupni závislosti, měla by být odměna za tuto péči směřována tomu, kdo ji vykonává.	▪ Zvýšit informovanost a podporu (zejména profesionální podporu) neformálním pečujícím v kontextu systému integrovaných podpůrných komunitních služeb. ▪ Maximálně podporovat sdílenou péči, včetně zajištění dostatečných kapacit respitní péče. ▪ Zavést systém pravidelného vzdělávání/zaučení/podpory pro neformální pečující o osoby s III. a IV. stupněm příspěvku na péči. ▪ Zvážit možnost garantovat po určitou dobu poskytování péče návrat k poslednímu zaměstnavateli. ▪ Zajistit podporu/kontrolu využívání příspěvku na péči. ▪ Rozšířit okruh daňově uznatelných zaměstnaneckých benefitů o možnost nákupu sociálních služeb komunitního typu. ▪ Zvážit odměnu za trvalou péči a směřovat ji k pečujícímu (do roku 2006 příspěvek při péči o osobu blízkou).

Seznam zkratek

VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
vzp	veřejné zdravotní pojištění
LTC	dlouhodobá péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
PZS	poskytovatel zdravotních služeb, dříve zdravotnické zařízení
PSS	poskytovatel sociálních služeb
DZR	domov se zvláštním režimem
PNP	příspěvek na péči
PL	praktický lékař

Příloha

Popis indikátoru	Indikátor	Rok
Počet příjemců příspěvku na péči	362 100	2019
Predikce počtu příjemců příspěvku na péči v roce 2050	441 000	2050
Objem prostředků na příspěvek na péči	31,3 mld. Kč	2020
Odhad počtu osob trpících demencí v roce 2020	183 000	2020
Počet osob starších 65 let	2 087 000	2018
Počet osob starších 80 let	433 000	2018
Predikce počtu osob starších 80 let v roce 2050	963 000	2050
Celkový počet lůžek v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem	53 510	2018
Počet bytů s pečovatelskou službou	36 000	2016
Počet uživatelů pečovatelských služeb	100 679	2017
Počet neuspokojených žádostí pečovatelských služeb	5 171	2017
Kapacita odlehčovacích služeb pobytového typu	2 169 lůžek	2020
LDN a nem. následné péče	6 385 lůžek	2017
Hospice	484 lůžek	2017
Odborný léčebný ústav (pro dospělé)	3 423 lůžek	2017
Úmrtí v roce 2017: doma	24 263 osob	2017
Úmrtí v roce 2017: zařízení sociálních služeb	8 846 osob	2017
Úmrtí v roce 2017: zdravotnické zařízení	72 084 osob	2017

