

Vysoká škola CEVRO Institut

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Jana Roubalová

Praha 2023

Vysoká škola CEVRO Institut
Katedra ekonomie

Dlouhodobá zdravotně sociální péče
v domácím prostředí jako veřejný zájem a pilíř
péče o seniory v České republice

Bc. Jana Roubalová

Studijní program: Management sociálních služeb
v evropském kontextu

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

Diplomová práce

Praha 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně, uvedla v ní všechny použité prameny a zdroje a v textu řádně vyznačila jejich použití.

V Praze dne 26.07.2023

Bc. Jana Roubalová

Poděkování

Děkuji doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za vedení diplomové práce. Mé poděkování patří také všem přednášejícím na CEVRO Institut Praha za cenné zkušenosti a informace získané během magisterského studia akademického roku 2021-2023.

Resume

The diploma thesis describes the issue of systemic solution for the provision of long-term health and social care in the natural home environment of citizens, seniors in the Czech Republic at the practical and legislative level. Municipalities should have a procedural and economically efficient system of field care in connection with the principle of shared care as their role.

The first part deals with four basic themes: Social policy and the role of the state in social policy, municipality, and its role in the field of care for the elderly, seniors as a target group of shared care and ethics in providing long-term social care including ethics in geriatrics.

The second part describes the current model of providing field healthcare and social care and health and social care in residential facilities and offers the comparison of long-term health and social care systems in the Czech Republic with Austria and Sweden.

The aim is to find out whether it is possible to set up a new functional model providing long-term solution in the field health and social care and under which conditions. Within the framework of the new model, see how to connect the system of effective cooperation among municipality, clients, informal caregivers, professional associations, and relevant state institutions, so that the providing the field health and social care for citizens would be effective and dignified.

Keywords – long-term health, natural home environmental, senior, community planning

Resumé

Diplomová práce popisuje problematiku systémového řešení poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče v přirozeném domácím prostředí občana seniora v České republice, v rovině praktické i legislativní. Obce by se svojí rolí v oblasti zabezpečení sociální péče pro své občany měly mít nastaveny procesní a ekonomicky efektivní systém terénní péče v souvislosti s principem sdílené péče.

První část se zabývá čtyřmi základními tématy. Sociální politikou a rolí státu v sociální politice, obcí a její rolí v oblasti péče o seniory, seniorem jako cílovou skupinou sdílené péče a etikou v poskytování dlouhodobé péče s etickými problémy v geriatрии.

Druhá část popisuje stávající model poskytování terénní zdravotně sociální péče, poskytování zdravotně sociální péče v pobytových zařízeních a komparaci systémů dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice s Rakouskou republikou a Švédskem.

Cílem práce je zjistit, zda lze nastavit nový funkční model poskytování dlouhodobé zdravotně sociální terénní péče v obcích a za jakých podmínek. V rámci nového modelu ideálně propojit systém efektivní spolupráce obce, klienta, neformálních pečujících, odborných společností a dotčených státních institucí tak, aby poskytování terénní zdravotně sociální péče bylo pro občany efektivní a důstojné.

Klíčová slova – dlouhodobá péče, domácí prostředí, veřejný zájem, senior, komunitní plánování

Obsah

Úvod	8
1. Dlouhodobá péče a sociální politika	10
1.1. Sociální politika a role státu v sociální politice	11
1.2. Mezinárodní a regionální koncept sociální politiky	12
1.3. Socioekonomická geografie a demografický vývoj, jejich vliv na kontext sociálního prostředí 14	
1.4. Veřejná sociální služba v sociální politice	16
1.5. Sociální systém a sociální služby v Evropské unii	18
1.6. Koncepce sociálních služeb v České republice	21
2. Senior v systému dlouhodobé péče	23
2.1. Senior jako geriatrický pacient v systému sociálních služeb	25
2.2. Etické problémy v geriatrii	27
2.3. Etika ve zdravotnictví a etické kodexy	28
2.4. Etické kodexy Práva pacientů	30
3. Obec v systému veřejné správy	33
3.1. Obec jako komunita	35
3.2. Obec a sociální péče z pohledu Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách	36
3.3. Obce a komunitní plánování	38
3.4. Veřejná správa a fundraising v sociálních službách	41
4. Dlouhodobá péče v zemích Evropské unie	44
4.1. Veřejnoprávní solidarita v sociální péči v Evropě	45
4.1.1. Modely systémů dlouhodobé péče	46
4.2. Systém dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice	50
4.2.1. Domácí zdravotní a ambulantní paliativní péče	51
4.2.2. Terénní služby v systému sociálních služeb	56
4.2.3. Neformální péče	59
4.2.4. Pobytové zdravotně sociální služby	60
4.3. Komparace systémů dlouhodobé péče v České republice, Rakousku a ve Švédsku	65
4.3.1. Systém dlouhodobé péče v Rakousku	65
4.3.2. Systém dlouhodobé péče ve Švédsku	69
4.3.3. Příprava na komparaci	74
4.3.4. Komparace a možná inspirace pro Českou republiku	75
Závěr	79
Seznam literatury a dalších informačních zdrojů	81
Prameny	81
Právní normy	83
Elektronické dokumenty nebo jejich části	83
Ostatní zdroje	87
Zadání diplomové práce	89

Úvod

Téměř celý svůj profesní život jsem pracovala ve zdravotnictví a v sociálních službách jako administrativní pracovnice. Byla to zařízení městská, ale také fakultní nemocnice. Nyní jako ředitelka pobytového sociálního zařízení, které poskytuje i terénní sociální služby se každodenně setkávám s tématy řešící péči o seniory v domácím přirozeném prostředí. Domácím prostředím myšleno i v domově pro seniory, kde jsou klienti také doma. Mé profesní zaměření koresponduje s výběrem tématu diplomové práce.

Dlouhodobá zdravotně sociální péče nebo také dlouhodobá péče, je v dnešní době velmi diskutovaným tématem, a to nejen v České republice. V některých zemích méně, v některých více. V některých zemích je zcela funkční, v některých velmi zaostává za průměrem. Hovoří se o ni jako o zdravotně sociálním pomezí. Jedná se o péči, která neodmyslitelně patří k seniorskému věku, ale také k péči o osoby se zdravotním postižením, péči o velmi nemocné děti nebo péči o duševně nemocné občany. Vždy je potřeba pomoci tělu i duši, zdravotně i sociální podporou, a to v souladu s etikou tak, aby život jedince byl důstojný. Pomoc nepřichází jen od pečujících profesionálních nebo rodiny, ale primárně od státu nebo zřizovatele zdravotních a sociálních služeb, od státních institucí, které se na systému podílejí. Sociální politika státu udává směr, jakým se dlouhodobá péče ubírá, jak ji může důstojně konzumovat jedinec i rodina. Definiuje, zda a v jaké míře je tato péče finančně podpořena, koordinovaně řízena a s žádoucí kvalitou poskytována. Otázkou je, zdali je tento komplexní systém řešen koncepčně.

Cílem práce je představit systém dlouhodobé péče v České republice jako veřejný zájem a pilíř péče o seniory a přiblížit jakou roli v problematice zaujímá stát a obec, která má k občanům nejbližší. Zdali je to právě obec v systému veřejné správy, která by měla být garantem v zajišťování nebo možná i financování zdravotně sociální péče pro své občany. Komplex služeb a aktérů podílejících se na dlouhodobé péči od státu až po rodinu nebo blízké, kteří pečují, by měl být řešen a poskytován v kontextu etiky a práv občanů. Protože, to, co se na první pohled v systému péče může zdát samozřejmé, může být nakonec zcela nebo částečně v rozporu s etikou.

Přestože se dlouhodobá zdravotně sociální péče poskytuje několika cílovým skupinám, diplomová práce je zaměřena pouze na cílovou skupinu seniorů. Seniorů, kteří nemusí být vždy nesoběstační, ale i seniorské populaci, která má možnost stárnout zdravě. Ale i tito potřebují pro své zdravé stárnutí garanty důstojného života a zdravého prostředí sociální pomoci a péče.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol: třech teoretických a čtvrté praktické. První část práce pojednává o sociální politice státu, socioekonomické geografii a demografickém vývoji jako kontextu sociální prostředí a o veřejné sociální službě. Druhá část se zabývá seniorem jako geriatrickým pacientem a etickými problémy spolu s etickými kodexy. Třetí část pojednává o obci, zejména z pohledu legislativy v souvislosti s poskytováním sociálních služeb a fundraisingu v sociálních službách. Poslední praktická část čtvrtá popisuje fungování zdravotně sociální péče v terénních a pobytových sociálních službách, fungování dlouhodobé péče v České republice v porovnání s jinými státy Evropské unie se zaměřením na poskytování dlouhodobé péče a umožní čtenáři zajímavé nahlédnutí do země nám blízké historií 400 let společného státního zřízení, Rakouskem a dále do země skandinávského území, která má 300letou tradici úřadu veřejného ochránce práv, nám známého ombudsmana, Švédskem. Komparací fungováním dlouhodobé péče v těchto dvou zemích s Českou republikou dojdeme k možné inspiraci pro Českou republiku.

Věřím, že diplomová práce rozvede myšlenku dalšího možného rozvoje koncepce poskytování dlouhodobé péče jako veřejného zájmu a pilíře péče o seniory v České republice, a to především v součinnosti s hlavním garantem zajištění důstojného života svých občanů, se silným sociálním státem.

1. Dlouhodobá péče a sociální politika

Dlouhodobou péčí lze popsat jako péči o osoby, které vyžadují zdravotní a sociální péči a jsou závislé na pomoci v některých samoobslužných úkonech. Tento setrvalý stav je způsoben chronickým onemocněním nebo je důsledkem zdravotního postižení tělesného nebo i duševního. Tento stav je buď trvalý v průběhu celého života nebo nastává až v pozdním stádiu života jedince. Hlavní myšlenkou koncepce dlouhodobé péče je snaha umožnit těmto lidem setrvat v jejich přirozeném prostředí co nejdéle nebo v případě potřeby poskytnout tuto péči v institucionálním prostředí podle zdravotních a sociálních potřeb jedince. Systém dlouhodobé péče připravuje podmínky pro pečující rodinné příslušníky a osoby blízké. Dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) zní definice pro dlouhodobou péči jako: „*Spektrum kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci: potřebují pomoc a péči při každodenních sebeobslužných aktivitách pro zajištění důstojného života*“.¹

Připravovaný návrh zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči v České republice², který měl řešit systém dlouhodobé péče vycházel z doporučení Evropské unie z roku 2011 avšak nebyl schválen. Cílem nenaplněného zákona bylo zlepšit dostupnost a kvalitu dlouhodobé péče a přispět k lepšímu využití finančních prostředků a sjednotit a zefektivnit podmínky pro poskytování péče s důrazem na poskytování služeb v přirozeném prostředí občana. Důvodem vypracování nové koncepce návrhu zákona byla deklarace nekoordinovaného poskytování služeb dvou resortů, a to Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.³

Tyto dva resorty, jako profesionální poskytovatelé spolu s osobami blízkými jsou hlavními aktéry v péči o občany v rámci dlouhodobé péče. Je potřeba zvážit, zda je problematika dlouhodobé péče v České republice řešena koncepčně a jakou úlohu v ní zaujímají aktéři, zejména ten nejdůležitější, stát.

Je to právě sociální stát, který nedisponuje s tolika finančními prostředky, aby mohl garantovat kompletní financování všech potřebných zdravotních a sociálních služeb v plném rozsahu a kvalitě. Sociální ochrana jako součást sociální politiky státu by měla být nastavena

¹ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 51.

² Návrh zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči, MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY [online]. [cit. 1. března 2023]. Dostupné z: https://icv.vlada.cz/assets/ppov/lrv/ria/databaze/MSPV-por--c--2_2012.pdf

³ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 51.

tak, aby byla ku prospěchu těm jedincům a skupinám, kteří jí opravdu potřebují a motivovala jedince a celé komunity k individuální zodpovědnosti za svůj život.⁴

1.1. Sociální politika a role státu v sociální politice

„Sociální politika je nedílnou součástí hospodářské politiky státu a naopak. Hospodářská i sociální politika mají sice mnoho společného, nicméně nejsou shodné. Jedná se o dvě autonomní politiky s relativní samostatností a silnými vzájemnými vazbami, s úzkým vzájemným sepětím.“⁵

Sociální politiku je nutné vnímat jako celek a systém s mnoha vnitřními vazbami na ostatní prvky společenského systému. Jedná se o soubor aktivit směřujících ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva. Zahrnuje politiku sociálního zabezpečení, rodinnou politiku, bytovou politiku se svými sociálními aspekty, zdravotní politiku a politiku zaměstnanosti.⁶

Sociální politika směřuje ke změně sociálního systému, kde je uplatněn princip spravedlnosti, sociální solidarity, subsidiarity a participace. Role sociálního státu nastává v momentě, kdy se občan moderního státu dostane do situace oslabení nebo úplné ztráty vlastní schopnosti se o sebe postarat nebo se postarat o své blízké. Tehdy má takový občan právní nárok na ekonomickou nebo sociální pomoc. Role sociálního státu v sociální politice se může lišit v různých zemích a kontextech. Některé země se spoléhají na rozsáhlé veřejné sociální programy a služby, zatímco jiné země upřednostňují větší roli soukromého sektoru a neziskových organizací. Důležité je nalézt rovnováhu mezi státními zásahy a individuálními volbami občanů, s ohledem na specifické potřeby a hodnoty dané společností.

Role státu v sociální politice je obvykle klíčová. Stát má zodpovědnost za tvorbu, provádění a regulaci sociálních politik s cílem zajistit sociální spravedlnost a sociální blaho občanů. Stát také hraje důležitou roli ve financování sociální politiky prostřednictvím daňového systému a státního rozpočtu. Zajišťuje financování sociálních služeb, poskytování dávek a podpor a podporuje mechanismy solidarity a přerozdělování prostředků pro zajištění sociální spravedlnosti. Stát má také odpovědnost za monitorování a hodnocení účinnosti sociální politiky a jejího dopadu na občany a společnost jako celek. To zahrnuje sběr dat, analýzu

⁴ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 13.

⁵ KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. Praha: Wolter Kluwer, 2010. s.42.

⁶ KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. Praha: Wolter Kluwer, 2010. s.23.

sociálních trendů, hodnocení efektivity politik a případně úpravu politik na základě zjištěných výsledků.

Filozofií sociálního státu je, že kvalita života není věcí jen soukromou, nýbrž i věcí veřejnou. Z tohoto vyplývá, že role sociálního státu vůči svým občanům má jistě svůj opodstatněný význam, role je různorodá a závisí na politickém, ekonomickém a sociálním kontextu dané země. Některé země uplatňují silnou roli státu a poskytují rozsáhlé sociální služby, zatímco jiné preferují spíše tržní mechanismy a uplatňují omezenější roli státu v sociální politice.

1.2. Mezinárodní a regionální koncept sociální politiky

Mezinárodní rámec sociální politiky je uznáním mezinárodních lidských práv zakotvených v Chartě OSN.⁷ Nezadatelná lidská práva jsou součástí mezinárodního dokumentu Všeobecná deklarace lidských práv.⁸ Deklarace lidských práv označila všechny jedince za svobodné a rovnoprávné bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost a náboženství. Tento dokument není právním základem, ale stal se inspirací pro různé státy při vzniku dalších listin stran lidských práv. S vývojem světové a hospodářské politiky se rozvíjí i sociální politika Evropské unie. Její základy jsou zakotveny v Římské smlouvě z roku 1957⁹. Smlouva zahrnuje sociální soudržnost a obsahuje závazek snižování rozdílů mezi jednotlivými regiony a podněcuje podporu zlepšení životních a pracovních podmínek, podporu zaměstnanosti.¹⁰

Další aktivitou Evropské unie stran sociální soudržnosti byla na návrh Evropské rady v Lisabonu dne 3. března 2000 schválena s desetiletým časovým horizontem do roku 2010 Lisabonská strategie 2000.¹¹ V návaznosti na Lisabonskou strategii byla v roce 2010 navržena Evropskou komisí strategie Evropa 2020¹². Strategie představovala hlavní hospodářskou reformní agendu Evropské unie s principy znalostní ekonomiky s výrazným zlepšením

⁷ Charta OSN – Charta Organizace spojených národů byla podepsána 26.června 1945 v San Francisku na závěr Konference Organizace spojených národů o mezinárodní organizaci a vešla v platnost 24. října 1945.

Charta Organizace spojených národů a Statut Mezinárodního soudního dvora z 25.6.2020, OSN [online], [cit. 19. června 2023]. Dostupné z: <https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/07/Charta-OSN-2019.pdf>

⁸ Všeobecná deklarace lidských práv [online], 1948, [cit. 12. února 2023]. Dostupné z: http://www.lidskaprava.cz/uploads/03_dokumenty/04_uvod/00_VDLP_UDHR-.pdf

⁹ Římská smlouva 1947, smlouva o založení Evropského hospodářského společenství (Smlouva o založení EHS, z 25.3.1957) [online]. [cit. 2. února 2023]. Dostupné z: eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=LEGISSUM:xy0023

¹⁰ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 15.

¹¹ Lisabonská strategie [online], [cit. 11.ledna 2023]. Dostupné z: <https://mpo.cz/dokument2860.html>

¹² EUROPE 2020, European strategy for smart, sustainable and inclusive growth [online], [cit. 03. března 2023]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>

konkurenceschopnosti Evropské unie a současného zachování modelu sociálního tržního hospodářství. Jedním z hlavních cílů byl boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení osob. Je důležité si uvědomit, že strategie Evropa 2020¹³ byla stanovena na období do roku 2020, některé cíle mohou být upraveny nebo přetrvávat i po tomto roce. Postupně je vyvíjena nová strategie Evropské unie na období po roce 2020, která bude reflektovat aktuální výzvy a cíle.

Na problematiku chudoby, sociálního vyloučení a sociální politiky jako celek je potřeba pohlížet i z pohledu regionálního. V rámci Evropské unie Česká republika zaujímá místo s nízkou mírou chudoby a sociálního vyloučení, avšak na hranici určující počátek chudoby je značná část obyvatelstva. V propojení sociální a regionální politiky v současné době, a to i vzhledem k procesům přizpůsobení se k současné ekonomice státu, územní celky pružně reagují na potřeby sociálního vývoje regionů. Kraje a obce schopně analyzují sociální politiku svého regionu. Normou regionální politiky je Zákon č. 248/2000 Sb., o podpoře regionálního rozvoje.¹⁴ Zákon specifikuje oblasti podpory regionálního rozvoje, nástroje a působnost hlavních subjektů. Cílem je vyvážený růst daného území České republiky a mezi kraji navzájem. Právě rozvoj poskytování sociálních služeb v krajích je jednou z klíčových oblastí podpory regionálního rozvoje a v souvislosti s cílovou skupinou seniorů je nutná regionální podpora infrastruktury a dopravní obslužnosti včetně dostupnosti zdravotnických služeb.

Vzhledem k tomuto pilíři v péči o seniory jsou regionálně vytvářeny další strategické materiály. V případě sociální politiky regionů to jsou komunitní plány krajů a obcí nebo jinak zvané střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, které jsou závazné pro kraje a dobrovolné pro obce. Cílem těchto plánů je snaha zajistit co možná nejvyšší kvalitu života občanů v dané lokalitě, pracovat s jejich potenciálem, posilovat soudržnost a dialog obyvatel, objevovat nové zdroje, podpořit sociální začleňování a hlavně předejít sociální exkluzi.¹⁵ Jedná se především o tzv. plán rozvoje služeb zakotvený v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.¹⁶ Komunitní plány zahrnují vzájemné postavení tří subjektů, zvané triáda: zadavatel vytvoření plánu, poskytovatel sociálních služeb a uživatel sociální služby. Komunitní plánování má kořeny v anglosaských zemích pod pojmem sociální plánování. Jedná se o postup, který mapuje místní potřeby sociálních služeb v porovnání s místními zdroji. Místní zdroje jsou stávající poskytovatelé sociálních služeb, dále finanční prostředky obyvatel, kteří jsou ochotni přispívat

¹³ EUROPE 2020, European strategy for smart, sustainable and inclusive growth [online], [cit. 03. března 2023]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>

¹⁴ Zákon č. 248/2000 Sb., o podpoře regionálního rozvoje

¹⁵ Exkluze je sociální vyloučení. Jedná se o proces vydělování jedinců i sociálních skupin ze společnosti.

¹⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 3, písm. h)

svojí prací či kapitálem, finanční fondy a projekty určené k rozvoji sociálních služeb. Komunitní plán poukazuje na kvalitu, úroveň, dostupnost a strukturu poskytovaných služeb a hodnotí z hlediska kvantity a struktury poskytovaných služeb v regionu.

1.3. Socioekonomická geografie a demografický vývoj, jejich vliv na kontext sociálního prostředí

Socioekonomická geografie se zabývá studiem prostorového rozložení ekonomických a sociálních jevů a procesů v různých regionech a jejich vzájemných vztahů. Demografický vývoj se zaměřuje na analýzu a interpretaci změn v populaci, jako jsou porodnost, úmrtnost, migrace a stárnutí populace. Tyto dva obory mají často vzájemné propojení, protože demografické faktory mohou ovlivňovat socioekonomické jevy a naopak. Takové vzájemné propojení socioekonomické geografie a demografického vývoje je značně důležité. Změny ve struktuře ekonomiky a společnosti mohou mít vliv na migrační toky, urbanizaci, regionální rozvoj a sociální nerovnosti. Zároveň demografické trendy, jako stárnutí populace, mohou ovlivnit ekonomiku, pracovní trh, zdravotnictví a další oblasti. Všechny uvedené aspekty tvoří sociální prostředí regionu jako kontext pro tvorbu strategií a plánů v sociální politice. Například ve vyspělých zemích se stárnutí populace stává významným demografickým jevem, který má dopad na důchodové systémy zdravotní péče a ekonomickou aktivitu. To může mít různé regionální důsledky, přičemž některé oblasti se mohou potýkat s nedostatkem pracovní síly, zatímco jiné se mohou potýkat s ekonomickým útlumem a zvýšenými náklady na sociální služby. Socioekonomická geografie a demografický vývoj tak společně přispívají k lepšímu porozumění interakcí mezi společností a geografickým prostředím. Studium těchto oblastí umožňuje identifikovat regionální rozdíly, sociální nerovnosti a potenciální problémy a přispívá k formulaci politik a opatření pro vyrovnání těchto rozdílů a zlepšení kvality života obyvatelstva.

Regionální rozvoj a samotné plánování sociálních služeb regionu značně ovlivňuje geografický vývoj území. Hustota zalidnění a rozmístění obyvatel je individualitou každé země. Například z přírodního hlediska žije nejvíce obyvatel v nížinách, z ekonomického se obyvatelstvo nejvíce soustřeďuje tam, kde jsou pracovní příležitosti. Struktura obyvatelstva významně ovlivňuje demografické procesy obyvatelstva v regionu.

Jedním z procesů je přirozený a mechanický pohyb obyvatel. Přirozený pohyb obyvatelstva vzniká tím, že se obyvatelé rodí a umírají, zahrnuje populační procesy, které souvisí s rozmnožováním neboli *natalita* a umíráním neboli *mortalita*. Mechanický pohyb obyvatel je

ovlivněn migrací obyvatelstva, což je jednorázový pohyb, při němž dochází ke změně trvalého bydliště bez ohledu na to, zda jde o stěhování v rámci určité sdílení struktury, mezi regiony či mezistátní stěhování. Dočasné změny pobytu neboli sezónní migrace souvisí se změnou bydliště. Pravidelné pohyby nastávají v případě dojíždění do zaměstnání nebo dojíždění žáků a studentů do škol. Podobně jako poslední pohyb, turbulentní, je spojen s cestovním ruchem a rekreací, sportem či obchodními a služebními cestami. Migrace obyvatel je nejvýznamnější složkou územních pohybů obyvatelstva. Vznikají trvalé změny v prostorovém rozmístění obyvatelstva a tím se významně ovlivňuje celkový počet obyvatelstva. Faktory, které ovlivňují migraci obyvatelstva, jsou dva. Nátlakové neboli push faktory, které vyhánějí obyvatelstvo z vlastního státu, např. ekonomická nestabilita, změna životních standardů, rychlý demografický růst, válečné, náboženské a národnostní střety, zhoršování kvality životního prostředí, nízká úroveň životních podmínek, nedostatek ekonomických a pracovních příležitostí nebo politická represe nebo přírodní katastrofy. Druhým faktorem jsou tažné neboli pull faktory, které přitahují obyvatelstvo do vyspělých zemí, do zemí s politickou stabilitou nebo ekonomickou prosperitou, vysokou kvalitou života, do zemí, kde se nabízí lepší pracovní příležitosti, s větší možností seberealizace. Mohou to být i důvody rodinné a sdílení života s přáteli ze stejné komunity. V České republice se migrační toky statisticky registrují od roku 1950 a za migraci je považována většinou změna trvalého pobytu překračující hranice obcí a krajů, v menší míře mezistátní migrace. Migruje zpravidla mladší obyvatelstvo, čímž dochází v mnoha lokalitách ke změnám ve věkové struktuře, a následně demografickému vývoji v regionech.¹⁷

Analýza demografických změn v České republice dle Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV): „Počet obyvatel v České republice se v roce 2022 zvýšil na 10,5 milionu. I přes téměř 17tisícový přírůstek obyvatel v České republice v roce 2022 se znatelně snížil počet nově narozených dětí. Po přechodném zvýšení porodnosti v roce 2021 se v roce 2022 živě narodilo 99,8 tis. dětí, což je meziroční pokles o 12 tis. Úbytek narozených byl zaznamenán i v letech 2018 až 2020 a částečně souvisí se změnami věkového složení žen reprodukčního věku. V roce 2022 navíc klesl i průměrný počet dětí narozených jedné ženě, meziročně z 1,83 na 1,66. Úmrtnost v České republice se navrátila ke stavu před pandemií Covid-19 a naděje na dožití při narození se u žen i mužů se za rok 2022 výrazně nezměnila. U žen činí 82,0 let, zatímco u mužů 76,1 let. Dlouhodobě roste podíl seniorů. Koncem roku 2021 tvořila věková kategorie

¹⁷ JEŽEK, Jiří. *Socioekonomická geografie*. Studijní opora 2019. AMBIS. Vysoká škola Praha, Katedra veřejné správy.

65+ přes 20% podílu obyvatel v České republice. Z toho věková kategorie 80+ představuje necelých 21 % počtu obyvatel ve věku 65+.

V kontextu celé populace tvoří osoby ve věku 80+ 4,3 %. V roce 2050 budou ve věkové kategorii 65+ téměř tři z deseti obyvatel České republiky, ve věkové kategorii 80+ to bude každý jedenáctý obyvatel České republiky¹⁸.

V návaznosti na demografické změny v jednotlivých regionech České republiky reaguje veřejný zájem, jako celospolečenský zájem, na větší dostupnost veřejných sociálních služeb v kontextu sociální politiky státu.

1.4. Veřejná sociální služba v sociální politice

Veřejný zájem¹⁹ se obecně chápe jako prospěch nebo blaho pro společnost jako celek. Je to koncept, který se používá k určování rozhodnutí, politik a akcí, které mají sloužit veřejnosti jako celek, nikoli jenom jednotlivcům nebo určitým zájmovým skupinám. Chápání veřejného zájmu se může lišit v závislosti na kontextu, kultuře a hodnotách dané společnosti. Nicméně existují určité principy a aspekty, které jsou často spojovány s veřejným zájmem.

Veřejný zájem lze chápat jako zájem přesahující zájem jednotlivce a pokud vnímáme poskytování sociálních služeb v České republice jako veřejný zájem, zabezpečení těchto služeb souvisí se sociální politikou našeho státu. Sociální politiku můžeme charakterizovat jako politiku orientovanou na člověka, přispívající k jeho všestrannému rozvoji, zlepšování jeho životních podmínek, kvality života, jeho důstojnosti nebo kultivaci jeho osobnosti a tímto také prosperity celé společnosti. V některých soudobých evropských státech je stále řešena otázka, do jaké míry nebo spíše jakým způsobem má stát vstupovat do uplatňování sociální politiky. Jedním z nástrojů sociální politiky státu jsou také sociální služby a nabízí se, že stát zajistí dostupnost sociálních služeb. Ten se však zcela distancuje od role přímého poskytovatele sociálních služeb. Proto bylo poskytování sociálních služeb v České republice delegováno na nižší a vyšší územní celky, tj. obce, města a kraje. Tyto pak zřizují a poskytují sociální služby ve svém regionu.²⁰

¹⁸ Akční plán k naplnění Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti na období 2023–2025, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, z 16.06.2023 [online], [cit. 17. června 2023]. Dostupné z: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.apsscr.cz%2Fmedia%2Faktuality%2Fakcni-plan-k-naplneni-strategickeho-ramce-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2023-2025.docx&wdOrigin=BROWSELINK>

¹⁹ Právo pojem *veřejný zájem* nedefinuje, řadí se tzv. mezi neurčité pojmy.

²⁰ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 14.

Veřejný zájem v oblasti sociálních služeb se zaměřuje na zajištění kvalitní péče, podpory a ochrany pro občany, kteří potřebují pomoc a podporu ve svém každodenním životě. Veřejné služby v této oblasti mají za cíl poskytovat sociální péči, uspokojovat základní sociální potřeby a podporovat sociální začleňování a rovnost. Veřejná sociální služba je klíčovým prvkem sociální politiky, která se zaměřuje na zajištění sociálního blaha, podpory a ochrany občanů. Jejím cílem je poskytovat služby a podporu pro ty, kteří se ocitají v sociální nouzi, mají zdravotní nebo sociální potíže, nebo se nacházejí v jiných obtížných životních situacích.

Základní funkcí sociálních služeb je podporovat uživatele sociálních služeb tak, aby byli vedeni k vlastní odpovědnosti za řešení své sociální situace a chránit práva uživatelů v tzv. nepříznivé sociální situaci. Nepříznivou sociální situací Zákon o sociálních službách definuje: *„Oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou sociální situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“.*²¹

Sociální vyloučení vede k tomu, že se někteří jedinci, sociální skupiny či komunity nemají možnost zapojit do běžného života společnosti a ocitají se na jejím okraji nebo zcela mimo ni a tím se kumulují a rozšiřují negativní jevy ve společnosti. Příčiny sociálního vyloučení jsou vnitřní a vnější. Vnější příčiny jsou dány společenskými podmínkami, např. rasová diskriminace. Vnitřní příčiny sociálního vyloučení jsou důsledkem jednání lidí, kteří si své vyloučení mohou způsobit nebo také posilovat. Existuje také dobrovolné vyloučení, svobodné rozhodnutí jedince nebo spíše komunity žít stranou společnosti. Tento jev je nazýván enkláva nebo citadela.²² Projevem sociálního vyloučení je dlouhodobá nezaměstnanost, závislost na sociálních dávkách, nízké právní povědomí, špatný zdravotní stav, dluhy, neschopnost hospodařit s vlastními prostředky nebo špatné a nedostatečné vzdělání.²³

Vedle procesu sociálního vyloučení se ve společnosti objevuje i proces sociální diskriminace a sociální nerovnost. Diskriminace často vychází z předsudků a může být projevem rasismu. Projevuje se neformálně, formou spontánního projevu nebo i formálně. Sociální nerovnost se vyskytuje v momentě, kdy jedinci či určité komunity nemají rovný status. Faktory, které vytvářejí a prohlubují sociální nerovnost jsou vzdělání, moc a majetek.

²¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3, odst.b

²² Enkláva je dobrovolná exkluze z důvodu národnostního nebo etnického složení komunity.

Citadela je dobrovolná exkluze z důvodu sociální nadřazenosti jedince či komunity.

²³ KOZLOVÁ, Lucie. *Plánování sociálních služeb a fundraising*, k160175. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra ekonomie.

Veřejná sociální služba je spojena se sociálním státem, který se zavazuje zajistit sociální ochranu a spravedlivé příležitosti pro všechny občany. Je založena na principu solidarity, vzájemného zajišťování a odpovědnosti společnosti za její členy. Jejím úkolem je přispět k odstranění sociálních nerovností, bojovat proti chudobě a sociálnímu vyloučení a poskytnout podporu pro dosažení a udržení kvalitního života pro všechny občany.

Je nezbytné, aby obec, město a kraj jako tvůrce a garant sociálních služeb ve svém regionu zajistil informace, dostupnost a poradenství v řešení nepříznivé sociální situace a vyrovnával objektivní sociální nerovnosti na svém území, a hlavně předcházel vzniku nebo prohloubení stavu sociální vyloučení jedince či komunity. Zákon o sociálních službách vymezuje služby sociální péče: „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajisti jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí*“.^{24, 25}

Z výše uvedeného vyplývá, že veřejný zájem poskytování sociálních služeb jako součást sociální politiky státu má své velké opodstatnění a v mnoha evropských státech funguje na principu subsidiarity ve veřejné správě.²⁶

1.5. Sociální systém a sociální služby v Evropské unii

Na úrovni Evropské unie je sociální systém označován jako systém sociální ochrany neboli „social protection“. Systém se skládá z kombinace národních politik jednotlivých členských států a společných politických směrnic a programů stanovených Evropskou unií. Evropská unie nemá jednotný sociální systém pro všechny členské státy, protože sociální politika je považována za převážně vnitrostátní pravomoc. Evropská unie hraje důležitou roli při podpoře sociálního rozvoje a sociálního zabezpečení ve svých členských státech. Některé z klíčových iniciativ Evropské unie v oblasti sociální politiky zahrnují tzv. Evropský sociální model²⁷, který zdůrazňuje sociální rovnost, spravedlnost a sociální ochranu jedinců. Zdůrazňuje důležitost pracovního začleňování jedinců na trhu práce, sociálního zabezpečení, sociálního dialogu a

²⁴ Vedle služeb sociální poradenství a služeb sociální prevence.

²⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²⁶ Subsidiarita ve veřejné správě – kompetence a rozhodování o věcech veřejných jsou delegovány na nejnížší či vyšší územní jednotku, a tou je obec a kraj, které mají nejbližší k občanům.

²⁷ Evropský sociální model – společné principy uplatňované v sociálních politikách států Evropské unie.

sociální inkluzi. Další iniciativou je Evropská sociální charta.²⁸ Tato iniciativa stanovuje základní sociální práva a principy, jako je právo na spravedlivé pracovní podmínky, rovnost mezi ženami a muži, právo na sociální ochranu a právo na přístup ke kvalitní zdravotní péči. Další iniciativou je Evropský sociální fond.²⁹ Ten je jedním z hlavních finančních nástrojů Evropské unie na podporu sociálních projektů a rozvoje lidských zdrojů. Evropský sociální fond poskytuje finanční prostředky pro odbornou přípravu, rekvalifikaci, zaměstnanost, sociální začleňování a boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Dalšími iniciativami Evropské unie stran sociálního rozvoje jsou různé investice do lidských zdrojů a odborného vzdělávání. Nedílnou součástí tohoto rozvoje je také sociální dialog, který podporuje sociální dialog mezi zaměstnavateli, odbory a vládami.

Sociální služby v Evropské unii jsou zajišťovány na národní úrovni jednotlivých členských států. Unie nemá přímou pravomoc v oblasti sociálních služeb, avšak v rámci svých pravomocí a politik může podporovat spolupráci a výměnu osvědčených postupů mezi členskými státy. Jedním z hlavních cílů Evropské unie v oblasti sociálních služeb je zajištění přístupu ke kvalitním a dostupným službám ve prospěch občanů unie, zejména těm nejzranitelnějším skupinám obyvatelstva, jako jsou senioři. Je důležité si uvědomit, že organizační struktura poskytování služeb a financování sociálních služeb se mezi jednotlivými členskými státy liší. Každý stát má vlastní systém poskytování sociálních služeb a je spravován jeho vnitrostátními předpisy a politikami. Například v některém státě Evropské unie může být sociální služba zahrnuta v systému sociální péče, v jiném státě naopak v systému zdravotní péče.

V rámci Evropské unie rozlišujeme z pohledu financování a poskytování sociálních služeb čtyři modely:

- Skandinávský model

Podle skandinávského modelu se sociální služby realizují (poskytování i zajištění) a financují prostřednictvím nejnižší samosprávné jednotky s podporou nestátních organizací. Garantem v tomto systému je stát a zaujímá statut silného sociálního státu. Služby jsou financovány ze státního rozpočtu a občané si na úhradu služeb přispívají. Tento model výrazně podporuje domácí péči a je považován za velmi rozvinutý z hlediska deinstitucionalizace

²⁸ EVROPSKÁ SOCIÁLNÍ CHARTA (Turín, 18. října 1961) (PŘEKLDAD) [online], [cit. 26. května 2023]. Dostupné z:

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/372805/esch.pdf>

²⁹ Operační program Zaměstnanost plus 2021-2027, MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY [online], [cit. 15. července 2023]. Dostupné z:

<https://www.esfcr.cz/documents/21802/18372496/Opera%C4%8Dn%C3%AD+program+Zam%C4%9Bstnanost+plus/18b06e76-40f6-4f70-a00a-44759c376ae8>

sociálních služeb.³⁰ Je považován za nejštedřejší a nejnákladnější ze zemí Evropské unie. Tento model je uplatňován v zemích Norsko, Dánsko, Finsko, Švédsko a Island.³⁰

- Anglosaský model

Anglosaský model nebo také britský, je představitelem univerzálního centrálně řízeného systému sociálního zabezpečení. Financování sociálního zabezpečení je prováděno ze státního rozpočtu. Model poskytování sociálních služeb je postaven na individualismu a je podmíněn výší majetku občana. Stát sociální služby financuje, avšak zaujímá minimální roli v angažovanosti v nabídce sociálních služeb a jejich poskytování. Samotnou péči organizují a poskytují neziskové organizace, dobrovolníci a dobrovolné spolky. V rámci tohoto modelu je snaha navrátit odpovědnost uživateli sociální služby namísto snahy státu zajistit podmínky pro konzumaci služeb. Tímto je rozsah poskytovaných sociálních služeb v kompetenci na samosprávách a místních nestátních organizacích. Tento model je uplatňován ve Velké Británii a Irsku.³¹

- Kontinentální model

Sociální služby jsou poskytovány veřejným sektorem a jsou dostupné pro všechny občany bez ohledu na jejich sociální postavení nebo příjmovou úroveň. V tomto modelu je financování sociálních služeb realizováno ze systému zdravotního pojištění a stát hraje velmi klíčovou roli při regulaci a poskytování sociálních služeb. Obec ani ziskový subjekt neposkytuje sociální služby tam, kde je schopna zajistit služby nezisková organizace. Státní instituce mají často odpovědnost za financování a správu služeb. Sociální služby jsou koncipovány tak, aby poskytovaly zdravotní a sociální ochranu a model klade velký důraz na profesionální poskytovatele služeb s klíčovými profesionálními odborníky, jako jsou zdravotní sestry, sociální pracovníci nebo pedagogové. Model je založen na sociální spravedlnosti a solidaritě a je typický pro Německo, Francii, Rakousko, Belgie, Švýcarsko a další země.³²

- Jihoevropský model

Systém sociálních služeb je v jihoevropském modelu nerozvinutý a v porovnání s ostatními modely velmi omezený. Model se vyznačuje kombinací veřejných a soukromých zdrojů financování a poskytování sociálních služeb. Primární roli v zajištění životních potřeb jedince

³⁰ Deinstitutionalizace sociálních služeb se snaží o přechod od institucionální (ústavní) péče o nesoběstačné osoby (ať už z důvodu mentálního či kombinovaného postižení nebo kvůli důsledkům stáří) k péči, která umožní setrvání v přirozeném prostředí klienta.

³¹ KOZLOVÁ, Lucie. *Evropské modely sociální politiky*. k160177. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra ekonomie.

³² KOZLOVÁ, Lucie. *Evropské modely sociální politiky*. k160177. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra ekonomie.

z hlediska sociálních služeb hraje rodina, komunity, dobrovolníci a místní organizace. Vyšší nebo bohatší vrstvy obyvatel využívají soukromých poskytovatelů sociálních služeb. Vzhledem k různorodým sociálním politikám existuje v tomto modelu velká rozdílnost v přístupech k sociálním službám. V důsledku hospodářských potíží a sociálních nerovností mohou mít jihoevropské země větší potíže s chudobou a sociálním vyloučením. Mezi země tohoto modelu patří Portugalsko, Španělsko, Řecko, Itálie.³³

Z výše uvedeného je patrné, že každý členský stát má svůj vlastní sociální systém a sociální politiku včetně financování a poskytování sociálních služeb, které se mohou lišit v závislosti na jejich sociálních, hospodářských a politických podmínkách. Evropská unie se snaží podporovat koordinaci a výměnu osvědčených postupů mezi státy pro zlepšení úrovně sociální ochrany v celé Unii. Ale přes veškeré úsilí je odpovědnost za sociální politiku státu stejně kladena na samotné členské státy.

1.6. Koncepce sociálních služeb v České republice

V České republice je koncepce sociálních služeb založena na Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dále prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., která stanovuje základní principy a normy pro poskytování sociálních služeb. Hlavními cíli této koncepce jsou zajištění kvalitních a dostupných sociálních služeb pro všechny potřebné občany, podpora samostatnosti a sociálního začleňování a také posílení role neziskových organizací a soukromého sektoru v poskytování sociálních služeb.

Prvků, které tvoří koncepci sociálních služeb je několik. Prvním je klasifikace služeb, tj. rozlišení dle druhu na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, a dle formy poskytování na pobytové, ambulantní a terénní. Dalším prvkem je princip poskytování služeb. Principy, které by měly být respektovány jsou dostupnost, individuální přístup, dobrovolnost a zákonnost. Koncepce zahrnuje otázky financování a samotný provoz sociálních služeb, kdy je financování zajišťováno prostřednictvím státního rozpočtu, příspěvku klientů a zdravotních pojišťoven. Provoz služeb je realizován organizacemi děleného na dva typy, na *neziskové organizace*, které jsou dále děleny na *vládní (státní, veřejné) neziskové organizace* (zabezpečující zejména realizaci veřejné správy) a *nestátní neziskové organizace* (soukromé a občanské, označované jako NNO) a *organizace ziskové*, které se řídí tržními principy. Důležitým prvkem tvořícím koncepci sociálních služeb je koordinace a vzájemná spolupráce mezi

³³ KOZLOVÁ, Lucie. *Evropské modely sociální politiky*. k160177. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra ekonomie.

aktéry, státem, respektive Ministerstvem práce a sociálních věcí, a jím zřízenými organizačními složkami státu, dále územní samosprávné celky a jimi zřízené právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby, klienti a jejich rodiny a dobrovolníci. Cílem je dosáhnout integrovaného systému sociálních služeb v České republice.³⁴

Rozdělení kompetencí je legislativně rozděleno mezi stát, kraje a obce, a to na základě Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přičemž stát, respektive Ministerstvo práce a sociálních věcí plní funkci řídicí, kontrolní a plánovací, kraje spíše evidenční, informační, koordinační a plánovací a obce, které plní stejnou funkci jako kraje. Činnosti, které spadají do kompetencí krajů a obcí, jsou zejména zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb na svém území a zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb. Další kompetencí je spolupráce mezi obcemi, krajem a mezi poskytovateli sociálních služeb při zajištění zprostředkování sociální pomoci, zpracovávání střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na úrovni krajů, sledování jeho plnění a vyhodnocování, informování ministerstva o plnění krajských plánů a zajišťování dostupnosti poskytovaných sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb.³⁵

Kvalita a kontrola poskytovaných sociálních služeb je velmi důležitým prvkem, který také tvoří koncepci sociálních služeb. Jsou jasně definovány standardy kvality sociálních služeb³⁶ a mechanismy kontroly pro sociální služby a poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni tyto standardy naplňovat. Jejich plnění podléhá pravidelným inspekcím a hodnocení ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

Koncepce sociálních služeb v České republice se vyvíjí v souladu s aktuálními potřebami občanů a s ohledem na mezinárodní trendy a osvědčené postupy. Jejím cílem je zajistit, aby sociální služby byly poskytovány efektivně, kvalitně a odpovídaly potřebám uživatelů. Ve spolupráci se všemi aktéry v sociální oblasti se poskytovatelé snaží poskytovat podporu a péči v oblastech sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence tam, kde je to nejvíce potřeba.

³⁴ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 21.

³⁵ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 22-23.

³⁶ Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008) [online]. 2008, [cit. 25.března 2023]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9

2. Senior v systému dlouhodobé péče

Senior je termín používaný k označení jedince, který se nachází ve fázi stárnutí, obvykle ve věku 65+ a je součástí seniorské populace. Stárnutí je přirozený biologický proces, který se projevuje postupným zhoršováním tělesných a duševních funkcí. S tímto procesem jsou spojeny různé fyziologické, psychologické a sociální změny. Stárnutí může mít různé dopady na zdraví seniorů, včetně zhoršování fyzické kondice, zvýšené náchylnosti k nemocem a omezení pohyblivosti. Mnoho seniorů také čelí sociálním výzvám, jako je osamělost, izolace nebo ztráta blízkých osob. Stárnutí samo o sobě není negativní proces.

Většina lidí si při zmínce o stáří představí nesoběstačnou osobu, která nedokáže samostatně žít a je zcela závislá na jiné osobě anebo úplně závislá na pobytovém zařízení. Ale mnoho seniorů vnímá stáří pozitivně a svůj volný čas si dokáže prožít v radosti. Umět využít každého dne, a to i ve stáří, nazýváme umění stárnout.³⁷ „*Samotný pojem stáří je kategorie velmi problematická, definovatelná jak podle objektivních, tak sociálně determinovaných i zcela subjektivních parametrů.*“³⁸

Věda o stárnutí, vědní obor o stárnutí a stáří se nazývá *gerontologie* a jak Haškovcová zmiňuje, rozděluje se na tři podobory. Na *geriatrii*³⁹ *experimentální*, zabývající se procesem stárnutí. Cílem experimentální geriatrie je přinést nové poznatky a inovace, které by mohly vést k vylepšení péče, léčbě a podpoře starší generace. Poznatky by mohly mít vliv na vývoj lékařských postupů, farmakoterapie, sociálních programů a politiky týkající se starších osob. Dále *gerontologii sociální*, která studuje předpoklady pro spokojený život seniorů v kontextu mezilidských vztahů v celé společnosti. Gerontologie sociální se zabývá i proměnami evropské rodiny a zkoumá výzvy spojené se stárnutím populace a jejich dopadem na jednotlivce, rodiny, komunity a společnost jako celek. Zabývá se také formami mezigeneračního soužití. Jedná se o obor, který kombinuje prvky sociologie, psychologie, ekonomie a veřejné politiky. Třetí podobor, jako samostatný lékařský obor, který se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří se nazývá *geriatrie*.⁴⁰

Geriatric je lékařská specializace, která se zabývá diagnostikou, léčbou a péčí o zdraví starších pacientů. Geriatric se zaměřuje na specifické potřeby a problémy spojené se stárnutím, jako

³⁷ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2.vyd. Praha. Grada Publishing, 2020. s. 13-14.

³⁸ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. s. 87.

³⁹ Geriatric je synonymum pojmu klinická gerontologie.

⁴⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 165.

multimorbidita⁴¹, sníženými fyzickými a kognitivními funkcemi⁴², polyfarmacií⁴³ a sociálními faktory ovlivňující zdraví starších lidí. Geriatrie zahrnuje širokou škálu oblastí péče, např. diagnostika a péče. Geriatrii provádějí komplexní diagnostiku a léčbu nemocí, které se často vyskytují u starších pacientů, jako jsou srdeční choroby, diabetes, hypertenze, osteoporóza, různé typy demencí a další. Důraz je kladen na individuální přístup a zohledňování celkového zdravotního stavu. Geriatrii se také zaměřují na posuzování fyzického a kognitivního stavu pacientů a na rehabilitační intervence. Spolupracují s dalšími odborníky jako jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti a logopedi, aby pomohli pacientům obnovit nebo udržet co nejlepší úroveň funkčnosti. Zvláštní péče je věnována pacientům s demencí, obzvláště s typem demence Alzheimerovy nemoci. A jak je tomu v některých zemích Evropské unie, komplexní péče a plánování péče zahrnuje také sociální, psychologickou a rehabilitační podporu. Cílem geriatrie je zlepšit zdravotní a psychický stav a kvalitu života starších lidí, a to jak při léčbě akutních onemocnění, tak při dlouhodobé péči a podpoře. Geriatrii přistupují ke svým pacientům individuálně a berou v úvahu jejich specifické potřeby, hodnoty a přání, aby jim poskytli nejlepší možnou péči.

Jak již bylo zmíněno, Evropská unie věnuje velkou pozornost systému dlouhodobé péče. Vzhledem ke zlepšení životních a pracovních podmínek obyvatelstva, velkému pokroku v medicíně a rozvoji v oblasti sociální péče se obyvatelstvo dožívá vysokého věku, až nad 80 let.

Prudká uvádí, že do 20 let by se měl počet 80letých zvýšit v zemích Evropské unie o 50 % a ztrojnásobit do roku 2050, v tomto roce bude v České republice podíl 80letých seniorů na celkové populaci více než 13 %. Vysoký věk sebou přináší vyšší výskyt invalidity a bude stále více přibývat onemocnění typických pro tento věk, jako Alzheimerova choroba a jiné typy demencí. A to vyúsťuje v závislost seniorů na jiných osobách, ať v domácím prostředí, zařízeních sociálního charakteru nebo zdravotnických zařízeních.⁴⁴ „*Hranice mezi zdravotní a sociální péčí se s přibývajícím věkem klientů ztenčuje, často není zřejmé, kdy se již nejedná o zdravotní péči, ale o péči sociální.*“⁴⁵

Některé země Evropské unie přistupují k potřebám seniorů komplexně. Ne z pohledu zdravotního nebo sociálního, nýbrž na rozhraní zdravotnické a sociální péče. Samostatný zákon,

⁴¹ Multimorbidita – současná přítomnost více chronických onemocnění.

⁴² Kognitivní funkce – funkce týkající se mentálních procesů, které zahrnují vnímání, myšlení, paměť, pozornost, učení, jazyk a rozhodování. Tyto funkce umožňují jednotlivcům zpracovávat informace, porozumět jim, uchovávat je v paměti a používat je k řešení problémů a rozhodování.

⁴³ Polyfarmacie – užívání více léků současně.

⁴⁴ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 50.

⁴⁵ PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. s. 50.

který řeší zdravotně sociální problematiku má ve svém legislativním systému Německo, Francie, Velká Británie, Švédsko. Dílčí úpravy v různých zákonech má např. Belgie, Dánsko nebo Rakousko. Česká republika nemá legislativně ukotveno poskytování dlouhodobé péče, ale v praxi je komplex těchto služeb do jisté míry realizován.⁴⁶

2.1. Senior jako geriatrický pacient v systému sociálních služeb

Stáří můžeme začlenit do období věku začínajícím mezi 60 až 65 rokem života. Stárnutí je životní období a má svůj smysl, stejně jako období předchozí. Smysl života má ve stáří souvislost s individuálním žebříčkem hodnot. Tyto tvůrčí hodnoty si člověk vytváří sám osobně, např. práce, realizace nebo třeba i péče o partnera či blízkého člověka. V realizaci tvůrčích hodnot bývají starší a staří lidé limitováni větší potřebou zdravotní péče a postupnou ztrátou soběstačnosti. V prožitkových hodnotách je člověk omezován mnohem méně. Na mysli máme vnímání prostředí, umění, setkávání se s druhými lidmi. V případě, že člověk z důvodu nemoci nebo pokročilého věku přijde o schopnost tvořit a plnohodnotně si užívat a nelze již tuto situaci změnit, může si zvolit, jaký k této situaci zaujme postoj, jak se k nezměnitelnému osudu postaví. Jde o vnitřní sílu člověka uvědomit si, že spokojenost není vždy vázána pouze na úspěch nebo zdraví.⁴⁷

Stejně specifické a individuální hodnoty ve stáří jsou potřeby seniorů. Proto, aby si senioři zajistili kvalitní život ve stáří, musí dobře znát své potřeby⁴⁸.

Klasifikace geriatrického pacienta je nejednoznačná. Minimální hranice pro zařazení seniora do geriatrických programů bývá obvykle ve věku 65 let. Jedná se o ty seniory, kteří vykazují závažný pokles potenciálu zdraví. Díky nízkému zdravotnímu potenciálu jsou znevýhodněni a jsou jistě zranitelnější. K posouzení, zda se jedná o geriatrického pacienta, je samotná povaha a projev zranitelnosti. Seniory můžeme klasifikovat jako zdatné, kteří nepotřebují žádnou péči, hovoříme o zdravém stáří. Dále senioři nezávislí, kteří potřebují péči při občasném stonání. Pro tyto dvě skupiny je důležité zajistit edukaci pro udržení vitality zdravotní i sociální. Poslední skupinou jsou senioři křehcí⁴⁹, kteří potřebují odbornou zdravotní a sociální péči. Tito senioři potřebují pomoc, kterou primárně dostávají od členů své rodiny nebo jsou odkázáni na pomoc

⁴⁶ Poskytování dlouhodobé péče v České republice bude blíže popsán v samostatné kapitole v praktické části.

⁴⁷ ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2011. s. 64-65.

⁴⁸ Maslowova pyramida potřeb dělí potřeby na biologické, fyziologické, potřeba jistoty a bezpečí, sociální potřeby, potřebu úcty a uznání, kognitivní potřeby, estetické potřeby, seberealizaci.

⁴⁹ Termín *křehký senior* je používán v souvislosti s fyzickou křehkostí, která nese riziko k vyšší náchylnosti úrazů a zlomenin.

poskytovanou v rezidenčních zařízeních, jako jsou Domovy pro seniory a jiné variantní formy pobytových služeb.

O náročnosti o nesoběstačného seniora v domácím prostředí není pochyb. Na místě je rozšíření služby úlevové péče, stacionáře, odlehčovací služby nebo zvážit podporu pečující rodiny. Problém také nastává v územní dostupnosti potřebných služeb. Geriatricí seniory především s chronickými nemocemi potřebují péči zdravotnickou i sociální současně nebo střídavě. Na neprovázanost těchto služeb je poukazováno již několik desetiletí. Tyto aktuální problémy a mnoho dalších byly v roce 2014 důvodem vzniku Národní strategie pro sjednocení sociálních služeb⁵⁰. Řešením je především rozvoj komunitního systému integrovaných podpůrných služeb, který by měl být v kompetencích obcí a měst.

„Cílem je, aby seniory zůstávali co nejdéle doma s pomocí rodiny, s neformální pomocí přátel a sousedů a s podporou profesionálních terénních zdravotnických a sociálních služeb. Systém tradičního a dlouhodobého nemocničního ošetřování se postupně opouští, protože těžištěm medicínské činnosti se stávají preventivní opatření a vysoce účinné krátkodobé diagnostické a léčebné úkony, po kterých někdy následuje doléčení, rehabilitace atd. nejlépe prostřednictvím dostupných komunitních služeb. Navíc senior nemá být jen pasivním příjemcem péče, neboť péče snadno konzervuje a navozuje závislost, prohlubuje nedostatečnost.“⁵¹

V dnešní době se moderní lidé dožívají stále vyššího věku a tento trend bude ve společnosti nadále pokračovat. Jak Haškovcová uvádí, „můžeme hovořit o dlouhověké společnosti“.⁵² Dlouhověká společnost je termín používaný k popisu společnosti, ve které lidé žijí déle než obvykle a mají vyšší očekávanou délku života. Dlouhověkost je výsledkem pokroku v lékařství, výživě, hygieně a dalších oblastech, které přispívají k dobrému zdraví a snižování rizika vzniku nemocí. Dlouhověká společnost může přinést řadu výhod, jako je zvýšená produktivita pracovní síly nebo rozšířené příležitosti pro vzdělání a osobní rozvoj seniorů. Dlouhověká společnost je komplexní fenomén, který vyžaduje integrovaný přístup v oblasti medicíny, výzkumu a sociálních věd. Je důležité, aby společnost přizpůsobila své instituce a politiku a aby se vyrovnala s rostoucím počtem starších lidí a jejich potřebami.⁵³

Můžeme tedy předpokládat, že v blízké budoucnosti budou všeobecně psychické i fyzické schopnosti seniorů na dobré úrovni a společnost bude muset přijmout fakt, že musíme respektovat a přizpůsobit se existenci dlouhověké společnosti, jejíž základním článkem je

⁵⁰ Národní strategie pro sjednocení sociálních služeb na období 2016-2025 stanovuje cíle a opatření v deseti tematických oblastech, mezi něž patří dlouhodobě diskutované sociálně – zdravotní pomezí.

⁵¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 166-167.

⁵² HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 167.

⁵³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 167.

senior, že služby, které budou těmto seniorům poskytovány musí respektovat individuálně odlišné potřeby lidí a že efektivní a úspěšné poskytování zdravotních a sociálních služeb bude mít kladný dopad na život seniora, nejlépe v jeho domácím přirozeném prostředí.

2.2. Etické problémy v geriatрии

„Je všeobecně známo, že obyvatelstvo vyspělých zemí Ameriky, Evropy, a tedy i České republiky stárne a stárnout bude. Demograficky nepříznivá situace by však rozhodně neměla být důvodem tzv. demografické paniky. To, že se výrazně prodloužila střední délka dožití, je přece úspěchem, který jistě těší každého současného, ale i budoucího seniora. To, co je ale v souvislosti se stárnoucí populací nutné řešit, jsou tři okruhy problémů: důstojné ekonomické zajištění života seniorů, zdravotní a sociální pomoc a v případě nutnosti i péče a konečně koncept nového pojetí stáří.“⁵⁴

V roce 1982 se stala problematika stárnoucích a starých lidí vysoce aktuální, v té době se v České republice etablovala geriatrie jako samostatný lékařský obor. Základnou pro tento obor se staly léčebny pro dlouhodobě nemocné. Nově vznikla nová profesní kategorie geriatrická sestra a spolu s tímto se začaly zřizovat nejrůznější formy pečovatelských služeb. Československá geriatrická společnost prezentovala ucelenou koncepci péče o seniory. V kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí zůstaly domovy důchodců, penzióny a domy s pečovatelskou službou s rozvojem klubů důchodců. Po roce 1989 došlo ze strany resortu zdravotnictví ke snížení zájmu o komplexní problematiku seniorů. Byly zrušeny geriatrické sestry jako pracovní právní kategorie a péče o staré nemocné občany byla delegována na domácí zdravotní péči a na stávající systém pečovatelské služby.⁵⁵

Významným krokem v sociální politice bylo zavedení příspěvku na péči, za který si občané mohli nakoupit potřebné zdravotnické a sociální služby. Dochází i k transformaci domovů důchodců na domovy pro seniory. Bohužel tehdejší neřešení restrukturalizace lůžek ve zdravotnických zařízeních má dodnes za následek vysoký nedostatek ošetrovatelských a sociálních lůžek ve zdravotnictví.

Demografická situace má za následek časté diskuze nad změnami důchodového systému a je třeba zdůraznit, že se začal objevovat nový problém zvaný ageismus⁵⁶ a nejrůznější formy násilí páchaného na starých lidech vč. týrání fyzického, psychického, ale i ekonomického. Problematika bezdomovectví starých lidí se rozšířila do značných rozměrů. Tyto zmíněné

⁵⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 161.

⁵⁵ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s.162-163.

⁵⁶ Ageismus je obdoba rasismu, jehož cílovou skupinou s nenávistí a odmítáním jsou staří lidé.

etické problémy vedly k velkému zájmu řešit problematiku starých lidí, a to zprvu formou školicích akcí a dále zveřejněním odborných a naučných publikací. Za zmínku jistě stojí evropský program zdravotní výchovy Stárnout zdravě v Evropě⁵⁷, koncept Světové zdravotnické organizace (WHO). Strategie tohoto programu je zaměřena na prodloužení délky života prožitého v úplném zdraví bez zdravotního postižení, podporu plného a aktivního společenského života, prevenci nemocí, posilování fyzického i duševního zdraví, sociální zapojení a zlepšení životního stylu. Stárnout zdravě v Evropě vyžaduje integrovaný přístup, který zahrnuje nejen zdravotní péči, ale i sociální, enviromentální a ekonomické faktory. Česká republika vstoupila do programu již v době, kdy ještě nebyla členem Evropské unie.

Cílem konceptu je snaha udržet starší a staré občany v praktické soběstačnosti. Pokud dojde k částečné či úplné ztrátě zdraví, je třeba dodržovat zásady respektující specifika vyššího věku. Tyto jsou uvedeny v Evropské chartě pacientů seniorů⁵⁸. Evropská charta pacientů seniorů uvádí, jak má probíhat komplexní péče o nemocné seniory. Charta práv obsahuje znění úkolů zdravotní a sociální péče o starší občany, obecné zásady, komunikace a informovanost, podporu zdraví, problematiku týkající se léků, transportu, problematiku spojenou s poruchami paměti, pády a zhoršující se hybností, inkontinencí, nemocí a zotavením, propuštěním ze zdravotnického zařízení, využíváním komunitních a sociálních služeb a jistě i změnou domova.

2.3. Etika ve zdravotnictví a etické kodexy

Etika je označována jako nauka o morálce nebo jako teorie mravnosti, jejímž předmětem je zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivců, ale i společnosti jako celku. Etika je obor praktické filozofie, zkoumá otázky týkající se dobrého a správného jednání, zodpovědnosti, povinností a důsledků našich činů. Snaží se formulovat obecné zásady a normy, které by měly být respektovány při rozhodování a jednání. Etika má široké uplatnění v různých oblastech lidského života, včetně medicíny, práva vědy, politiky a dalších profesích. Pomáhá nám reflektovat naše jednání, přemýšlet o důsledcích našich rozhodnutí a usilovat o to, aby naše činy byly v souladu s morálními principy a hodnotami. Etika představuje ideální stav, který má být,

⁵⁷ Zdravé stárnutí v EU: potenciál digitálních inovací v oblasti zdravotní a sociální péče pro seniory (Evropská komise), z 12. října 2021 [online], [cit. 6. května 2023]. Dostupné z: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/cs/events/healthy-ageing-eu-potential-digital-innovation-elderly-health-and-social-care>

⁵⁸ Charta práv pacientů seniorů (1997, znění z r.1998), [online]. 2022, [cit. 18. února 2023]. Dostupné z:

https://www.homolka.cz/data/upload/files/charta_prav_senioru.PDF

Evropská charta pacientů seniorů – doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti.

oproti tomu morálka vyjadřuje skutečný stav, který je. S etikou a mravností je úzce spjato i svědomí jedince. „*Svědomí je jedinečně lidská schopnost morálně hodnotit své jednání. V psychologii je svědomí chápáno jako výsledek zvnitřnění vnějších norem, který působ jako emoční korektiv chování.*“⁵⁹

Mravnost neboli mravní chování se týká způsobu, jakým jedinec jedná v souladu s morálními hodnotami, principy a normami. Je to způsob jednání, který odráží vnitřní morální přesvědčení a respektuje společenské normy a hodnoty. Mezi některé obecné principy, které vedou k mravnímu chování je respekt k druhým, spravedlnost, upřímnost, empatie, prospěšnost, důvěryhodnost nebo odpovědnost. Mravní chování je velmi důležité, protože přispívá k vyjádření eticky orientované společnosti a vzájemnému respektu a uznání mezi jednotlivci.

Mravnost neboli mravní chování popisuje odpovědnost za vlastní chování vůči druhým, chování vůči prostředí. Morální norma je obecné pravidlo nebo doporučení, usměřující jednání člověka v sociální skupině. Vzhledem k velmi citlivé a choulostivé náplni práce poskytovatelů zdravotní péče, je etika na úrovni každého zdravotníka ve zdravotnickém zařízení i v domácí zdravotní péči velmi důležitá a neopomenutelná. Zdůrazněme, že zdraví je pro každého nemocného člověka ten nejcitlivější a nejdůležitější fakt, který musí každý zdravotník lékařské i nelékařské profese respektovat. Lékařská etika je pojem, který souhrnně označuje etické problémy v lékařství a dnes je již samostatnou vědní disciplínou.

Etika ve zdravotnictví je obor, který se zabývá etickými otázkami a dilematy, které se vyskytují v rámci poskytování zdravotní péče. Zahrnuje zkoumání morálních hodnot, principů a povinností, které by měly řídit jednání zdravotnických pracovníků, vztahy mezi poskytovateli péče a pacienty, rozhodování o léčbě a další etické otázky související se zdravotní péčí, například rozhodování o konci života.

V úzké souvislosti s etikou je etický kodex. Etickým kodexem ve zdravotnictví je soubor pravidel, zásad a hodnot poskytovatele péče, kterými se poskytovatelé řídí ve vztahu ke svým pacientům, k zaměstnancům (kolegům), ale i k managementu a slouží jako vodítko pro etické chování zdravotnických pracovníků. Jeden z nejznámějších kodexů, který je současně i přísahou, je přísaha každého lékaře, později i zdravotní, resp. všeobecné sestry a další pomáhající profese, Hippokratova přísaha⁶⁰.

⁵⁹ HORECKÝ, Jiří. *Management a kvalita sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020, s. 48.

⁶⁰ Hippokratova přísaha, Masarykova univerzita, z 2021 [online]. [cit. 5.7.2023]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/pages/priloha1_hippokratova_prisaha.html

„V roce 1948 byla přijata Ženevská deklarace, které se říká Ženevský slib lékařů. Návaznost na Hippokratovu přísahu je zřejmá a bylo třeba reagovat na odhalené zločiny lékařů z doby nacionálního socialismu v Německu. Světová lékařská asociace, která byla ustanovena v roce 1945, vydala ještě celou řadu významných dokumentů týkajících se lékařské etiky. Například Mezinárodní kodex lékařské etiky (1949), Lisabonskou deklaraci o právech pacientů (1981), Deklaraci o nezávislosti a o profesionální svobodě lékaře (1986) a Etické problémy týkající se pacientů s duševními chorobami (1995). Světová lékařská asociace schválila v roce 2011 Evropskou chartu lékařské etiky.“⁶¹

Jak píše Haškovcová, po roce 1989 byla v Československu obnovena činnost České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory a první verze stavovského dokumentu Etického kodexu České lékařské komory^{62,63} byly přijaty v časové tísní ve snaze rychle se přizpůsobit tehdejšímu vyspělému světu. V průběhu let byl několikrát novelizován tak, aby korespondoval s českou realitou, naposledy v roce 2007.⁶⁴

2.4. Etické kodexy Práva pacientů

Po dlouhá staletí neměli pacienti téměř žádná práva. Byli závislí na lékaři, a to v rovině odborné i lidské. Mezi lékařem a pacientem byla velká asymetrie vztahu. O vyrovnání vztahů se začalo hovořit teprve v druhé polovině minulého století. V občanské demokratické společnosti jsou lidská práva a individuální svoboda vysoce ceněna, lidé plně přijímají odpovědnost za svůj život a přejí si dostávat úplné informace o svém zdravotním stavu v době nemoci a možnost si rozhodovat o své osobě nebo spolupracovat a spolupodílet se na procesech léčby. Není možné vnucovat lidem pouze submisivní roli. Zdravotnictví prošlo řadou změn díky rozvoji vědy a techniky, také se změnil systém poskytování péče. Péče o nemocné se poskytuje týmově a specializovaně. To vše vedlo k iniciativě pacientů a patientských sdružení vyjádřit se k diagnostickým a terapeutickým metodám, které se jich bezprostředně týkaly. Stejně tak se to týkalo i lékařů, kteří potřebovali spolupráci s diagnostickými postupy. Tak začala vznikat lékařská konzilia⁶⁵. Od osmdesátých let 20. století jsou ve vyspělých zemích práva pacientů pokládána za samozřejmost.⁶⁶

⁶¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 57.

⁶² Etický kodex ČLK je členěn do paragrafového znění, ale není právně závaznou normou, nýbrž standardem zavazujícím příslušníky lékařské profese. Je normativním nástrojem ČLK.

⁶³ Etický kodex České lékařské komory (1996, znění z r. 2007), [online]. 2021, [cit.21. ledna 2023]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/pages/priloha5_eticky_kodex_CR.html

⁶⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 57.

⁶⁵ Konzilium je odborný termín pro označení porady lékařů různých specializací

⁶⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 64.

Etické kodexy Práva pacientů⁶⁷ jsou soubor zásad a pravidel, které slouží k ochraně práv a zájmů pacientů v rámci poskytování zdravotní péče. Tyto kodexy se vyvíjejí a upravují v souladu s etickými normami a právními předpisy a mají za cíl zajistit, aby byly pacienti respektováni, byla chráněna jejich autonomie a zajištěna kvalitní péče. Některé z hlavních zásad obsažených v těchto etických kodexech zahrnují právo na informace o svém zdravotním stavu, možnost rozhodovat o své péči a možnost udělovat informovaný souhlas nebo odmítnutí léčby, zajištění rovného přístupu ke kvalitní zdravotní péči bez diskriminace na základě pohlaví, rasy, náboženství, sociálního postavení, respektování soukromí a důvěrnosti pacienta, ochrana jeho osobních informací nebo informací stran poskytovatelů zdravotní péče. Dále, personál má povinnost jednat s vysokou úrovní odbornosti, etiky a morální integrity, poskytovat péči která maximalizuje jeho blaho a zdraví, nepoškozovat pacienty a vyhnout se zbytečnému utrpení nebo rizikům a další.

Etické kodexy Práva pacientů slouží jako vodítko pro poskytovatele zdravotní péče a další zdravotnické pracovníky, aby se řídili etickými standardy a zajišťovali kvalitní a etickou péči. Tyto kodexy jsou často zakotveny v právních předpisech a regulích, které upravují práva pacientů a etické chování v oblasti zdravotní péče. Na řadě speciálních kodexů se lékaři a pacienti podíleli společně. Mezi etické kodexy práv pacientů patří například Práva imobilních osob, Práva starých lidí, Práva psychicky nemocných, Práva umírajících a obsahem každého kodexu práv pacientů jsou opodstatněná přání nemocných, která je nutné naplňovat a v některých případech i legislativně ošetřit.⁶⁸

Je nutné uvést, že se stává, že práva pacientů nejsou v některých zdravotnických zařízeních dostatečně akceptována. Často je jejich vymahatelnost obtížná. Proto byl v řadě států zřízen kontrolní úřad, v jehož čele stojí ombudsman. Původ slova ombudsman pochází ze Švédska a označuje se jím osoba, která plní funkci zástupce nebo mluvčího jiných lidí. Tam vznikl tento institut již v roce 1809. Svoji činností prokázal švédský ombudsman důležitost instituce, která se následně začala rozšiřovat po celé Evropě. V roce 1919 vznikla instituce ombudsmana ve Finsku, později v Norsku a Dánsku. K největšímu rozšíření obdobných institucí, vycházejících ze švédské a dánské právní úpravy došlo po druhé světové válce. Instituce ombudsmana byly zřízeny ve státech Evropy např. v Německu, Velké Británii, Francii, Portugalsku, Rakousku, Španělsku, ale i v jiných zemích mimo Evropu, v Nigérii, na Aljašce, na Novém Zélandu.

⁶⁷ Práva pacientů ČR, Ministerstvo práce a sociální věci ČR, z 25. února 1992 [online], [cit. 5. června 2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

⁶⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 65-66.

V osmdesátých a devadesátých letech se instituce rozšířila i do zemí jako Polsko, Nizozemí, Maďarsko, Švýcarsko. V České republice byl první ombudsman ustanoven v roce 2000. V dalších letech se instituce veřejného ochránce práva stala standardní součástí právních řádů zemí po celém světě.⁶⁹ Některé velké nemocnice mají svého vlastního ombudsmana.

*„Lékař a pacient jsou si občansky rovni, odlišuje je pouze vzdělanost, a to vzdělanost specializovaná.“*⁷⁰ Není to jen lékař, ale všichni, kteří se na péči o seniora podílejí. Je to i poskytovatel sociální péče, poskytovatel zdravotní péče, rodinný příslušník, osoba blízká, dobrovolník, ale také veřejná správa, jako garant v zajištění dlouhodobé péče daného státu. Jedná se o multidisciplinární péči o seniora v systému dlouhodobé péče, jako o geriatrického pacienta v systému sociálních služeb s jeho právy a etikou chování všech, kteří se na péči podílejí. Cílem systému dlouhodobé péče je zajistit, aby senioři měli přístup k odpovídající péči, která jim umožní žít důstojný a kvalitní život i přes jejich zdravotní omezení. Je důležité, aby tato péče byla poskytována s respektem k právům seniorů, zohledňovala jejich individuální potřeby a respektovala jejich autonomii a rozhodovací schopnosti. K tomu je jistě důležité, aby v systému dlouhodobé péče byli zapojeni všichni výše zmínění aktéři, a aby byl zajištěn komplexní přístup v péči a podpoře v sociálním a emocionálním ohledu. Existuje legislativní zajištění takového komplexního přístupu či jeden aktér, který je odpovědný za naplnění stanovených cílů dlouhodobé péče? Jakou úlohu v problematice dlouhodobé péče hraje veřejná správa a jak jsou naplněny prvky etiky v systému péče, který se neodehrává na přímé fyzické úrovni? Jakou roli hraje v systému dlouhodobé péče nejnižší správní jednotka, která má k občanům nejbližší a tou je obec? Právě roli obce se zabývá další část této práce.

⁶⁹ HNÁTKOVÁ, Jitka. *Právní postavení ombudsmana v ČR a ve světě*. Praha, 2009. Diplomová práce na Vysoké škole ekonomické v Praze na Fakultě mezinárodních vztahů. Vedoucí diplomové práce doc. JUDr. Iva Chvátalová, CSc. s.14-15.

⁷⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. s. 91.

3. Obec v systému veřejné správy

Následující kapitola se věnuje financování systému dlouhodobé zdravotně sociální péče. Aktéři, kteří se na tomto financování podílejí jsou z větší části zástupci veřejné správy. Proto je potřeba si přiblížit členění veřejné správy, okrajově v zemích Evropské unie a v České republice.

Země Evropské unie nemají jednotný systém veřejné správy, neexistuje nějaké univerzální organizační uspořádání veřejné správy. Každý stát má specifika, která se promítají do organizace veřejné správy. Systémy veřejné správy tedy náleží do suverenity jednotlivých států a není upraven právem Evropské unie. V evropských státech se veřejná správa rozlišuje na anglický model a kontinentální model. Tyto modely se liší ve svých základních principech, struktuře a způsobu fungování. V anglickém modelu veřejné správy je místní samospráva chápána výlučně jako samospráva, není rozlišena státní správa a samospráva. Systém je uplatňován v zemích Spojeného království a v Irsku. Kontinentální model se dále dělí na francouzský, kde paralelně existují orgány státní správy a samosprávy a model německý, tzv. smíšený model, kdy veřejná správa je vykonávána obcemi a vyššími samosprávnými celky v přenesené působnosti, které jsou v agendě státní správy podřízeny vyšším státním úřadům, ale zároveň zaměstnanci vykonávající státní správu jsou zaměstnanci místní samosprávy. Tento smíšený model je model používaný v České republice. Poslední model je skandinávský, ve kterém jsou propojeny prvky anglosaské a německé.⁷¹

Veřejná správa je správa věcí veřejných ve veřejném zájmu, také jinak záměrná činnost, vykonávána ve veřejném zájmu. Vymezení veřejné správy ve smyslu materiálních a formálních je spojeno s dělbou moci, která je v moderním státě charakterizována oddělením moci výkonné od moci zákonodárné a moci soudní. Toto dělení moci je základní, není však jediné. Jiné dělení moci ve státě spočívá v jejím rozdělení podle úrovní daných územním členěním unitárního státu, na zemi, kraje, okresy, obce nebo federativní uspořádání. Organizace veřejné správy je závislá na obou dělbách moci, které výrazně ovlivňují rozhodování o tom, co bude z veřejné správy ponecháno přímo státu a vykonáváno prostřednictvím jeho orgánů a úřadů a na jakém stupni, a co bude svěřeno jiným subjektům. To má také vliv na členění veřejné správy.

Veřejná správa v České republice je členěna různě. Zpravidla je to z hlediska organizačního uspořádání, právní formy výkonu a z hlediska úkolů, myšleno rozlišení věcné oblasti, jako je školství, kultura, zdravotnictví, práce a sociální věci. Veřejná správa ve smyslu formálním, tedy

⁷¹ MRKLAŠ, Ladislav. *Systémy veřejné správy v evropském kontextu*, k86990. Studijní opora 2023. CEVRO Institut Praha, Katedra Politologie a mezinárodních vztahů.

souhrnu institucí, které přímo či zprostředkovaně vykonávají veřejnou správu dělíme podle působnosti, tj. okruh úkolů a na jaké úrovni je má dotyčný orgán svěřené a podle pravomocí, což jsou prostředky svěřené k výkonu působnosti.⁷²

To, co je pro systém financování dlouhodobé zdravotně sociální péče podstatné je dělení veřejné správy na tři subsystémy: státní správa, samospráva a ostatní správa. Státní správa je stát sám a stát prostřednictvím pověřených úřadů vykonávající svoji činnost. Samospráva, prováděná samosprávnými celky, což jsou obce a kraje. Tyto jsou zaručeny Ústavou České republiky. A ostatní správa, jinak také zbytková, zahrnuje zdravotní pojišťovny, radu pro rozhlasové a televizní vysílání apod.

Výkon státní správy je buď přímý, v tomto směru se týká vlády, ministerstva, Policie České republiky, stavebního úřadu, živnostenského úřadu anebo nepřímý výkon, týkající se přenesené působnosti na městské úřady, krajské úřady, lesní stráž, státní technickou kontrolu apod. Samospráva je dělena na územní samosprávu, nám známé obce a kraje, zájmovou samosprávu, která zřizuje spolky a vysoké školy a profesní samosprávu, která zahrnuje stavovské komory jako je např. lékařská, stomatologická, lékárnická, hospodářská, advokátní agrární, komora daňových poradců a další. Dalším druhem veřejné správy České republiky je správa vrchnostenská. V tomto postavení může veřejná správa činit jen to, co jí zákon výslovně umožňuje činit, k čemu jí zmocňuje. Je vykonávána zejména formami práva správního, finančního, sociálního zabezpečení a práva životního prostředí. Dále je zde správa fiskální, která se týká věcí finančních a státního majetku, ne však agendy daňové a poplatkové. A třetí skupinou veřejné správy je správa pečovatelská nebo veřejná služba. Jedná se o velkou skupinu veřejné správy, kterou nelze určit podle výše uvedených kritérií, protože se ve své činnosti může podle povahy věci řídit jak právem veřejným, tak právem soukromým. Souvisí zejména s plněním sociální funkce státu.⁷³

Vzhledem k tomu, že občanům je nejbližší nejnižší stupeň veřejné správy, tedy obecní samospráva (dále jen obec) a vyšší územní samosprávný celek (dále jen kraj), bude práce pojednávat o participaci obou celků na podpoře, rozvoji a kompetencích v oblasti sociální politiky daného území.

⁷² JEMELKA, Luboš. *Kontrola veřejné správy a správní dozor*. k83662. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra veřejného práva a veřejné správy.

⁷³ JEMELKA, Luboš. *Kontrola veřejné správy a správní dozor*. k83662. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra veřejného práva a veřejné správy.

3.1. Obec jako komunita

Jak již bylo zmíněno, obec je základní jednotkou samosprávy na úrovni obyvatelstva na daném území. Jako komunita zahrnuje skupinu lidí, kteří žijí v daném místě a sdílejí společný prostor a zájmy. Obyvatelé sílí společný geografický prostor, který zahrnuje jejich domovy, veřejné prostory, infrastrukturu a přírodní zdroje. Tento společný prostor tvoří základ pro spolupráci mezi obyvateli a vzájemnou interakci. Jedná se o rodinné vztahy, sousedské vztahy, přátelství, spolupráci v rámci komunitních organizací nebo společnou účast na akcích a událostech v obci. Obyvatelé často vyvíjejí pocit identity a sounáležitosti s místem, kde žijí. Společná historie, tradice, kulturní zvyky a hodnoty mohou přispívat k formování obecného povědomí a kolektivní identity. Sdílejí také společné zájmy a cíle, které se týkají rozvoje a prosperity obce. Může se jednat o péči o veřejné prostory, ochranu životního prostředí, zlepšování infrastruktury, poskytování kvalitních veřejných služeb nebo podporu místního podnikání. Obyvatelé obce mají možnost se aktivně podílet na řízení a rozvoji obce prostřednictvím místní samosprávy a participace na veřejných zasedáních místního zastupitelstva, veřejných konzultacích a komunitních projektech. To podporuje zapojení obyvatel do rozhodování, zvyšuje pocit odpovědnosti za společnou věc a posiluje komunitní vazby.

Obec jako komunita je důležitým faktorem pro sociální soudržnost a rozvoj místního prostoru. Komunitní spolupráce a aktivní zapojení obyvatel obce mohou vést k lepší kvalitě života, vzájemné pomoci a podpoře, a posilování sociálních vazeb mezi obyvateli. Komunitní spolupráce není jen spolupráce občanů navzájem, ale především spolupráce místní samosprávy s občany.

V přechozích kapitolách se práce věnuje mimo jiné i profesní etice a etickým kodexům práv pacientů. Pokud hovoříme o obci v kontextu etického chování a etických kodexů, může se jednat o místní samosprávnou jednotku, která má vlastní kodex chování a etických standardů pro své úředníky, radu obce, zastupitelstvo obce, starostu, ale také pro své obyvatele. Etický kodex chování obyvatel je de facto podmíněn vydanými obecně závaznými vyhláškami obce nebo nařízeními, které se mohou týkat například dodržování veřejného pořádku, zákazu pití alkoholu na veřejnosti apod.⁷⁴ Obecný etický kodex může stanovit pravidla pro správné jednání při výkonu veřejného úřadu, ochranu zájmů občanů, spravedlivé a transparentní hospodaření s veřejnými prostředky, otevřenost a etické normy. Etický kodex obce může také zahrnovat

⁷⁴ Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), § 84 odst. 1) písm. i), pravomocí zastupitelstva obce je vydávat obecně závazné vyhlášky obce.

pokyny pro zajištění rovnosti příležitostí, zachování životního prostředí, dodržování právních a obecních předpisů a vyvarování se korupce či konfliktů zájmů. Tímto způsobem má etický kodex přispívat k vytvoření a udržování zdravého a odpovědného prostředí pro veřejnou správu a život občanů. Dodržování etického kodexu obce by mělo být povinností všech zúčastněných stran a sloužit jako základní rámec pro etické jednání, respektování práv a povinností a zajištěné odpovědnosti v rámci obecního prostředí. Takový etický kodex je důležitý pro zachování důvěry veřejnosti v obec, její zaměstnance a vedení obce.

3.2. Obec a sociální péče z pohledu Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je legislativním opatřením, které upravuje poskytování sociálních služeb v rámci České republiky. Tento zákon stanovuje práva a povinnosti poskytovatelů i uživatelů sociálních služeb a slouží jako rámec pro organizaci a financování sociálních služeb.

Jak již bylo zmíněno, veřejná správa v rámci smíšeného modelu veřejné správy v České republice funguje na principu subsidiarity. Což sebou přináší stále větší snižování působnosti státu a zvyšování odpovědnosti a působnosti samosprávných celků, na nejnižší úrovni obecní působnost. Obec je svým charakterem nejbližší svým občanům. Zná potřeby svých občanů, jejich zázemí, potřeby obce samotné, zajišťuje urbánní rozvoj, územní plán obce, hospodaří s majetkem obce a mimo jiné zřizuje obchodní společnosti, ve kterých má stoprocentní nebo částečný podíl a příspěvkové organizace nebo organizační složky obce.⁷⁵ Z globálního pohledu patří do působnosti obce záležitosti, které jsou v zájmu obce, a především v zájmu občanů obce. Obec na svém území pečuje v souladu s místními předpoklady a zvyklostmi o vytváření, podpoře a udržitelnosti sociální péče na svém území⁷⁶ a pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů; při plnění svých úkolů chrání též veřejný zájem.⁷⁷

Zákon o sociálních službách je právní předpis a má za cíl zajišťovat důstojné a kvalitní podmínky pro poskytování sociální péče a pomoci a chránit práva osob v potřebě. Obec a zákon o sociálních službách spolu úzce souvisí, protože obce mají povinnost zajišťovat sociální služby pro své občany v souladu s ustanovením tohoto zákona. Zákon stanovuje obci tyto povinnosti: *„ zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území, zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při*

⁷⁵ Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), § 84 odst.1) písm. d).

⁷⁶ Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), § 35 odst.2).

⁷⁷ Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), § 2 odst. 2).

zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou, může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli sociálních služeb na území obce a za účasti osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje; za tím účelem sděluje kraji informace o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území obce, o možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích, spolupracuje s krajem při určování sítě sociálních služeb na území kraje; za tím účelem sděluje kraji informace o kapacitě sociálních služeb, které jsou potřebné pro zajištění potřeb osob na území obce a spoluvytváří podmínky pro zajištění potřeb těchto osob“.⁷⁸

Obec je tedy jedním z možných poskytovatelů sociálních služeb. Může buď tyto služby poskytovat prostřednictvím svých zařízení nebo může spolupracovat s externími subjekty, které mají oprávnění k poskytování sociálních služeb v regionu. Obecní úřad obce s rozšířenou působností zajišťuje: „zajišťuje osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu; místní příslušnost se řídí místem trvalého nebo hlášeného pobytu osoby. Koordinuje poskytování sociálních služeb a poskytuje odborné sociální poradenství osobám ohroženým sociálním vyloučením z důvodu předchozí ústavní nebo ochranné výchovy nebo výkonu trestu, osobám, jejichž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné osoby, a osobám, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností; přitom spolupracuje se zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, s Vězeňskou službou České republiky, Probační a mediační službou České republiky, správními úřady a územními samosprávnými celky. Na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí; v případě, že nelze služby sociální péče osobě poskytnout, sděluje neprodleně tuto skutečnost poskytovateli zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je osoba umístěna, a území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob; přitom spolupracuje s krajskou pobočkou Úřadu práce a krajským úřadem“.⁷⁹

Zákon o sociálních službách je důležitým nástrojem pro regulaci sociální péče v České republice a zajišťuje, aby lidé potřebující sociální pomoc měli přístup k odpovídajícím službám.

⁷⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §94

⁷⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §92.

Obce mají v rámci tohoto zákona významnou roli při poskytování služeb a přispívají tak k zabezpečení sociálního blaha občanů ve svém územní rozsahu.

3.3. Obce a komunitní plánování

Práce se v jedné z kapitol zabývá obcí jako komunitou. Ve smyslu obce a komunitní plánování je potřeba zdůraznit co je komunita jako taková. Komunita se obvykle definuje jako skupina lidí, kteří sdílejí určitou geografickou oblast nebo určité společné zájmy, hodnoty, tradice a kulturu. Tato skupina lidí může být různorodá a může zahrnovat jednotlivce, rodiny, organizace a společnosti. Z pohledu sociální práce ji dělíme na teritoriální, zájmovou komunitu a komunitu sdílející stejný problém. Tyto jednotlivé nám blíže specifikují cílovou skupinu, kde hledat problém, co je palčivé téma k řešení v rámci plánování a za jakým cílem se komunitní plánování bude vyvíjet.

Komunitní plánování je proces vedoucí k zajištění veřejných služeb. Komunitní plánování sociálních služeb je proces uváděný v souvislosti s rozhodováním o místní a typové dostupnosti sociálních služeb. Jedná se o proces, který pomáhá zajišťovat efektivní a účinné poskytování sociálních služeb. Vychází z potřeb a přání uživatelů. V plánování se uplatňuje princip participace, který zahrnuje zapojení zainteresovaných stran do sociálních služeb procesu plánování. Jedná se o tzv. triádu, zahrnující zadavatele plánu, poskytovatele služeb, uživatele a dále může zahrnovat různé odborníky, nevládní organizace a veřejnost. Zapojení všech zainteresovaných stran přispívá k širšímu porozumění potřeb a perspektiv a umožňuje vytvoření kvalitnějších a lépe přizpůsobených sociálních služeb. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí je důležité zdůraznit princip rovnosti: *„Každý má právo starat se o věci veřejné a společné, každý má právo se vyjádřit a každý má právo mluvit, nikdo nesmí být vylučován a diskriminován“*.⁸⁰

Plánování sociálních služeb by mělo být založeno na dostupných datech a analýze situace. Je důležité sbírat relevantní informace o demografických, sociálních, ekonomických a zdravotních charakteristikách populace. Důležitým principem komunitního plánování sociálních služeb je kontinuita a koordinace. To znamená, že by mělo být navázáno na existující sociální služby a infrastrukturu a mělo by přispívat k rozvoji služeb tak, aby bylo pokrytí všech

⁸⁰ Metodiky pro plánování sociálních služeb (MPSV, 2020, znění z roku 2020), [online]. 2020, [cit. 29. června 2023]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika_obecna.pdf/4d8a3004-0ff5-ee75-74df-c493f6f64132

potřebných osob. Důležitou součástí je koordinace mezi různými poskytovateli služeb, aby se minimalizovalo zdvojování práce a zajistila se efektivní a integrovaná péče. Bez pochyb se jedná o proces s trvalou evaluací a adaptací. Je důležité průběžně posuzovat účinnost a kvalitu poskytovaných služeb. Plánování by mělo být efektivní, mělo by umožňovat dosahování stanovených cílů a výsledků a mělo by být transparentní a mělo by být jasné, jaké služby jsou poskytovány, jaké jsou náklady a jaké jsou výsledky.

V současnosti je plánování sociálních služeb v České republice legislativně ukotveno v Zákoně o sociálních službách. „*Stát, má povinnost zajistit dostupnost sociálních služeb, a to prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí, které má v kompetenci zpracovávat národní strategii rozvoje sociálních služeb a sleduje a vyhodnocuje její plnění. Ministerstvo dále spolupracuje s kraji a společně určují parametry dostupnosti sociálních služeb.*“⁸¹

Na úrovni krajů je plánování sociálních služeb taktéž jasně definováno v Zákoně o sociálních službách. „*Kraj má povinnost zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území, zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracuje s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou. Kraj zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby. Informuje obce na území kraje o výsledcích zjištěných v procesu plánování. Při zpracování plánu kraj přihlíží k informacím obce o potřebnosti sociálních služeb, dále sleduje a vyhodnocuje plnění plánů rozvoje sociálních služeb za účasti zástupců obcí, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou sociální služby poskytovány. Informuje ministerstvo o plnění plánů rozvoje sociálních služeb a zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb.*“⁸² Kraj zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb.⁸³ Jedná se o dokument obce nebo kraje, který je výsledkem zpracování dat a analýz. Obsahuje analýzy území s vyšší či nižší vybaveností sociálních služeb.

Obec, přesto, že na základě zmíněného principu subsidiarity ve veřejné správě je nejnížší územní jednotkou, která je nejbližší ke svým občanům, nemá zákonnou povinnost zpracovávat komunitní plán sociálních služeb na svém území. Musí však spolupracovat s krajem a poskytovat základní informace o potřebách ve svém regionu. Problematiku spatřuji ve finanční

⁸¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §96.

⁸² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §95

⁸³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3, písm. h) – vymezení některých pojmů

náročnosti a personální nedostatečnosti. I když se dnes nabízí dotační tituly, mnohdy obce nedisponují personálním obsazením, které by bylo schopno získat finanční prostředky na tvorbu plánu, anebo je málo osob na zpracování. Zpracování komunitního plánu je velmi finančně, časově a personálně náročné. Aktéři, kteří jsou součástí organizační struktury jsou mimo zadavatele, což je Rada nebo Zastupitelstvo obce, také řídicí skupina, koordinační skupiny, pracovní skupiny, externí hodnotitel, monitorovací výbor a další. Malé obce nemají možnost do procesu plánování sociálních služeb zapojit tolik osob. Mnohdy také vedení obce ani nemá ambice se problematikou sociální práce ve svém regionu zabývat. Ponechávají tuto agendu zcela na vyšších územních celcích, na krajích.

V procesu komunitního plánování je nutné dodržovat stejnou metodiku v rámci kraje, protože jinak vedou různé metodiky k odlišným a obtížně porovnatelným výstupům. Jaký může být výstup, když není jednotná metodika anebo obec ani zpracovaný komunitní plán sociálních služeb nemá? V případě dlouhodobé péče se předpokládá, že se budou koncepčně plánovat zdravotní a sociální služby společně. V České republice bohužel tomu tak není. Každé ministerstvo, jak zdravotnictví, tak práce a sociálních věcí si plány zpracovávají odděleně, přesto, že v jiných zemích Evropské unie je tomu jinak a systém tam funguje dobře. Plánování obou resortů mohou být propojené a vzájemně se ovlivňovat. Zdraví obyvatel je klíčovým aspektem jejich celkového sociálního blaha, a proto je důležité zahrnout zdravotní péči do komunitního plánování sociálních služeb. Komunitní plánování sociálních služeb může zohledňovat zdravotní potřeby a přístup ke zdravotní péči v dané komunitě. Analyzování zdravotnických dat, identifikace rizikových skupin a potřeb zdravotní péče a zapojení obyvatel do rozhodovacího procesu jsou klíčové prvky tohoto plánování. Takové komunitní plánování může vést a vede ke spolupráci mezi poskytovateli zdravotní péče a poskytovateli sociálních služeb s cílem zlepšit koordinaci a poskytování zdravotně sociálních služeb. Spolupráce mezi oběma aktéry umožňuje lépe reagovat na potřeby komunity a zajistit, aby obě služby byly vzájemně propojeny a komplementární. Integrované přístupy, které spojují zdravotní a sociální aspekty, mohou vést k lepšímu zdravotnímu stavu obyvatel a celkovému sociálnímu blahu komunity. Mohou to být například preventivní programy, zdravotní výchova, podpora duševního zdraví nebo koordinační péče pro zranitelné skupiny.

V Evropské unii existuje důraz na rozvoj a podporu komunitního plánování sociálních služeb a zdravotnictví. Evropská komise mimo jiných iniciativ podporuje komunitní plánování sociálních služeb a rozvoj systému zdravotnictví v kontextu dlouhodobé péče prostřednictvím různých programů, finančních nástrojů a politik. Jedním z takových programů je Evropský pilíř

sociálních práv.⁸⁴ Evropský pilíř sociálních práv je politický dokument, který byl přijat Evropskou unií v roce 2017. Jeho cílem je posílit sociální práva a zlepšit sociální podmínky pro občany Evropské unie. Pilíř byl vypracován jako reakce na výzvy spojené s globalizací, technologickým pokrokem a změnami na trhu práce, které mají vliv na sociální soudržnost a rovnost ve společnosti. Evropský pilíř sociálních práv se opírá o 20 klíčových zásad a práv, která se týkají zaměstnání, pracovních podmínek, sociálního zabezpečení a sociálního začleňování. Na základě Evropského pilíře sociálních práv byl vytvořen Akční plán pro evropský pilíř sociálních práv.⁸⁵ Akční plán udává konkrétní iniciativy k realizaci evropského pilíře sociálních práv a navrhuje hlavní cíle pro Evropskou unii do roku 2030.

3.4. Veřejná správa a fundraising v sociálních službách

Fundraising v sociálních službách je proces získávání finančních prostředků a s ním spojené mechanismy financování pro podporu a rozvoj neziskových organizací a ostatních poskytovatelů sociálních služeb. Fundraising je klíčovým prvkem, který umožňuje těmto poskytovatelům financovat své aktivity a projekty, rozšiřovat rozsah svých služeb a dosahovat pozitivního vlivu na komunitu. Jak uvádí Vojtíšek, nákladovost sociálních služeb pro jednotlivce je vysoká a pro stát je není schopen plně krýt veškerou péčí pro veškeré obyvatelstvo využívající služeb sociální péče. Proto se na financování podílí více plátců. Financování je diversifikované a jednotlivé konfigurace podílu a práv při financování jsou v kompetenci jednotlivých států na základě politických rozhodnutí jejich aktérů. V současné době jsou hlavními zdroji financování uvedených služeb stát a veřejná správa, klient, popřípadě jeho blízcí a zdroje nestátních poskytovatelů, jako jsou dary nebo vlastní příjmy.⁸⁶

Z pohledu finančních toků se jedná o toky od veřejnoprávního subjektu ke klientovi (známé jako příspěvek na péči, za který si klient vybere službu a částečně či plně ji z příspěvku uhradí). V kontextu obce, jako garanta poskytování sociální péče pro své občany je nutné zmínit, že řízení o příspěvku na péči se zahajuje na základě žádosti. „*Pokud není osoba schopna jednat*

⁸⁴ European pillar of social rights, Secretariat-General (European Commission) z 14.11.2017 [online], [cit. 18.5.2023]. Dostupné z:

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/ce37482a-d0ca-11e7-a7df-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-62666461>

⁸⁵ Akční plán pro evropský pilíř sociálních práv – bod 18. Dlouhodobá péče: „Každý má právo na cenově dostupné a kvalitní služby dlouhodobé péče, zejména služby domácí péče a komunitní péče“.

Akční plán pro evropský pilíř sociálních práv – Zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování – Evropská komise, z 9. dubna 2021 [online], [cit. 20. května 2023]. Dostupné z:

<https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/cs/>

⁸⁶ VOJTÍŠEK, Petr. *Principy solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Universita Karlova, 2018. s. 34.

*samostatně a nemá zástupce, zahajuje se řízení o příspěvku z úřední moci [...] je k zahájení řízení o příspěvku zmocněn i orgán sociální správy, resp. obecní úřad obce s rozšířenou působností.*⁸⁷ Druhý tok financí jde od veřejnoprávní instituce (ministerstvo, kraj) k poskytovateli, na základě žádosti o dotaci na poskytování péče a finanční transfer od veřejnoprávní instituce (obec) k poskytovateli služeb jako provozní příspěvek na provozování činnosti a financování péče z vlastních zdrojů, např. z darů či vlastní výdělečné činnosti z vedlejší činnosti uvedené ve zřizovací listině poskytovatele.

Dotace ze státního rozpočtu jsou poskytovány Ministerstvem práce a sociálních věcí za základě Zákona o sociálních službách krajům, které následně přerozdělují finanční prostředky sociálním službám, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb, tedy poskytovatelů v regionu, a to na základě pověření.⁸⁸ Dotace na sociální služby jsou poskytovány pouze na uznatelné náklady, kterými jsou osobní náklady, náklady na energie, povinné školení pracovníků v přímé péči a ministerstvo do tohoto přerozdělování nijak nezasahuje. Proto ani vyúčtování dotací za dané období není řešeno s ministerstvem, nýbrž s krajem. Stát se potýká s problematikou reálného objemu finančních prostředků potřebných pro poskytování sociálních služeb ve srovnání s požadavky krajů. Legislativně není nikde v zákoně stanoven způsob, jak vyčíslit krajský požadavek v návaznosti na střednědobé plány, tedy požadavky sociálních služeb kraje. I když jsou poskytovatelům sociálních služeb k dispozici metodiky, jak požadavek na dotaci sestavit, reálná finanční podoba potřebnosti finančních prostředků vzhledem k vizím rozvoje služeb na základě střednědobých plánů je nereálná.

Pokud budeme hovořit o dlouhodobé zdravotně sociální péči v České republice, je péče podmíněna také finančními prostředky na poskytování zdravotní péče z Ministerstva zdravotnictví. „V České republice tak existují dvě skupiny výdajů, a to na dlouhodobě zdravotní péči a na dlouhodobě sociální péči. Dlouhodobě zdravotní péče zahrnuje tři formy výdajů. Na lůžkovou dlouhodobou péči za spoluúčasti na financování od zdravotních pojišťoven (služby dlouhodobého charakteru poskytované ve zdravotnických zařízeních, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením), na denní dlouhodobou péči (denní stacionáře, centra denních služeb, odlehčovací služba) a na domácí dlouhodobou péči (domácí zdravotní péče, pečovatelská služba, osobní asistence). Dlouhodobá sociální péče zahrnuje dvě formy výdajů. Služby asistenčního charakteru (dovážka nebo příprava oběda, pomoc při zajištění chodu domácnosti apod.) a peněžité dávky dlouhodobé

⁸⁷ KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. 2. vyd. Praha: C.H.BECK, 2013. s. 179.

⁸⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 101, odst. 3.

sociální péče (př. dávky pro osoby se zdravotním postižením a část výdajů na příspěvek na péči).“⁸⁹

Z výše popsaného vyplývá, že Česká republika využívá dotační model financování doplněný dalšími zdroji. Je to model, kdy několik subjektů je díky finanční spoluúčasti participováno na odpovědnosti za poskytování péče, a to včetně klienta samého, který pobírá příspěvek na péči. Bohužel každé dílčí financování není poskytováno v dostatečné výši tak, aby zcela pokryto náklady na péči a tím zajistilo plné řádné zajištění péče. Část nákladů se musí hradit z vlastních zdrojů nebo ze zdrojů jiných aktérů jako např. rodina, dárci nebo charita. Tímto však vzniká nejistota a nestabilita v zajištění finančního krytí péče a subjekty, které se na financování podílejí se zříkají odpovědnosti za správné poskytnutí péče a de facto se zříkají povinnosti za zabezpečení základních lidských práv při poskytování služeb. Dle názoru Vojtíška (2018) dochází ke střetu ekonomických zájmů se zájmy o naplňování práv klientů. Vzhledem k nastavení financování je nejefektivnějším klientem takový senior, který z důvodu vysoké závislosti na cizí pomoci přináší do zařízení možnost vysokého příjmu. V tomto případě dochází k přeměně integrity a osobnosti člověka v nositele hrazených výkonů, který je důležitý pro udržitelnost organizace. V tomto shledává autor etický problém a dále ve faktu, že tyto osoby jsou z důvodu svého stavu ohroženy na realizaci svých práv a možnost se za svá práva prosazovat je u nich minimální.⁹⁰

„Kvůli nejednoznačně a neměřitelně definované povaze lidských práv v legislativě sociálních služeb neexistuje u nás nástroj, který by řešil střet ekonomických zájmů se zájmy o naplňování práv klientů sociálních služeb.“⁹¹

Z tohoto se dá závěrem říci, že vícezdrojové financování na první pohled zajistí finanční krytí poskytování sociálních služeb v České republice, není však patrné, zda tento systém zajistí seniorovi v konečné fázi procesu konzumaci sociální pomoci v souladu s lidskými právy a lidskou důstojností, jako jednou ze zásad tzv. evropského sociálního modelu⁹², týkající se výkonu sociální práce a realizace péče poskytovatele sociální služby.

⁸⁹ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 216-217.

⁹⁰ VOJTÍŠEK, Petr. *Principy solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Universita Karlova, 2018. s.55.

⁹¹ VOJTÍŠEK, Petr. *Principy solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Universita Karlova, 2018. s.55.

⁹² Evropský sociální model – společné principy uplatňované v sociálních politikách států Evropské unie.

4. Dlouhodobá péče v zemích Evropské unie

Dlouhodobá péče je důležitým tématem v rámci Evropské unie a je často diskutována v souvislosti se stárnutím populace a zajištění adekvátní péče pro osoby s omezenou nebo úplnou soběstačností. Evropská unie se snaží podporovat a koordinovat politiky a opatření v dlouhodobé péči. Jedná se o složitý a komplexní problém, který vyžaduje komplexní přístup a spolupráci mezi různými aktéry.

Stejně jako Česká republika, tak i ostatní členské státy Evropské unie mají vlastní sociální politiku státu, různé modely organizací, které poskytují zdravotní a sociální služby, různé způsoby financování péče, regionální koncepty sociální a zdravotní politiky, různorodou socioekonomickou geografii i demografický vývoj. Co mají společné v dané problematice je etika a kodexy deklarovaná mezinárodními dokumenty, ale hlavně cílovou skupinu osob nebo jednotlivců, kteří potřebují konzumovat kvalitně poskytované zdravotně sociální služby v systému dlouhodobé péče. Společné rysy, které bychom mohli v rámci evropského kontextu dále spatřit je především rostoucí potřebnost péče, která významně ovlivňuje způsob financování poskytované péče, ale také situaci na trhu práce spojenou s větším zabezpečením profesionálních pracovníků v pobytových zařízeních i v terénní péči a obzvláště důležitou podporou neformálních pečujících.

Problematikou některých států Evropy je zvýšený počet osob nejstarší věkové skupiny, rozpad vícegeneračního soužití v rodinách a zvyšující se věková hranice odchodu do starobního důchodu. Důsledkem je absence rodinných pečujících, zvýšení nároků na poskytovatele pobytových zařízení a zvýšená nákladovost pro stát při snížení kvality poskytované péče v přirozeném domácím prostředí. Za takovéto situace se nabízí zamyslet se nad možným řešením situace. Např. zohlednit finanční podporou neformální pečující a vyzdvihnout společenské uznání jejich péče a další mnohdy málo řešené problémy.

Dle názoru Průši se jeví jako nejvíce řešitelné samotné financování a nákladovost zdravotně sociálních služeb. V evropských zemích existuje několik způsobů financování zdravotně sociální péče. V některých, především v severských zemích jsou tyto služby financovány z daní v rámci systému sociální péče. V dalších zemích, např. v Německu, jsou pak služby financovány prostřednictvím zvláštního systému sociálního pojištění. Jinde je dlouhodobá péče financována v rámci systému zdravotnictví. V některých zemích univerzální pokrytí zahrnuje pouze část nákladů na péči nebo pouze některé formy či druhy péče, ve většině zemí je poskytnutí dávky nebo služby podmíněno příjmovou situací příjemce péče. Pouze ve Velké Británii jsou služby poskytovány v rámci programů sociální pomoci, které jsou určeny pouze

pro osoby s nízkým příjmem. Ve Francii například, a v mnoha dalších zemích Evropy je financování této péče ze soukromého pojištění. Jako nejefektivnější se jeví univerzální způsob financování služeb každého státu, a to díky nejistotě, kdy a jak dlouho bude občan zdravotně sociální služby potřebovat.⁹³

„Řada zemí Evropy se snaží najít cestu, jak náklady na péči snížit. V tomto smyslu se často hovoří o tzv. adresném univerzalizmu, kdy jsou dávky a služby cíleny především na osoby s největší potřebou péče. Tento přístup vyžaduje tři aspekty, které musí být definovány, a to hranice, která opravňuje uživatele k nároku na službu či dávku, míra finanční spoluúčasti a přímých plateb ze strany uživatelů a míra pokrytí, tj. stanovení typů služeb, které budou do systému zahrnuty.“⁹⁴

Co je potřeba rozlišit je rozdílnost výše nákladů na poskytnutou zdravotně sociální péči v pobytových zařízeních a domácím přirozeném prostředí. V zemích, kde jsou malé obce daleko od větších měst, kde se koncentruje většina zdravotních a sociálních poskytovatelů, je nákladovost na terénní péči vyšší než v zemích, které mají méně měst a obcí s větším počtem obyvatel. V těchto je pro změnu nákladovost spojená s péčí ve zdravotnických zařízeních a v pobytových sociálních zařízeních mnohem vyšší než v terénních službách. V návaznosti na zmíněné a v souvislosti s územněsprávním uspořádání je jistě je k zamyšlení, zda je péče poskytována v dostatečné míře, jaká je kvalita poskytované péče v jednotlivých uspořádání a zda je s tímto uspokojen i pracovní trh v zemi.

Vše doposud uvedené v úvodu kapitoly poukazuje na rozmanitost systémů financování a poskytování péče v různých zemích Evropy. Je potřeba se detailněji podívat na veřejnoprávní solidaritu v sociální péči v evropském kontextu, neboť právě princip veřejnoprávní solidarity představuje základní princip, který slouží jako základní kámen pro vytváření spravedlivého, inkluzivního a sociálně spravedlivého prostředí pro všechny občany a fungujícím systémem financování péče.

4.1. Veřejnoprávní solidarita v sociální péči v Evropě

„Jedním ze základních způsobů vytváření rovnosti v důstojnosti, svobodě a právech je uplatnění lidské solidarity a z ní se odvíjející občanské soudržnosti s těmi skupinami, jež jsou tak či onak sociálně hendikepovány podmínkami svého života a jsou proto ohroženy sociálním

⁹³ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 34.

⁹⁴ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 35.

poklesem, chudobou, případně i sociálním vyloučením.“⁹⁵ Veřejnoprávní solidarita v sociální péči se projevuje ve formě poskytování finanční prostředků a zdrojů pro instituce, které se poskytují sociální služby všech druhů. Tím se zajišťuje, že lidé v potřebě mají přístup k podpůrným programům, lékařské péči, sociální dávkám, bydlení a dalším službám, které umožňují důstojný život. Veřejnoprávní solidarita také zahrnuje ochranu práv a důstojnost uživatelů péče, rovné zacházení a nediskriminaci. Důležitým aspektem solidarity je také zapojení a spolupráce mezi aktéry, kteří se na poskytování nejrůznějším způsobem podílejí včetně vlády, neziskových organizací, komunitních skupin a občanské společnosti. Dle Vojtíška, pod pojmem sociální služby v evropských zemích lze nalézt širokou oblast sociální politiky, ale s jistým zobecněním můžeme definovat čtyři modely fungování, které veřejnoprávní solidarita uplatňuje. Jedná se o politicko-geografickou typologii sociálních států.⁹⁶

4.1.1. Modely systémů dlouhodobé péče

V 90. letech minulého století bylo do obecných sociálních modelů evropských zemích začleněno několik sociálních modelů systému financování zdravotně sociální péče. Mezi zeměmi Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), aplikující převážně některý jeden ze čtyř základních modelů financování dlouhodobé péče, lze pozorovat typické rozdíly. Identifikují se čtyři základní sociální modely: model liberální, model konzervativní (označován také jako model křesťansko-demokratický), model sociálně-demokratický a model neoliberální.

Model liberální

Klasický liberální model dnešní sociální politiku neuznává. Minimalizuje zásah do hospodářství a ve své podstatě propaguje, že každý z nás se má o sebe postarat sám. V případě ústavní péče existovaly v minulosti výjimky jako sirotčince, starobince a blázince. Model pochází z chicagské ekonomické školy. Jeho myšlenkou je v rámci svobodného trhu alokovat zdroje a rozdělovat příjmy. Soukromé zdravotní pojištění nebo pojištění dlouhodobé péče má své konstrukční prvky. Soukromá pojišťovna si před sjednáním pojistné smlouvy důkladně zjišťuje zdravotní stav klienta a při vysokém riziku smlouvu ani neuzavře. Pro klienty je obecně uznáváno jako velmi významné, ale také velmi finančně nákladné.⁹⁷

⁹⁵ PETRÁŠEK, Josef. *Sociální politika*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. s. 19.

⁹⁶ VOJTÍŠEK, Petr. *Principy solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Universita Karlova, 2018. s.45.

⁹⁷ VOSTATEK, Jaroslav. *Modely financování dlouhodobé péče*. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 2.

Moderní liberální model prezentuje sociální pomoc jako metodu sociálního zabezpečení. Rozhodující roli v poskytování dlouhodobé péče hraje rodina, přátelé, známí či charita. Pokud jsou osoby, v tomto případě senioři, poživateli starobního nebo jiného důchodu, tento důchod slouží k částečné nebo plné úhradě nákladů dlouhodobé péče. Koncepce financování dlouhodobé péče by měla navazovat na koncepci financování zdravotní péče. Měla by být nadstavbou nad financování zdravotní péče a starobních i invalidních důchodů. Liberální systém se umí postarat o nejchudší vrstvu nesoběstačných osob, problém je, jak se staví k jiným nízkopříjmovým skupinám obyvatelstva. U těchto skupin vyžaduje a priority využití svých aktiv k financování dlouhodobé péče. Dvěma představiteli tohoto modelu financování dlouhodobé péče jsou USA a Velká Británie. Jak Vostatek uvádí, Velká Británie vychází u zdravotní péče ze sociálně demokratického modelu a dlouhodobá péče je samostatnou částí sociálního systému a je postavena na liberálním konceptu. Tento model financování dlouhodobé péče primárně využívá systému sociální pomoci poskytované místní veřejnou správou. Dávky sice jsou předmětem sociálního systému, neřeší však problematiku financování dlouhodobé péče. Dle liberálního modelu se klade důraz na testování příjmů a majetku klientů péče. V některých oblastech sociální politiky mají k němu blízko Dánsko a Švýcarsko.⁹⁸

Model konzervativní (model křesťansko-demokratický)

Typické pro tento model je rozmanitost sociálního zabezpečení každé sociální skupiny zvlášť. Nejvíce používaná metoda sociálního zabezpečení zaměstnanců je sociální pojištění. V praxi je používána zásada ekvivalence neboli rovnocennosti a zásada sociální solidarity. V případě zásady ekvivalence je pro všechny účastníky daného systému jednotné uplatnění peněžitých dávek sociálního pojištění tak, že samotná dávka je přímo úměrná výši zaplaceného pojistného. Zásada solidarity se uplatňuje v rámci daného souboru rizik a jejich účastníků, kdy účastníci jsou všichni příslušní zaměstnanci. Tento model se opírá o princip subsidiarity. Model prošel v uplynulých letech proměnami. Vrchol změn dosáhl v německém systému sociálního pojištění, kde jako pátý pilíř systému sociálního pojištění bylo zavedeno pojištění dlouhodobé péče. Argumentem pro zavedení tohoto systému bylo převedení financování dlouhodobé péče z obce na jiné instituce. Primárně je dlouhodobá péče chápána jako odpovědnost rodiny a rodina je vnímána jako základ společnosti. Stát nastupuje v případě, kdy rodina potřeby péče nedokáže zajistit. Jak Vostatek uvádí, konzervativní model financování dlouhodobé péče řeší analogicky zdravotní péči. Po zdravotní péči nastupuje dlouhodobá péče. Vedle Německa jsou propagátory konzervativního modelu i Rakousko, Belgie, Francie či Lucembursko. V zemích Organizace

⁹⁸ VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 3.

pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) tento model financování dlouhodobé péče nepřevažuje.⁹⁹

Sociálně-demokratický model

Sociálně-demokratický model se zaměřuje na poskytování univerzálních dávek a veřejných služeb. Nedílnou součástí tohoto modelu je i univerzálně poskytovaná zdravotní péče pro všechny občany, stejně jako její rozpočtové financování z obecních daní. Model je výchozí koncepcí spojen s poskytováním veřejných služeb, zdravotní péče a dlouhodobé péče a je aplikován ve všech skandinávských zemích. V tomto modelu se využívá tržních nástrojů. Do systému začali být zapojováni podnikatelé, praktičtí lékaři, soukromé společnosti a neziskoví poskytovatelé dlouhodobé péče. V minulosti se praktikovalo, že zdravotní péče má být poskytována každému v plném rozsahu a kvalitě, dnes se uplatňuje nový tzv. univerzalismus, podle kterého je možné poskytovat jen základní péči jako balík základní zdravotní péče. Při posuzování potřebnosti poskytování péče se nebere zřetel na aktiva občanů. Švédsko je typickým příkladem země s cílem poskytovat dlouhodobou péči v co nejlepší kvalitě tak, aby se občan senior mohl účastnit a aktivně angažovat v občanském i osobním životě, a to co nejdéle. Tento model financování dlouhodobé péče nemá ve srovnání s jinými modely žádné zásadní problémy a je uplatňován i v zemích Norsko a Finsko.¹⁰⁰

Neoliberální sociální model

Model deklaruje výrazné státní zásahy, které vytváří konkurenční prostředí vč. potřebného sociálního zabezpečení. Charakteristickým rysem jsou vysoké náklady na zdravotní péči. Základním prvkem neoliberálního modelu je povinné soukromé zdravotní pojištění. Výše pojistného není závislé na výši výdělků občana. Soukromá zdravotní pojišťovna nesmí nikoho odmítnout a nezohledňuje zdravotní riziko. se svým sociálním nemocenským pojištěním. Cílem povinného zdravotního pojištění je poskytování kvalitní zdravotní péče pro všechny občany, sociální solidarita v podmínkách pojistného a nezvyšování nákladů. Financování dlouhodobé péče v tomto modelu obsahuje podmínku povinného soukromého pojištění s velkou spoluúčástí klientů a paušální pojištění. Typickou zemí s neoliberálním sociálním modelem je Švýcarsko, kde význačná část dlouhodobé péče je péčí zdravotní. Částečně se v segmentu soukromého zdravotního pojištění nachází i Německo.¹⁰¹

Česká republika je mixem výše zmíněných typů. Tento mix dle Vojtíška, je dán především dvěma argumenty:

⁹⁹ VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 5.

¹⁰⁰ VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 8.

¹⁰¹ VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 10.

- a) „Zařazení České republiky k ideálnímu typu sociálního státu je velice obtížné, protože moderní veřejná sociální politika po roce 1989 byla utvářena na základě různých vlivů – sociální práce na základě nizozemských a britských zkušeností, sociální pojištění navazovalo na českou tradici poválečnou v korporativní podobě, veřejné zdravotní pojištění [...] vznikalo po vzoru Německa atd. [...] Česká republika je charakteristická tím, že nemá jednotnou vizi a vytváří spíše kompilát opatření, která se za běhu zdokonalují“.
- b) „Je nutné brát v úvahu, že model národních sociálních států se utváří cca 150 let za přítomnosti více či méně stabilního politického prostředí (války vs. účast v nadnárodních strukturách). Navíc v jednotlivých zemích byl vývoj sociálních států ovlivněn náboženskou tradicí, typem pojetí práva, [...], sociodemografickou strukturou i geografickou povahou. Z toho důvodu není vhodné převzít jakýkoliv typ správy a uměle ho implementovat na naše podmínky“.¹⁰²

Společným znakem všech výše uvedených typů jsou hlavní principy zakotvené v primárním právu Listiny základních práv Evropské unie¹⁰³ a tyto principy jsou označovány jako evropský sociální model.

Spolu se sociálními modely financování dlouhodobé péče je potřeba hovořit i o tzv. univerzálním příspěvku na dlouhodobou péči. Jak uvádí Vostatek, v České republice příspěvek na péči nahradil dvě sociální dávky, a to zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek na péči o blízkou nebo jinou osobu, a to již v roce 2007. Hlavní ideou zavedení příspěvku na péči bylo směřovat finance přímo ke klientovi, nikoli poskytovateli. Toto je jeden z trendů v zemích Evropské unie, ale není jasně definováno, z jakého konceptu financování dlouhodobé péče vychází. Je proto příliš paušální formou sociálního zabezpečení.¹⁰⁴

Vostatek konstatuje, že financování dlouhodobé péče v Evropě je ve většině případů praktikováno věcnými dávkami dlouhodobé péče, nebo peněžitými dávkami dle stupně závislosti a způsobu poskytování služeb, to vše s finanční spoluúčastí klientů. Všeobecně by finanční zajištění dlouhodobé péče mělo navazovat na financování zdravotní péče a mělo by

¹⁰² VOJTÍŠEK, Petr. *Principy solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Universita Karlova, 2018. s.48.

¹⁰³ LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV EVROPSKÉ UNIE, Úřední věstník Evropské unie (2012/C 326/02) z 26.10.2012 [online], [cit. 15.června 2023]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT>

¹⁰⁴ VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 15.

být koncepčně navázáno na celkový systém peněžitých dávek. V České republice tomu tak není.¹⁰⁵

Přestože jsou modely organizace, financování a řízení dlouhodobé péče rozdílné, lze najít společné znaky napříč státy Evropské unie. Jako prvořadá je rostoucí potřeba dlouhodobé péče, která se výrazně projevuje ve způsobech financování péče. Tento jev bude vyžadovat zásadní změnu ve financování poskytování služeb.

Jako žádoucí se jeví přechod k univerzálnímu systému financování této péče a bude kladen větší důraz na efektivnější využívání finančních prostředků. Dalším společným znakem je s rostoucí potřebou dlouhodobé péče také potřeba kvalifikovanějšího personálu, a tím bude výrazně ovlivněn trh práce.¹⁰⁶

Spolu se společnými znaky jsou tu i společné výzvy, a to především podpora rodinných pečujících.

Dlouhodobá péče má velmi blízko ke zdravotní péči a měla by být v kompetenci resortu zdravotnictví, nejlépe v kompetenci resortu zdravotnictví a sociální věci. Financování dlouhodobé péče lze modelově řešit jako zdravotní péči a příspěvek na péči, jako univerzální peněžitá dávka je svým způsobem jednou z forem sociálního zabezpečení a měla by být součástí koncepce financování dlouhodobé péče. Vzhledem k tomu, že v České republice fungují resorty odděleně, je celkový systém peněžitých dávek v kontextu dlouhodobé péče řešen nekonceptně.

4.2. Systém dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice

V mnoha zemích Evropy je systém dlouhodobé péče legislativně zakotven v různých zákonech dané země a sociální služby a zdravotní péče jsou součástí jednoho resortu. V České republice byl první návrh legislativní úpravy systému dlouhodobé zdravotně sociální péče koncipován již v roce 2011, a to v rámci Návrhu věcného záměru zákona¹⁰⁷ upravujícího řešení dlouhodobě sociálně zdravotní péče, ten byl však zamítnut. Tento návrh poukazoval na to, že systém pracuje na úrovni celostátní i regionální izolovaně bez koncepčního řešení, proto finančně zcela neefektivně. Příkladem byla nepotřebná hospitalizace občanů, kteří mohli

¹⁰⁵ VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 18.

¹⁰⁶ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 28.

¹⁰⁷ Návrh zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči, MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY [online], [cit. 1. března 2023]. Dostupné z:

https://icv.vlada.cz/assets/ppov/lrv/ria/databaze/MSPV-por--c--2_2012.pdf

pobírat potřebnou péči v pobytových sociálních zařízeních nebo setrvat v domácím přirozeném prostředí s dopomocí domácí zdravotní péče a péče sociální terénní. Další problematikou byl tržní princip uplatňovaný ve zdravotnictví. Cílem systému bylo vytvořit zisk, oproti tomu oblast sociálních služeb se soustřeďovala, a je tomu i nadále, na zajištění sociální péče, základních lidských práv a svobod jednotlivců a podpora rozvoje jejich samostatnosti tak, aby nesetřávali v dlouhodobé nepříznivé sociální situaci.

Dle demografického trendu v České republice je predikce taková (viz kapitola 1.3, Socioekonomická geografie a demografický vývoj, jejich vliv na kontext sociálního prostředí), že v roce 2050 dojde k tak velkému nárůstu počtu osob starších 65 let a 80 let, a tím k nárůstu počtu příjemců příspěvku na péči, což se výrazně dotkne finanční politiky státu, kterou v dnešní době s výhledem do budoucna v horizontu téměř čtvrt století nedokážeme nadefinovat. Souměrně s tímto faktem však nedojde k nárůstu lůžek v pobytových zdravotnických zařízeních ani nárůstu lůžek v pobytových sociálních službách. Je tedy zřejmé, že je nutné směřovat k reformě systému poskytování zdravotní a sociálních služeb v České republice, k rozvoji a podpoře terénních služeb, k nastavení finančního systému dlouhodobé zdravotně sociální péče, a to zejména na regionální a místní úrovni prostřednictvím účinné koordinace poskytovaných služeb obou resortů, ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Nastavení systému bude jistě nutné ze strany místní veřejné správy a jimi zřizovanými subjekty spolu s neformálními pečujícími a komerčními subjekty.

*„Stárnutí populace vytváří celou řadu tlaků na zdravotní i sociální systémy, které se budou v dalších letech nadále zvyšovat. To s sebou přináší očekávání, že v příštích desetiletích lidé s omezenou soběstačností budou poptávat více zdravotních a sociálních služeb. Pro udržitelnou zdravotní a sociální péči v blízké budoucnosti hraje zcela zásadní roli rozvoj primární péče, zejména efektivní domácí zdravotní a sociální péče navazující na péči nemocniční.“*¹⁰⁸

Následující kapitoly se budou detailněji zabývat rozbořením terénních a pobytových zdravotně sociálních služeb v České republice. Terénní a pobytové zdravotně sociální služby jsou jedním z významných a pokud jsou systematicky a kvalitně prováděny, tak i účinných nástrojů pro předcházení sociálnímu vyloučení jednotlivců, rodin a různých sociálních komunit.

4.2.1. Domácí zdravotní a ambulantní paliativní péče

V oblasti péče o seniory se setkáváme s dříve uvedeným pojmem primární péče. Tato primární péče se seniorem souvisí ohledně ochrany zdraví, prevencí onemocnění, léčení a

¹⁰⁸ KŘÍŽOVÁ, Eva. *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha. Universita Karlova, 2023. 217 s. s. 136.

rehabilitací. Domácí péče¹⁰⁹, známá pod pojmem „home care“¹¹⁰, je nedílnou součástí komplexu poskytovaných služeb při snaze pomoci setrvat uživateli, který většinou spolu s domácí zdravotní péčí konzumuje také terénní pečovatelské služby, v pohodlí a důvěrnosti v jeho přirozeném domácím prostředí.

Charakteristika domácí péče je popisována jako zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, pro následnou zdravotní péči v jejich domácím přirozeném prostředí, pouze na základě indikace lékaře bez jeho přítomnosti. Jedná se o zdravotnické služby poskytované pacientům doma. Zdravotní péče je vykonávána zdravotními sestrami. Sestra v tomto případě nese plnou zodpovědnost za kvalitu poskytované péče. Manažerskou roli v multidisciplinárním týmu plní vrchní sestra. Vrchní sestra je zodpovědná za koordinaci návštěv, kontrolu zdravotní péče a legislativní rámec poskytování služeb. Je také zodpovědná za dodržování etických norem a dodržování etického kodexu Práva pacientů¹¹¹. Péče je poskytována za účelem pomoci návratu zdravotní kondice, udržení zdravotního stavu nebo za účelem podpory a péče při umírání, v tomto případě se jedná o domácí paliativní péči.

Domácí zdravotní péče je dostupná 24 hodin denně, 365 dní v roce. Hlavní výhodou oproti hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení je lepší psychika klienta, a to díky setrvání v domácím prostředí, neomezenému kontaktu s rodinou či přáteli a vyloučení rizika nozokomiálních nákaz.¹¹² Péče je určena pacientům v pooperačním a poudrazovém stavu nebo plní funkci preventivní. Prevencí by se mělo předejít progresi onemocnění nebo zabránění opakovaných klinických příhod. Její součástí je pravidelná kontrola fyziologických hodnot a odběrů biologického materiálu.

„Dalším rozvíjejícím zdravotním oborem je domácí hospicová péče, také péče v závěru života. Jednoznačná a všemi přijímaná definice paliativní péče však dodnes neexistuje. Různé definice se zpravidla shodují v tom, že paliativní péče spočívá v mírnění a prevenci utrpení a zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v individuálním přístupu ke specifickým

¹⁰⁹ Koncepce domácí péče, Ministerstva zdravotnictví ČR z 4. května 2021 [online]. [cit. 10. června 2023]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

¹¹⁰ Home care – služby domácí zdravotní péče poskytované prostřednictvím veřejných zdravotních systémů, soukromých agentur, neziskových organizací nebo kombinací těchto zdrojů financování.

¹¹¹ Práva pacientů ČR, Ministerstvo práce a sociální věci ČR, z 25. února 1992 [online]. [cit. 5. června 2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

¹¹² Nozokomiální nákaza je infekce, která propukne v souvislosti s poskytovanou zdravotnickou péčí během hospitalizace. Za nozokomiální nákazu není považována infekce, kterou byl pacient do zdravotnického zařízení přijat.

potřebám umírajících.“¹¹³ Tomeš uvádí, že rozlišující znak mezi paliativní a hospicovou péčí je ten, že paliativní péče se zabývá všemi zdravotními aspekty dlouhodobé péče o nevléčitelné pacienty a hospic se soustřeďuje pouze na terminální stadium nevléčitelných nemocí.¹¹⁴ Paliativní péče se v České republice dlouhou dobu postupně rozvíjela převážně se zaměřením na onkologicky nemocné pacienty a jejich blízké osoby. V posledních letech se domácí paliativní péče otevírá i dalším skupinám osob jako jsou senioři, kteří využívají jiné formy pomoci, a to i sociální péči. Tím se rozrůstá tzv. zdravotně sociální pomezí.

Podle komplexnosti služeb bývá paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou. Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popřípadě ve spolupráci s ambulantními specialisty, s agenturou domácí ošetrovatelské péče a domácí pečovatelské služby. Větší část z celkového objemu paliativní péče poskytnuté v rámci primární péče má charakter obecné paliativní péče. Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže a svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý. Specializovaná domácí paliativní péče, tzv. domácí nebo mobilní hospic není v českém zdravotnickém systému zcela vyvinuta, ba dokonce v některých oblastech republiky nedostatečně zajištěna. Stejně tak i specializované ambulance paliativní medicíny či denní stacionáře paliativní medicíny. Pro praktické lékaře to znamená, že v řadě případů musí paliativní péči svým pacientům poskytovat bez možnosti konzultace nebo překlady do specializovaného paliativního zařízení. Pro praktické lékaře z toho také vyplývá, aby dobře ovládali základy paliativního přístupu i jednotlivé dílčí léčebné postupy. Základní princip domácí paliativní péče je dostupnost péče 24 hodin, 365 dní v roce. Pacient a jeho rodina nebo jeho nejbližší přátelé jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem by se měli podílet na tvorbě plánu péče. Součástí domácí paliativní péče je účinná péče o tělesný, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho blízké rodiny. Předpokladem pro poskytování péče je

¹¹³ PECHOVÁ, Karolína a kol. *Paliativní péče v rezidenčních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. s. 28.

¹¹⁴ TOMESŠ, Igor a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. s.13.

to, že pacient si přeje zůstat v domácím prostředí a zná svůj zdravotní stav, stejně tak ho zná i rodina a rodina se chce podílet na společné domácí péči. Je důležité, aby byl sestaven plán péče s dosažitelnými cíli léčby. Základem paliativní péče je průběžné hodnocení a léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů. V případě potřeby by měl být konzultován specialista na jednotlivé symptomy např. algeziolog¹¹⁵, onkolog, radioterapeut, ortoped, nutriční specialista, fyzioterapeut atd. Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje především na péči o pokožku, prevenci proleženin a polohování, nutriční péči a poradenství, péči o vyprazdňování, o pitný režim, o dutinu ústní a dýchací cesty. Situace pokročilého onemocnění představuje pro pacienty a jeho blízké velkou psychickou zátěž. Je třeba pravidelně hodnotit u všech přítomných jejich psychický stav, psychické reakce jako je stres, obavy z budoucnosti a psychické jevy jako těžké deprese nebo sebevražedné myšlenky. Předmětem psychologického hodnocení by mělo být pacientovo chápání nemoci a rovněž podpora strategií, pomocí kterých se pacient se svou těžkou situací vyrovnává: náboženství, umění, relaxace atd. Součástí paliativní péče je kompletní zhodnocení sociální problematiky, které zahrnuje rodinné vztahy, kulturní vazby pacienta, jeho komunikační zvyklosti, finanční a životní podmínky, dostupnost laických poskytovatelů péče, dostupnost potřebného domácího vybavení. Zdravotníci by měli respektovat a případně pomáhat zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny, a to především při umírání a po smrti. Péče musí být poskytována v souladu s etickým kodexem České lékařské komory¹¹⁶ a právním řádem České republiky. Protože paliativní péče v terminální fázi často nabývá na intenzitě, je třeba včas rozpoznat a adekvátně reagovat na vzniklé situace, např. posílením přítomnosti laických pečovatelských nebo rodiny, častější návštěvy sestry domácí zdravotní péče nebo domácí návštěvy lékaře. Je třeba, aby společně s pacientem a rodinou byl vytvořen plán řešení krizových situací mimo pracovní dobu, koho volat, kdo bude nápomocen zvládat zhoršenou situaci. Také je vhodné mít předem domluvený postup v případě úmrtí pacienta v mimopracovní době.¹¹⁷

Financování domácí zdravotní a ambulantní zdravotnické paliativní péče probíhá z veřejného zdravotního pojištění. Odborností domácí zdravotní péče je odbornost 925 zdravotní sestra domácí zdravotní péče a odborností ambulantní zdravotnické paliativní péče je odbornost 926 zdravotní paliativní sestra. Tyto odbornosti jsou součástí Seznamu zdravotních

¹¹⁵ Algeziologie je lékařská věda zabývající se léčbou chronické bolesti, která často doprovází onemocnění pohybového aparátu.

¹¹⁶ Etický kodex České lékařské komory (1996, znění z r. 2007), [online]. 2021, [cit. 21. ledna 2023]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekaraska_etika/web/pages/priloha5_eticky_kodex_CR.html

¹¹⁷ SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. s. 2-3.

výkonů s bodovými hodnotami. Její výkony jsou členěny na časové tzv. ošetrovatelské návštěvy, materiálové a bonifikační, to znamená úhrada za práci v noci, ve dnech pracovního volna a klidu.¹¹⁸ Problematika financování domácí zdravotní péče spočívá především ve stanovení výše úhrad a hodnoty bodu, která je nižší, než hodnota výše úhrad a hodnoty bodu za stejné výkony v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Podíváme-li se na již jednou zmíněný Etický kodex Práva pacientů, který je souborem zásad a pravidel, které slouží k ochraně práv a zájmů pacientů v rámci poskytování zdravotní péče, je nutné zdůraznit, že přestože je senior v domácím přirozeném prostředí, je de facto stále pacientem svého praktického lékaře, či odborných lékařů a má tedy stejná práva, jako pacienti hospitalizovaní ve zdravotnickém zařízení. Např. právo na informace o svém zdravotním stavu, možnost rozhodovat o své péči nebo rovný přístup ke kvalitní zdravotní péči. Tento Etický kodex Práva pacientů je obzvláště důležitým souborem zásad a pravidel při poskytování „péče v závěru života“¹¹⁹ a mnohdy není respektován vůbec. „Z hlediska charakteru zdravotní péče, která je pacientům v tomto období poskytována, jsou pro toto období typické časté návštěvy praktického lékaře a odborných ambulancí, opakované hospitalizace, léčba v prostředí intenzivní péče (ARO/JIP), častější zásahy a převozy zdravotnickou záchrannou službou. Kvalita a efektivita této péče zatím v České republice nebyla systematicky analyzována (...) výzkumné sondy naznačují, že je zdravotní péče o pacienty v závěru života často špatně koordinovaná, nepřiměřeně intenzivní, nemá ujasněné léčebné cíle, probíhá bez znalosti hodnot a preferencí pacientů a jejich blízkých. Ve svém důsledku se pak stává neefektivní a může být významným zdrojem utrpení a frustrace pacientů, jejich blízkých, ale i zdravotníků.“¹²⁰ Tedy kvalitní zdravotní péči o seniory v jejich přirozeném domácím prostředí, ale v souladu s etickými kodexy, právy občanů a zachovanou důstojností člověka, neboť „důstojnost patří k nezákladnějším hodnotám lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotních či sociálních služeb“.¹²¹

Orientace na rozvoj domácí zdravotní péče a domácí paliativní péče znamená efektivní a kvalitní zdravotní péči poskytovanou seniorům v jejich přirozeném domácím prostředí.

¹¹⁸ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 101/2002 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

¹¹⁹ Péče v závěru života – je souhrnné označení pro zdravotní intervence, které probíhají v posledních měsících nebo dnech jeho života.

¹²⁰ KUŘE, Josef a kol. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha. Academia, 2022. s. 27.

¹²¹ KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2019. s. 32.

4.2.2. Terénní služby v systému sociálních služeb

Terénní služby v sociální oblasti lze definovat jako komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku se zdravotním postižením nebo seniorům zvládnout s pomocí profesionálních pracovníků, jako jsou sociální pracovníci, osobní asistenti, pečovatelé ty úkony, které již z části nebo úplně sám nezvládá. Jedná se o úkony v péči o svoji osobu, asistenci při každodenních úkonech a sociální podporu. Tato péče napomáhá k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, které nepotřebují pomoc zdravotní lůžkovou péčí. Jedná se o sdílenou péči, propojení profesionální pečovatelské služby nebo osobní asistence s domácí zdravotní péčí, ambulantní hospicovou péčí, neformální péčí s dalšími přidruženými službami. Jedná se o základní pilíř péče a nejlepší možnost, jak se postarat o tyto osoby se zachováním jejich důstojnosti a kvality života, rozvoj osobní samostatnosti v jejich přirozeném domácím prostředí, čímž se naplňuje právní definice služeb sociální péče dle Zákona o sociálních službách.¹²²

V rámci služeb sociální péče tuto sociální službu primárně zajišťuje pečovatelská služba a sociální služba osobní asistence. Hovoříme tedy o základní sociální službě v systému sociální péče.¹²³ Zákon o sociálních službách definuje sociální péči následovně: „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí*“.¹²⁴

Pečovatelská služba nepatří ke službám kontroverzním, jednotlivci i osoby v komunitách jí respektují a jednotlivci i rodiny ji využívají v momentě, kdy jejich síly již nestačí ke svépomoci. Pomoc v tuto chvíli primárně zajišťuje obec, která se snaží udržet soudržnost komunity svého území a zdravé klima ve společnosti. Má se na mysli zdravé klima v podobě jistoty pro řešení situace, která běžně nastává v rodinách, kde se nachází senioři či zdravotně znevýhodnění občané. Je to obec nebo dobrovolný svazek obcí¹²⁵, která má v kompetenci zajištění sociální péče, konkrétně zajištění pečovatelské služby na svém území. Obec tak koná samostatně nebo v rámci meziobecní spolupráce.¹²⁶ Jsou varianty, kdy obec je sama registrovaným poskytovatelem pečovatelské služby a plní všechny povinnosti poskytovatele vyplývající ze

¹²² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §2, odst.2

¹²³ Vedle služeb sociálního poradenství a sociální prevence

¹²⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §38

¹²⁵ Zákon č.128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), §50 odst. a)

¹²⁶ Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), § 46

zákona o sociálních službách nebo je obec zřizovatelem příspěvkové organizace či jiné právnické osoby, jejímž prostřednictvím je sociální služba poskytována. V rámci meziobecní spolupráce samotné poskytování sociální služby zahrnuje plánování, poskytování a koordinaci sociální služby s finanční spoluúčastí, která však není pro všechny obce povinná.¹²⁷ Meziobecní spolupráce pouze umožňuje sdílení finančních zdrojů a vzájemnou spoluúčast na financování sociálních služeb. Z praxe je známo, že právě toto je častým problémem spolupráce v rámci obcí s rozšířenou působností, některé obce tuto spoluúčast na financování sociálních služeb odmítají.

Konkrétní podoba ambulantní nebo terénní pečovatelské služby je definována Zákonem o sociálních službách a zajišťuje základní činnosti: „*pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*“.¹²⁸

Jeřábek uvádí, pečovatelská služba ve své šíři zahrnuje všechny úrovně péče. Podpůrná péče, která je časově, fyzicky i psychicky méně náročná obnáší např. doprovod k lékaři nebo doprovod při nakupování, jednání na úřadech a poskytuje se nepravidelně, dle potřeby. Náročnější péče je tzv. neosobní péče. Patří sem dopomoc při vaření, nákup, úklid či praní. Nejnáročnější stupeň péče je tzv. osobní péče. Pod tuto spadají činnosti časově náročné, které vyžadují odborné znalosti a dovednosti pracovníků pečovatelské služby a jsou to osobní hygiena včetně toalety, oblékání, podávání stravy ve smyslu částečného krmení a pomoc při přesunu v rámci domácího prostoru. Tyto činnosti vyžadují mimo jiné emocionální inteligenci pracovníka pečovatelské služby a jsou poskytovány opakovaně, klient je na nich závislý.¹²⁹ Tato osobní péče je také poskytována tzv. neformálními pečujícími¹³⁰, mnohdy v kombinaci s profesionálními pracovníky. Velmi důležitým aktérem v poskytování terénní sociální služby je jistě sociální pracovník, který jako první přináší sociální službu do domácnosti a reprezentuje tak poskytovatele sociálních služeb. „*Současní pracovníci pečovatelských služeb, a nejen oni mohou navazovat na bohaté tradice poskytování podpory a péče potřebným lidem na území našeho státu. Sociální práce a jednotlivé sociální služby se postupně vyvíjely a dotvářely do té podoby, v jaké je známe dnes*“.¹³¹

¹²⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §105

¹²⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §40, odst.2

¹²⁹ JEŘÁBEK, Hynek a kol. Rodinná péče o staré lidi. 1.vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. s. 47.

¹³⁰ Neformální pečující jsou neprofesionální pečující z řad rodinných příslušníků či osob blízkých.

¹³¹ KOZLOVÁ, Lucie a kol. Pečovatelská služba v České republice. Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010. s. 27.

Nabytím účinnosti Zákona o sociálních službách dnem 01.01.2007 přinesl zákon do sociálních služeb převratné změny. Změny se týkaly celkového pojetí sociálních služeb, jejich druhů, forem a podmínek poskytování. Také se změnil způsob financování. Nově se zavedlo poskytování příspěvku na péči, tento příspěvek se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby.

Zákon mimo jiné upravuje podmínky poskytovatelů k provozování sociálních služeb jako jsou podmínky registrace¹³². Registrujícím orgánem je krajský úřad, který tuto pravomoc vykonává v přenesené působnosti, tedy výkon státní správy. Tradičně jsou častými poskytovateli pečovatelské služby příspěvkové organizace obce. Pečovatelskou službu mohou dále poskytovat obecně prospěšné společnosti¹³³, ústavy¹³⁴ nebo církevní právnické osoby. U těchto církevních poskytovatelů se jedná především o duchovní péči. Stále více se objevují subjekty poskytující sociální služby, které vystupují jako fyzické osoby, tedy osoby samostatně výdělečně činné, společnosti s ručením omezeným či akciové společnosti. Je zvláštní, že subjekty, které jsou založeny za účelem zisku, přistupují k činnosti neziskové, neboť dle úhradové vyhlášky¹³⁵ je stanoven maximální výše úhrady za úkony pečovatelské služby.

„V posledních letech se ukázalo, že ačkoliv je pečovatelská služba nejrozšířenější a nejžádanější terénní službou, má ještě mnohé rezervy v místní a časové dostupnosti. Pokud má být pro zájemce o službu řešením nepříznivé sociální situace s cílem zůstat ve svém domácím prostředí, musí být služba místně i časově dostupná. To je problémem zvláště ve venkovských lokalitách, kde se stává, že pečovatelská služba v mnohých obcích vůbec neexistuje.“¹³⁶

V návaznost na tuto citaci nelze opomenout zmínku v jedné z předešlých kapitol o etických problémech v geriatrici. Přesto, že Evropská charta pacientů seniorů pojednává o komplexní péči o nemocné seniory, a i mimo jiné o využívání komunitních a sociálních služeb, je k zamyšlení, zda není potřeba navrhnout jinou koncepci poskytování terénních sociálních služeb v kontextu socio-geografie, jako např. studium analýz sociálních aspektů v prostoru, analýz vzájemných vztahů mezi společnostmi a prostorem, sociální segregace, chudoby a dalších nerovností.

¹³² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 78 a násl.

¹³³ Zákon č. 248/1995 Sb., oecně prospěšných společnostech

¹³⁴ Dříve občanská sdružení. Účinnost nového Občanského zákoníku od 1.1.2014, byla právní forma občanských sdružení nahrazena spolky (v případě, že poskytují služby pro své členy) nebo ústavy (v případě, že poskytují služby navenek organizace)

¹³⁵ Vyhláška 505/2006Sb., § 6, ods.2

¹³⁶ KOZLOVÁ, Lucie a kol. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010. s. 36.

Nejen s problematikou místní a časové dostupnosti, ale i se samotnou péčí jako takovou se stále častěji objevuje terminus neformální péče, která má svépomocný charakter. Bez této péče by totiž nebylo téměř možné terénní péči poskytovat.

4.2.3. Neformální péče

Neformální péče v sociálních službách je termín používaný k popisu péče rodinnými příslušníky, osobami blízkými a přáteli v rámci komunity. Jedná se o nehonorovanou péči, která není poskytována profesionálními poskytovateli sociálních služeb. Přestože není profesionální, často se opírá o silné vazby a vztahy mezi jednotlivci, je založena na sociální soudržnosti a solidaritě. Neformální péče může být náročná a zatěžující pro ty, kteří jí poskytují a může vyžadovat podporu a odlehčení z jiných zdrojů, jako jsou sociální služby nebo různé programy pro rodinné a ostatní pečovatele.

Neformální pečovatelé nejsou cílovou skupinou sociální práce a nejsou tím pádem ani součástí legislativního rámce v oblasti sociálních služeb. Z pohledu a přístupu státu jsou vlastně okrajovým doplňkem v poskytování péče, přesto bez jejich dopomoci by nebylo možné se o pečovaného zcela sociálně či zdravotně postarat. V rámci subsidiarity v sociální péči (primárně se o pečovaného stará rodina a blízcí), je v mnoha zemích forma této péče jako základní pilíř péče o jednotlivce. Z pohledu pečovaného se jedná o péči z lásky či generační vděčnosti, ale z pohledu státu je systém subsidiarity nástroj k efektivnímu financování sociálně zdravotních služeb.

Jak Kaplanová uvádí, můžeme o nich hovořit jako o neviditelné skupině pečujících. Zatím v České republice nejsou nastaveny podmínky pro zařazení neformálních pečujících do legislativního rámce státu, nejedná se o sociální službu, a to je škoda.¹³⁷

Z pohledu zákona o sociálních službách mají pracovníci přímé péče povinnost minimálního vzdělání v rámci základního kurzu pro pracovníky v přímé péči a dalších akreditovaných či neakreditovaných kurzů a za pečovatelskou činnost pobírají mzdu. Oproti tomu neformální pečovatelé nesou celou tíhu péče sami bez pomoci profesionálních pracovníků a s velkou náročností psychickou i fyzickou nemají možnost dostatečného poradenství, o které by se měla v první řadě postarat obec prostřednictvím jí zřizovaných subjektů nebo odborem sociálních věcí. Neformálním pečujícím není k dispozici supervize, která je profesionálním pracovníkům v přímé péči prostřednictvím zaměstnavatele umožněna. Právě supervize, jako metoda, ve které supervizor poskytuje odbornou podporu a vedení super vidovaným, (v tomto případě

¹³⁷ KAPLANOVÁ, Lenka. Neformální pečující jsou neviditelnou skupinou. *Rezidenční péče*. č.3/2022. s. 16.

pečovatelům) při plnění pracovních či vzdělávacích úkolů. Jde o dohled v kontextu profesního a vzdělávacího procesu právě v oblasti sociálních služeb či zdravotnictví. Supervize slouží k rozvoji dovedností, reflektování a vyřešení pracovních obtíží. Vzhledem k absenci takovéto podpůrné metody v péči o jednotlivce velmi často dochází u neformálních pečujících k tzv. syndromu vyhoření.¹³⁸ Možnost využít služeb psychologa či psychiatra je varianta následná, to již je ale pozdě. Stres a vyčerpání pečujícího se jistě odráží na péči samotné, stejně tak se projeví na vztazích s ostatními členy rodiny, přáteli, ale i v zaměstnání. Existují organizace a podpůrné skupiny na pomoc neformálním pečujícím, ale z časového hlediska, kdy často pečující jsou sami zaměstnaní, nemají časový komfort pro případné doškolení. Tato varianta edukace je mnohdy pro neformální pečující velmi nekomfortní. Neformální pečující, jak Kaplanová uvádí, jsou sendvičovou generací. Starají o své nezaopatřené děti, jsou sami zaměstnaní a pečují o své blízké rodiče nebo prarodiče. Nápomocní takovým neformálním pečujícím mohou být sociální poradny, sociální pracovníci úřadů na odboru sociálních věcí nebo zmíněné podpůrné skupiny pro neformální pečující.¹³⁹

Jako další stupeň pomoci, kdy neformální pečující nemají dostatek času, fyzické a psychické síly, a hlavně se dostaví uvědomění, že pečovaný nežije ve svém přirozeném komfortním etickém prostředí, v tuto chvíli se nabízí pomoc ve formě pobytových služeb. Jako primární pomoc se nabízí sociální terénní, ambulantní nebo pobytová odlehčovací služba, s poskytováním odborné kvalifikované péče. Dle Zákona o sociálních službách je odlehčovací sociální služba definována takto: „*Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek*“.¹⁴⁰

Jako následná varianta přichází pobytové sociální služby typu odlehčovací služba, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením, jako navazující řešení důstojného prožívání další části svého života.

4.2.4. Pobytové zdravotně sociální služby

V současnosti je stále více diskutováno o zdravotně sociálním pomezí v sociálních službách. Poskytovatelů pobytových sociálních služeb se toto téma úzce týká. V rámci poskytování péče

¹³⁸ Syndrom vyhoření – jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání.

¹³⁹ KAPLANOVÁ, Lenka. Neformální pečující jsou neviditelnou skupinou. *Rezidenční péče*. č.3/2022. s. 17.

¹⁴⁰ Zákon č. 108/2006 S., o sociálních službách, § 44, odst. 1

se jedná o poskytování péče sociálního charakteru, přímé obslužné péče a péče zdravotní, která zahrnuje i péči nutriční. Stále častěji se do pobytových zařízení zavádí také paliativní péče. Hovoříme o komplexním poskytování služeb klientům, kteří přicházejí do zařízení ze svého přirozeného domácího prostředí nebo ze zdravotnického zařízení.

Často diskutovaným tématem je propouštění pacientů do domácího prostředí ze zdravotnického zařízení. Jedná se o domácí přirozené prostředí domů nebo do zařízení pobytových sociálních služeb, kde jsou klienti také doma. Hovoří se o bezpečném propouštění domů. Bezpečné znamená, že je zcela zřejmé a jasné, že pacient již nepotřebuje díky svému zdravotnímu stavu péči nemocniční, že péče, která pro něj bude bezpečná je zcela v kompetenci zdravotní sestry odbornost 913 (zdravotní sestra v sociálním prostředí) nebo odbornost 925 (domácí ošetrovatelská péče – home care). To, co vnímají poskytovatelé, je fakt, že motivem přesunu pacientů ze zdravotnických zařízení do domácího prostředí není důvod zlepšení zdravotního stavu, nýbrž dosažení limitu pobytu na oddělení lůžek následné péče a na lůžkovém oddělení lůžek dlouhodobě nemocných. Další důvod spatřují v nedostatku kapacity lůžek celkově. V takovém případě jsou klienti často umísťováni do pobytového sociálního zařízení, i když vzhledem ke svému zdravotnímu stavu by měli být spíše pacienti zdravotnického zařízení. Mnohdy sami klienti/pacienti nejsou zcela seznámeni s tím, která ze zařízení jsou pro ně v daný moment vhodná, zda specializovaná lůžka v nemocnici, lůžka dlouhodobě nemocných nebo pobytová sociální služba. Křížová se domnívá, že by jistě bylo vhodné mít koordinátora podpory a péče, a to buď v nemocnici nebo v obci, který by byl kompetentní k propojení sociální práce a zdravotně sociální péče v bezprostředním sociálním prostředí seniora.¹⁴¹ Již několikrát zmíněná Evropská charta pacientů seniorů uvádí, jak má probíhat komplexní péče o nemocné seniory a v jednom z několika bodů se upíná na práva a etiku propouštění seniorů ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí.

Křížová uvádí, „v roce 2018 se společně zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR s experty Světové zdravotnické organizace (WHO) dohodly na vzájemné spolupráci, mimo jiné na integraci zdravotních a sociálních služeb, které se odráží v implementačním dokumentu Ministerstva zdravotnictví ČR ke strategickému programu Zdraví 2030“.¹⁴² Strategie definuje zdravotně sociální péči jako ucelený systém zdravotních a sociálních služeb i individuálně reaguje na potřeby obyvatel České republiky.¹⁴³

¹⁴¹ KRÍŽOVÁ, Eva. *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha. Universita Karlova, 2023. s. 148.

¹⁴² ZDRAVÍ 2030 – analytická studie Ministerstva zdravotnictví ČR, STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030 [online]. 2023, [cit. 23.června 2023]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>

¹⁴³ KRÍŽOVÁ, Eva. *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha. Universita Karlova, 2023. s. 136.

Resort zdravotnictví si však uvědomuje problematiku, která díky legislativnímu rozdělení resortů zdravotnictví a sociálních věcí vyvstává. „Je objektivní skutečností, že české zdravotnictví vstupuje do procesů změn organizace a integrace různých forem péče nepřipraveno. Téměř všechny hlavní segmenty péče charakterizuje více či méně oddělený systém zdravotních a sociálních služeb, jejichž propojení je těžkopádné, mnohdy s legislativními překážkami. Provedené analýzy kapacit různých kategorií poskytovatelů ukazují na nedostatečnou saturaci zdravotních a sociálních potřeb pacientů s různou mírou nutné podpory. Je dokladována vysoká heterogenita ve struktuře zdravotně sociálních a sociálních služeb mezi regiony ČR, což značí absenci ucelené koncepce integrovaných modelů péče.“¹⁴⁴

Ve strategickém programu Zdraví 2030¹⁴⁵ patří k prioritám poskytování dlouhodobé péče integrace, kontinuita a právo na souběh zdravotně sociální péče pro občany České republiky.

V zařízení pobytových služeb je zdravotní péče poskytována zdravotními sestrami odbornost 913 (zdravotní sestra v sociálních službách). Pokud zařízení nedisponuje zdravotnickým personálem, což se často stává, dochází do zařízení zdravotní sestra odbornost 925 (domácí ošetrovatelská péče, „home care“¹⁴⁶). Toto může být ale problém, protože každá odbornost je proplácena na základě jiných výkonů, které zdravotní pojišťovna buď se sociálním poskytovatelem nebo se zdravotní sestrou terénní nasmlouvá. Terénní zdravotní sestra má výrazně méně proplácených výkonů než sestra pobytová. Tak nastává problém, že klientům se srovnatelnou potřebou je v různých pobytových zařízeních poskytován různý rozsah péče. Mezi výkony, které jsou zdravotními pojišťovnami propláceny v pobytových sociálních zařízeních jsou mimo jiné polohování, odsávání hlenů, aplikace léků, měření krevního tlaku, výměna sáčků u stomií, nebo např. podávání do PEGu.¹⁴⁷ Podávání stravy do PEG a další výživová péče je v kompetenci nutričního terapeuta¹⁴⁸. Pokud má zařízení nutričního terapeuta na plný úvazek, můžeme hovořit o ideálním stavu, protože seniorský věk s sebou často přináší výživové a dietní programy a zdravotnický personál není kompetentní sám rozhodovat o nutriční péči. V mnoha zařízeních je nutriční péče zajištěna tak, že do zařízení dojíždí jednou měsíčně firma, která prodává nutriční doplňky a na základě doporučení praktického lékaře zdravotní sestry podávají

¹⁴⁴ ZDRAVÍ 2030 – analytická studie Ministerstva zdravotnictví ČR, STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030 [online]. 2023, [cit. 23.června 2023]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>

¹⁴⁵ ZDRAVÍ 2030 – analytická studie Ministerstva zdravotnictví ČR, STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030 [online]. 2023, [cit. 23.června 2023]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>

¹⁴⁶ Home care – služby domácí zdravotní péče poskytovány prostřednictvím veřejných zdravotních systémů, soukromých agentur, neziskových organizací nebo kombinací těchto zdrojů financování.

¹⁴⁷ PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie neboli PEG je označení pro umístění setu pro výživu přes stěnu břišní do žaludku.

¹⁴⁸ Nutriční terapeut je výživový poradce či dietolog.

klientům tuto výživu. Je to však komplikované a neodborné. S touto a další problematikou vyvstává otázka, kdo je zodpovědný za poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb? Je to příslušná zdravotní pojišťovna, o jejíhož klienta se jedná, praktický lékař nebo samotné pobytové zařízení, které nedisponuje lékaři a ze zákona mu neplyne povinnosti zajistit zdravotní péči? Znovu se nabízí otázka etiky a práv na důstojný život jedince. Problém však není na straně poskytovatele sociálních služeb. Problematika je v nekonceptnosti poskytování zdravotně sociální péče v České republice, a to z důvodu již zmíněném, v nekomunikaci a nedostatečné spolupráci dvou klíčových resortů Ministerstva zdravotnictví České republiky a Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

Dalšími klíčovými pracovníky v pobytových sociálních službách jsou sociální pracovníci, pracovníci přímé obslužné péče a aktivizační pracovníci, kteří poskytují sociální podporu a přímou péči klientům, která je legislativně zakotvena v zákoně o sociálních službách. Náplní práce těchto pracovníků není jen přímá péče jako taková, ale komplexně se jedná se o tzv. sociální doprovázení. Sociální doprovázení není vztaženo jen ke klientovi, ale také k jeho rodině a nejbližším osobám nebo k sociální síti. *„Cílem sociálního doprovázení není co nejdéle doprovázet objekty, ale právě naopak, doprovázet klienty efektivně, což znamená jen po dobu nezbytně nutnou.“*¹⁴⁹

Úhradová vyhláška č. 505/2006 Sb.¹⁵⁰ je právním dokumentem, který uvádí maximální výši úhrad po poskytování služeb ubytování a stravy. Samotnou péči hradí klienti z příspěvku na péči stanového na základě míry samostatnosti v běžném životě a z vlastních zdrojů. Definice příspěvku na péči cituje zákon o sociálních službách následovně: *„Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“*¹⁵¹ O výši příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce a je členěn dle zmíněného zákona následovně: *„Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby, b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb, c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních*

¹⁴⁹ VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. s. 76.

¹⁵⁰ Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

¹⁵¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 7, odst. 1

životních potřeb, d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.¹⁵² Závislost je posuzována taktéž na základě zmíněného zákona následovně: „Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: a) mobilita, b) orientace, c) komunikace, d) stravování, e) oblékání a obouvání, f) tělesná hygiena, g) výkon fyziologické potřeby, h) péče o zdraví, i) osobní aktivity, j) péče o domácnost“.¹⁵³

Pobytová zařízení lze dle cílových skupin seniorů rozlišit na domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem^{154,155}, domovy pro osoby se zdravotním postižením a pobytové odlehčovací služby. Klientům jsou služby poskytovány na základě vytvořených individuálních plánů. Spolu se standardy kvality v sociálních službách¹⁵⁶ a individuálním plánem klienta lze dosáhnout a zaručit důstojné stárnutí jedince a zajistit tak jeho ochranu a práva.

V kontextu dlouhodobé péče je v obou případech poskytování péče v domácím přirozeném prostředí i v pobytových zařízeních sociálních služeb nutná péče postavená na multidisciplinární spolupráci. Jedná se o spolupráci seniora, neformálních pečujících, formálních pečujících (sociální pracovníci, nutriční terapeut, praktický lékař, odborní lékaři, fyzioterapeuti) a dalších aktérů veřejné správy (obce, kraje, stát, zdravotní pojišťovny, úřad práce) nepřímo se spolupodílející na vytvoření bezpečného prostředí pro důstojné stárnutí se zajištěním základních lidských práv a etického způsobu života.

S dodržováním základních lidských práv a etického způsobu života občanů je spojován úřad veřejného ochránce práv. „Veřejný ochránce práv se činností zařízení sociálních služeb zabývá zejména při tzv. systematických návštěvách, jejichž cílem je prevence špatného zacházení s umístěnými osobami. Úkol posilovat ochranu osob omezených na osobní svobodě vyplývá z mezinárodního práva a dopadá i na osoby, které jsou omezeny na osobní svobodě v důsledku závislosti na péči, neboť jsou ve své bezmocnosti odkázáni na služby a péči jiných.“¹⁵⁷ Tyto návštěvy jsou prováděny zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv nebo ombudsmanem samotným. Mohou vstupovat do všech prostor zařízení a nahlížet do všech dokumentací vč.

¹⁵² Zákon č. 10/2006 Sb., o sociálních službách, § 8, odst. 2

¹⁵³ Zákon č. 10/2006 Sb., o sociálních službách, § 9, odst. 1

¹⁵⁴ Sociální služba domovy se zvláštním režimem je určena osobám s různými typy demence, např. Alzheimerova nemoc (nejčastější typ demence).

¹⁵⁵ Zvláštní režim znamená, materiálně technické úpravy prostoru pro zajištění bezpečí klienta.

¹⁵⁶ Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele (Ministerstvo práce a sociální věci ČR, 2008) [online]. 2008, [cit. 25.března 2023]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9

¹⁵⁷ POSPÍŠIL, David a kol. *Sociální služby I*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016. s. 93.

zdravotnické a vést rozhovory se zaměstnanci i klienty za přítomnosti třetí osoby. O své činnosti návštěv vypracovávají souhrnné zprávy.

Česká republika zajišťuje svým občanům důstojné podmínky pro zdravé stárnutí, avšak v rámci států Evropské unie jsou v porovnání s některými státy zjevné legislativní a procesní nedostatky. Problémy, které je třeba řešit tak, aby s ohledem na očekávaný demografický trend byla dlouhodobá zdravotně sociální péče poskytována kvalitně jsou především změna v oblasti systému organizace řízení sociálních služeb a novelizace zákona o sociálních službách, dále systém financování sociálních a zdravotních služeb (inspekce nejen kvality, ale především cash flow prostředků napříč dotčenými institucemi vč. klienta a rodiny) a tvorba systému hmotného zabezpečení pečujících v rámci sdílené péče, jako je tomu v jiných státech Evropské unie.

4.3. Komparace systémů dlouhodobé péče v České republice, Rakousku a ve Švédsku

V následujících kapitolách se zaměřím na fungování systému dlouhodobé péče ve dvou zemích. V Rakousku, v zemi, která je nám blízká a se kterou nás pojí historie 400 let společného státního zřízení, reformy týkající se chudoby, zvýšení vzdělanosti, sociální práce i sociálních služeb a ve Švédsku, zemi Skandinávie, která je svou svojí geografíí zcela odlišná od České republiky, země s 300letou tradicí úřadu veřejného ochránce práv. V komparaci těchto dvou zemí s Českou republikou uvedu zjištění a možnou inspiraci a doporučení pro Českou republiku.

4.3.1. Systém dlouhodobé péče v Rakousku

Rakousko, plným názvem Rakouská republika, hlavní město Vídeň, je převážně hornatou zemí. Žije zde téměř 9 miliónů obyvatel a hustota zalidnění je 96 obyvatel/km². Rakousko je velmi ekonomicky vyspělou zemí založenou na službách. Je rozděleno do devíti spolkových zemí, které jsou rozděleny do 80 okresů a 15 statutárních měst. Okresy jsou děleny na jednotlivé obce, města či městysy. Rozloha země je 83 879 km².¹⁵⁸

Výkon státní správy je typem dle smíšeného modelu výkonu veřejné správy. Rakouská ústava vychází z principu oddělené státní moci, zákonodárné, výkonné a soudní. Federální státní správa je tvořena na dvou úrovních. Federální, kterou tvoří spolkový prezident, spolková

¹⁵⁸ Souhrnná teritoriální informace: Rakousko, Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online]. [cit. 20. července 2023]. Dostupné z: <https://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2023/06/28/rakousko-souhrnna-teritorialni-informace-2023-124027656.pdf>

vláda v čele se spolkovým kancléřem, v jehož kompetenci je obrana, právo a pořádek, střední a vysoké školy, výzkum, regionální strategie, zemědělství, železnice, hlavní silnice, jedná se o přímou federální správu. A úroveň zemská, což jsou zemské vlády v čele s hejtmany, kteří jsou ve své působnosti vázání pokyny příslušného spolkového ministra, výkon federálních působností je často právě v zemských rukou, tzv. nepřímá federální správa. Územní samospráva, kterou tvoří výhradně obce, kterých je 2.357 (Gemeinde) a mají tři orgány. Zastupitelstvo, které rozhoduje o rozpočtu a má usnášeníschopnou pravomoc, představenstvo, kterou tvoří městská rada nebo městský senát (statutární města) a starosta, který připravuje zasedání a realizuje rozhodnutí zastupitelstva. Starosta, který je v některých zemích volený zastupitelstvy, jinde přímo. U obcí převažuje model monistický, jediný přímo volený obecní orgán primárně příslušný k výkonu veškeré působnosti obce, má kolektivní charakter a skládá se ze zastupitelstva, rady a výborů. Okresů je celkem 84 (15 statutárních měst) a v čele stojí okresní hejtmanství podřízená zemským vládám, řízená jmenovanými úředníky.¹⁵⁹

Pro zajištění poskytování zdravotně sociálních služeb se v zemi uplatnil model financování systému poskytování péče podle modlu konzervativního (model křesťansko-demokratický). Typické pro tento model je rozmanitost sociálního zabezpečení každé sociální skupiny zvlášť. Tento model se opírá o princip subsidiarity. Model prošel v uplynulých letech proměnami, v oblasti zdravotní péče i v oblasti zabezpečení ve stáří. Primárně je dlouhodobá péče chápána jako odpovědnost rodiny a rodina je základ společnosti. Stát nastupuje v případech, kdy rodina potřeby péče nedokáže zajistit. V zemích Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) tento model financování dlouhodobé péče však nepřevažuje.¹⁶⁰

Rakouský systém dlouhodobé péče rozlišuje dva hlavní typy sociálních služeb. Služby ústavní péče, které poskytují především kraje a obce, popř. náboženské nebo jiné neziskové organizace. Tyto služby se poskytují v pečovatelských domech, střediscích denní péče a střediscích noční péče. Dále jsou to domácí služby, které poskytují převážně neziskové organizace. K domácí péči patří domácí ošetrovatelská péče, mobilní terapeutické služby, dovoz stravy, přeprava osob, úklid domácností a běžné domácí práce a víkendová pomoc.¹⁶¹

Financování dlouhodobé péče v Rakousku je realizováno z daní. Státním finančním zdrojem pro financování sociálních služeb je fond na péči. Z tohoto fondu je vyplácen příspěvek na péči a další potřebné finance si zajišťuje občan/klient spolu s rodinou. Tedy dávky na dlouhodobou

¹⁵⁹ MRKLAS, Ladislav. *Systémy veřejné správy v evropském kontextu*, k86990. Studijní opora 2023. CEVRO Institut Praha, Katedra Politologie a mezinárodních vztahů.

¹⁶⁰ VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky* č.6/2020. s. 5.

¹⁶¹ THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN AUSTRIA, Monika Riedel and Markus Kraus, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010. s. 4.

péči jsou financovány ze státního rozpočtu, z rozpočtu domácností a spolkových zemí a v malé míře obecními úřady.¹⁶² „V současné době upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb zákon o dávkách pro dlouhodobou péči, nařízení o stanovení příspěvku na federální péči o dlouhodobé péči, nařízení federálního ministra práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů o hodnocení potřeb péče o děti a mladé lidi v souladu s federálním zákonem o ošetrovatelské péči a množství platných zákonných základů, např. Dohoda mezi spolkovou vládou a spolkovými zeměmi o společných opatřeních pro osoby vyžadující péči, zákony o sociální pomoci a zákony o zdravotním postižení spolkových zemí“.¹⁶³ Příspěvek na péči je paušální dávkou, která nemá vazbu na příjem ani majetek příjemce a je podle stupně závislosti rozdělena do sedmi stupňů. Příspěvek na péči je každoročně valorizován, stejně jako důchody.¹⁶⁴ Vzhledem k očekávanému demografickému vývoji nebude možné uspokojit všechny potenciální zájemce o stacionární a mobilní sociální služby. Proto je kladen velký důraz na podporu neformálních pečujících.¹⁶⁵

„Od 1.ledna 2014 byla zavedena řada nových opatření, jejichž cílem je usnadnit zaměstnancům sladění zaměstnání s péčí o potřebné rodinné příslušníky, jejich ošetřováním, popř. doprovázením umírajících rodinných příslušníků nebo velmi těžce nemocných dětí. Jedná se o pečovatelskou dovolenou, kratší pracovní dobu na péči a volno na rodinnou hospicovou péči. Pečovatelská dovolená je spojená s úplným výpadkem mzdy/platu, kratší pracovní doba na péči s alikvotním snížením mzdy/platu. Osoby, které těchto opatření využívají, mají nárok na odpovídající příspěvek na pečovatelskou dovolenou“.¹⁶⁶

Z 80 % je v Rakousku poskytována zdravotně sociální péče v domácím přirozeném prostředí s dopomocí neformálních pečujících, dobrovolníků a terénní pečovatelskou službou a sociální služby poskytují různá sdružení veřejné péče, země a obce. Pracovníci v sociálních službách jsou diplomované zdravotní sestry, pečovatelé, pomocnice v domácnosti, odborní sociální pečovatelé, diplomované sociální pečovatelky a pečovatelé v oblasti práce se seniory a postižené. Poskytování stacionární péče je v kompetenci jednotlivých spolkových zemí a obcí. Plánování rozvoje sociálních služeb a jejich síťování spadá do působnosti jednotlivých

¹⁶² Průša, Ladislav. Systém dlouhodobé sociálně zdravotní péče v Rakousku. *Veřejná správa a sociální politika. Ústav veřejné správy a sociální politiky*. Opava. Ročník 1, 2021. č.2/2021.

¹⁶³ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 56.

¹⁶⁴ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 59.

¹⁶⁵ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 60.

¹⁶⁶ PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky. 2016, roč. 10, č.6. s. 171.

spolkových zemí a poskytovateli sociálních služeb jsou veřejně prospěšné společnosti, orgány zemské a obecní samosprávy a soukromé společnosti. Odpovědnost za zřízení sociální služby nese spolková země, obce a města. Pokud obec či město samo sociální službu nenabízí, je povinno zajistit potřebnou službu s náležitou kvalitou u jiných organizací, které samo nezřídilo.¹⁶⁷

Rakousko již dlouhou dobu zaujímá v mezinárodním žebříčku kvality života a zdravotních systémů jedno z předních míst. „*K zásadám zajištění kvalitních vztahů mezi poskytovateli služeb a jejich uživateli patří zejména respektování základní práv, svobod a lidské důstojnosti uživatelů, zejména pokud jde o rovné příležitosti, rovné zacházení, svobodu volby, individuální sebeurčení a respektování soukromí a podpora posilování účasti uživatelů služeb na trhu sociálních služeb*“.¹⁶⁸ Zásada kvality je uplatněna zejména při zajištění dostupnosti širokého spektra potřebných služeb, bezplatný přístup k těmto službám, nízkoprahový a bezbariérový přístup ke službám, flexibilní poskytování sociálních služeb s ohledem na schopnosti klienta, ne s ohledem na jeho handicap.¹⁶⁹ Kritéria kvality poskytování sociálních služeb jsou zahrnuty ve standardech kvality a důraz je kladem na preventivní péči.

Požadované minimální standardy pro ústavní péči jsou např. malé zvládnutelné domy, integrace těchto domů do komunit, základní vybavení pokojů, neomezená doba návštěv a možnost návštěv kdykoli, svobodná volba lékaře nebo právní ochrana obyvatel domů. Požadované minimální standardy pro domácí péči jsou např. svobodná volba mezi nabízenými službami, komplexní a integrovaný sortiment a síť služeb, dostupnost v neděli a o svátcích a zajištění kvality a kontroly ze strany krajů.¹⁷⁰

V Rakousku je pro institucionální péči definován personální standard, která jasně stanovuje potřebný počet personálu na počet klientů. U domácí péče hodnotí kvalitu poskytování péče certifikovaní hodnotitelé s důrazem na funkčnost ubytování, osobní hygienu, kvalitu lékařské péče, výživu a hydrataci, čistotu ubytování aktivity a sociální spoluúčast. U pobytových služeb byl vypracován Národní certifikát kvality pro domovy pro seniory a domy s pečovatelskou službou¹⁷¹ jako jednotný nástroj objektivního hodnocení kvality těchto služeb. V domovech pro

¹⁶⁷ Průša, Ladislav. Systém dlouhodobé sociálně zdravotní péče v Rakousku. *Veřejná správa a sociální politika. Ústav veřejné správy a sociální politiky*. Opava. Ročník 1, 2021. č.2/2021.

¹⁶⁸ PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky. 2016, roč. 10, č.6. s. 167

¹⁶⁹ PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky. 2016, roč. 10, č.6. s. 168

¹⁷⁰ THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN AUSTRIA, Monika Riedel and Markus Kraus, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010. s. 5-6.

¹⁷¹ PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky. 2016, roč. 10, č.6. s. 168

seniory je využíván model na měření kvality E-Qalin (European Quality Improvement and Innovative Learning in Residential Care for Older People).¹⁷² Kvalitou a stížnostmi se zabývají zastupitelství pro péči jako nezávislý orgán, které byly pro tuto konkrétní činnost zřízeny.

Pozitiva systému jsou především ve financování dlouhodobé péče. Existuje roční valorizace příspěvku na péči, rozložení příspěvku na péči do sedmi stupňů a tím možnost lepšího nastavení rozsahu podpory potřebným osobám využívající příspěvek. Dále opatření, jejichž cílem je usnadnění zaměstnaným neformálním pečujícím zaopatrění svých blízkých, možnost doprovázet umírající a velmi těžce nemocné děti, tedy pečovatelská dovolená nebo kratší pracovní doba vč. tzv. volna na rodinnou hospicovou péči. Stran kvality poskytování sociálních služeb zaujímá Rakousko přední místo evropského žebříčku. Z toho vyplývá, že nastavení standard kvality a modelů měření kvality poskytování služeb je správné a komplexní.

4.3.2. Systém dlouhodobé péče ve Švédsku

Švédsko, plným názvem Švédské království, hlavní město Stockholm, je 5. největší zemí Evropy a největší v severní Evropě rozkládající se na Skandinávském poloostrově. Z pohledu velikosti správního členění je z pěti zemí Skandinávie na třetím místě v počtu obcí. Zajímavostí geografie jsou ostrovy a ostrůvky v Baltském moři a ve vnitrozemských jezerech. Největší souostroví tvoří 24 000 ostrovů. Švédsko je jednou z nejdříve zalidněných zemí Evropy na takto rozsáhlém území. Rozloha země je 449 964 km². V současnosti zde žije 10,5 milionů obyvatel a hustota obyvatel je 23 obyvatel/ km².¹⁷³

Švédsko je konstituční monarchie s parlamentní demokracií. Typické pro Švédsko je minoritní vláda se silným zastoupením žen v parlamentu i ve vládě. Je zde uplatněna tradice feminismu včetně feministických stran. Žena zaujímala nejednou post premiérky. Systém veřejné správy je označován jako unitární stát, tj. jednotná soustava státních orgánů se silnou decentralizací, tedy silnou konsolidací obcí. Veřejná správa je členěna na 24 správních obvodů v čele s guvernérem, který je správcem vyslaným vládou, a správním orgánem, podléhá mu předsednictvo volené radou a paralelně s tím existují volené okresní rady, kterých je jich 23. Guvernéři jsou často vybíráni z opozičních stran, po svém jmenování se zřikají své politické činnosti. Celkem 286 municipalit versus historické obce, kde v čele stojí zastupitelský sbor a

¹⁷² E-Qalin – model je založen na principu sebehodnocení uvnitř organizace se zapojením všech aktérů do hodnocení

¹⁷³ Souhrnná teritoriální informace: Švédsko, Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online]. [cit. 20. července 2023]. Dostupné z: <https://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2023/06/05/svedsko-souhrnna-teritorialni-informace-2023-161025983.pdf>

v jeho kompetenci jsou daně, školství, péče o mládež a seniory, kultura. Původní počet obcí byl 2500 a v dnešní podobě jen 9 obcí má méně než 5000 obyvatel. ¹⁷⁴Švédsko se prezentuje jako stát blahobytu.

V 90. letech minulého století bylo do obecných sociálních modelů evropských zemích začleněno několik modelů formy sociálně zdravotní péče. Pro zajištění perspektivního poskytování zdravotně sociálních služeb se v zemi uplatnil model financování systému poskytování péče sociálně-demokratický. Sociálně-demokratický model se zaměřuje na poskytování univerzálních dávek a služeb. Nedílnou součástí tohoto modelu je i univerzálně poskytovaná zdravotní péče pro všechny občany, stejně jako její rozpočtové financování z obecních daní. Model je výchozí koncepcí spojen s poskytováním veřejných služeb, zdravotní péče a dlouhodobé péče a sociální služby jsou poskytovány podle zákona o sociálních službách z roku a zdravotní péče podle zákona o zdravotní péči. ¹⁷⁵

Dle Průši není systém financování dlouhodobé péče ve Švédsku nijak legislativně upraven. Sociální služby jsou financovány z místních daní. Zastupitelské instituce krajů a obcí vybírají daně, které plynou do systému sociálních služeb a dlouhodobé péče. Do péče se zapojují dobrovolnické spolky, rodinní příslušníci a osoby blízké. Celková koncepce těchto pečovatелů na národní úrovni však neexistuje. Sociální služby jsou postaveny na základech demokracie a solidarity, podporují finanční a sociální zabezpečení občanů, rovné životní podmínky. Sociální služby jsou založeny na účtě k sebeurčení. Sociální solidarita souvisí s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních komunit v zájmu naplňování ideje sociální spravedlnosti. Člověk je sociální bytost a je svou existencí do jisté míry odkázán i na pomoc druhých a je závislý na soužití ve společnosti jako celku. Sociální solidarita je výrazem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti i příslušné odpovědnosti. Služby jsou poskytovány ve věcné podobě a na některých místních úrovních i v peněžitých dávkách. Systém poskytování dlouhodobé péče je ve Švédsku dostupný všem občanům bez ohledu na věk, stupeň závislosti nebo podmíněností ověřováním jeho majetku. ¹⁷⁶

Služby dlouhodobé péče ve Švédsku jsou pomoc v domácnosti jako domácí péče, speciální ubytování jako ústavní péče, denní aktivity, domácí lékařské služby jako domácí ošetrovatelská péče, stravovací služby, vlastní signalizační zařízení nebo zajištění domácí adaptace. Mimo jiné existuje ve Švédsku doprava pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením, které nemohou

¹⁷⁴ MRKLAŠ, Ladislav. *Systémy veřejné správy v evropském kontextu*, k86990. Studijní opora 2023. CEVRO Institut Praha, Katedra Politologie a mezinárodních vztahů.

¹⁷⁵ VOSTATEK, Jaroslav. *Modely financování dlouhodobé péče. FÓRUM sociální politiky č.6/2020*. s. 8.

¹⁷⁶ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd.Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 92.

samostatně využívat pravidelnou veřejnou dopravu. Jsou to přepravní služby. Mimo tyto služby poskytují místní úřady granty na určitá opatření, která pomáhají zdravotně postiženým efektivně využívat jejich domovy, bez ohledu na finanční situaci žadatele.¹⁷⁷

Obec nese celkovou odpovědnost za financování a poskytování pomoci v domácnosti nebo zajišťuje občanům místa v pobytovém zařízení. Obec odpovídá za hodnocení potřeb obyvatel, plánování služeb a koná tak prostřednictvím zaměstnanců obce. Zákon o sociálních službách¹⁷⁸ stanovuje cíle sociálních služeb, povinnosti, závazky a práva obcí, zvláštní ustanovení pro děti, mládež, seniory, osoby se zdravotním postižením, drogově závislé a oběti trestných činů. Dle švédského zákona o sociálních službách: „*Senioři § 4 Sociální komise podporuje seniory v možnosti žít a bydlet nezávisle v bezpečném prostředí a vést ve společnosti s ostatními aktivní a smysluplný život. § 5 Sociální komise usiluje o to, aby senioři měli k dispozici kvalitní bydlení, a poskytne těm, kteří to potřebují, podporu a pomoc v domácnosti a jiné snadno dostupné služby. Pro seniory, kteří potřebují zvláštní podporu, zřídí obec zvláštní formy bydlení k poskytování služeb a péče. § 6 Sociální komise se podrobně obeznamuje s životními podmínkami seniorů v obci a rovněž při vyhledávání osob potřebujících pomoc informuje o dostupných sociálních službách v této oblasti. Obec musí své aktivity činěné pro seniory plánovat. Při tomto plánování obec spolupracuje s krajským zastupitelstvem a rovněž s dalšími společenskými institucemi a organizacemi. Zdravotně postižení § 7 Sociální komise usiluje o to, aby lidé, kteří se z fyzických, psychických či jiných důvodů ve svém životě setkávají s výraznými obtížemi, měli možnost se účastnit života společnosti a komunity a aby mohli žít jako ostatní. Sociální komise přispívá k tomu, aby jednotlivci měli smysluplnou životní náplň a mohli žít způsobem, který je přizpůsoben jejich potřebám, které se odvíjejí od jejich závislosti na zvláštní podpoře. Obec zřídí bydlení se zvláštními službami pro ty, kteří v důsledku obtíží definovaných v prvním odstavci takové bydlení potřebují. § 8 Sociální komise se podrobně seznamuje s životními podmínkami lidí s tělesným nebo psychickým postižením v obci a rovněž při své činnosti spočívající ve vyhledávání osob potřebujících pomoc informuje o činnosti sociálních služeb v těchto oblastech. Obec musí své úkony činěné pro lidi s tělesným nebo*

¹⁷⁷ THE SWEDISH LONG-TERM CARE SYSTEM, NANNA FUKUSHIMA, Johanna Adami and Marten Palme, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010. s. 2-3.

¹⁷⁸ Švédská sbírka zákonů, SFS 2001:453, Zákon o sociálních službách, [online]. 2001, [cit.19. června 2023]. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/09/%C5%A0v%C3%A9dsk%C3%BD-z%C3%A1kon-o-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEB%C3%A1ch_2001.pdf

*psychickým postižením plánovat. Při tomto plánování obec spolupracuje s krajským zastupitelstvem a rovněž s dalšími společenskými institucemi a organizacemi“.*¹⁷⁹

Zdravotní péče ve Švédsku je poskytována na základě Zákona o zdravotních a lékařských službách z roku 2017.¹⁸⁰ Dle zákona:

„HLAVA IV. ODPOVĚDNOST OBCE

Kapitola 11. Organizace, plánování a spolupráce

1 § Řízení činnosti v oblasti zdravotní péče v obci vykonává výbor nebo výbory, které obecní zastupitelstvo podle kapitoly 2. § 4 zákona o sociálních službách (2001:453) stanoví. Ustanovení o společné radě jsou stanovena v zákoně (2003:192) o společné radě v oblasti zdravotní a sociální péče.

2 § Obce musí plánovat svou zdravotní a lékařskou péči na základě potřeby obyvatelstva takové péče. Při plánování musí obce zohlednit zdravotní péči poskytovanou jinými poskytovateli zdravotní péče.

3 § Při plánování a rozvoji zdravotní a lékařské péče musí obec spolupracovat s komunitními orgány, organizacemi a poskytovateli zdravotní péče.

4 § V oblasti činnosti určené obci musí být lékařsky odpovědná sestra. Pokud oblast činnosti zahrnuje především rehabilitaci, může fyzioterapeut nebo ergoterapeut vykonávat povinnosti zdravotní sestry s lékařskou odpovědností.

Vláda nebo jí určený orgán může stanovit odpovědnost a povinnosti personálu uvedeného v prvním a druhém pododstavci. Zákon (2019:973).

Kapitola 12. Odpovědnost za poskytování zdravotní péče

1 § Obec poskytne dobré zdraví a lékařskou péči těm, kteří na základě rozhodnutí obce žijí ve formě bydlení nebo ubytování uvedeného v kapitole 5. Oddíl 5 druhý pododstavec hlava 5. § 7 třetí odstavec nebo rovnocenná forma bydlení podléhající povolení nebo obydlí uvedená v kapitole 7. § 1 první pododstavec a 2 zákona o sociálních službách (2001:453). Obec rovněž v souvislosti s denními činnostmi podle kapitoly 3. § 6 téhož zákona poskytuje dobré zdraví a lékařskou péči těm, kteří pobývají v denních aktivitách. Zákon (2018:1727).

¹⁷⁹ Švédská sbírka zákonů, SFS 2001:453, Zákon o sociálních službách, [online]. 2001, [cit. 19. června 2023]. Dostupné z:

https://socialnopolitika.eu/wp-content/uploads/2018/09/%C5%A0v%C3%A9dsk%C3%BD-z%C3%A1kon-o-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEb%C3%A1ch_2001.pdf

¹⁸⁰ Švédská sbírka zákonů, SFS 2017:30 ve znění SFS 2023:191, Zákon o zdravotních a lékařských službách (2017:30), z 9. února 2017 [online], [cit. 18. června 2023]. Dostupné z: <https://lagen.nu/2017:30>

2 § Obec může osobě pobývajícím v obci nabídnout zdravotní a lékařskou péči doma (domácí ošetrovatelství) v běžném bydlení a ve zvláštním bydlení podle kapitoly 5. § 5 třetí odstavce zákona o sociálních službách (2001:453)“. ¹⁸¹

Legislativa zajišťuje, aby občanům byla zajištěna přiměřená životní úroveň. Poskytování dlouhodobé péče je organizováno na místní úrovni. Úroveň se může lišit v závislosti na místních podmínkách. Oficiální cílem dlouhodobé péče ve Švédsku je poskytovat seniorům péči v co největší kvalitě, podporovat jejich nezávislý život a pomoci při zapojení seniorů do občanského života. Směrnice vlády mají zajistit, že příjemci dlouhodobé péče a jejich rodiny a blízcí mohou věřit, že péče nabízená ve Švédsku je důstojná a ve vysoké kvalitě. ¹⁸²

Pokud občan potřebuje zdravotní péči a není potřeba hospitalizace, je mu poskytnuta zdravotní péče v jeho přirozeném domácím prostředí dle základě zákona o zdravotní péči. Speciální péče se poskytuje osobám s Alzheimerovou nemocí¹⁸³, s těžkým zdravotním postižením nebo osobám, kteří trpí vážnou úzkostí či osamělostí. „*Je jedním z cílů péče o seniory pomoc starším lidem a osobám se zdravotním postižením žít normální a nezávislý život. To zahrnuje poskytnout seniorům možnost co nejdéle bydlet ve vlastních domovech. Seniori, kteří i nadále žijí doma, mohou získat různé druhy podpory, aby si usnadnili život, např., téměř všechny obce ve Švédsku nabízejí poskytování hotových jídel v domácnosti. V roce 2019 byla domácí péče poskytována přibližně 170 tisícům osobám starším 65 let, téměř polovina obcí v zemi poskytuje společné stravování pro seniory ve zvláštních denních centrech.*“ ¹⁸⁴

Ve Švédsku je Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí odpovědné za legislativu, Národní rada sociálního zabezpečení dohlíží nad zdravotní péčí a sociálními službami stran kvality poskytování péče a ochrany práv klientů, dále provádí evaluace sociální politiky, zajišťuje školení pracovníků a koordinuje sociální statistiku. Rada kraje je odpovědná za poskytování zdravotní péče v nemocnicích a obec odpovídá za péči o seniory v ošetrovatelských domech, v chráněném bydlení a její odpovědnost je i v případě zajištění zdravotní pomoci v domácnosti.

Jak Průša uvádí, ve smyslu kvality poskytování sociálních služeb jsou ve Švédsku nastaveny standardy kvality kvalitativní a kvantitativní. Na základě toho je systém inspekce schopen lépe vyhodnotit úspěšnost programu. Inspekce kvality sociálních služeb prošla pro

¹⁸¹ Švédská sbírka zákonů, SFS 2017:30 ve znění SFS 2023:191, Zákon o zdravotních a lékařských službách (2017:30), z 9. února 2017 [online], [cit. 18. června 2023]. Dostupné z: <https://lagen.nu/2017:30>

¹⁸² THE SWEDISH LONG-TERM CARE SYSTEM, NANNA FUKUSHIMA, Johanna Adami and Marten Palme, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010. s. 13.

¹⁸³ Alzheimerova nemoc (nejčastější typ demence)

¹⁸⁴ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd. Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 98.

zvýšení efektivity několika vládními zásahy. V roce 2010 byla inspekce z 21 krajských rad převedena na jeden celostátní orgán a v roce 2013 kompetence tohoto orgánu přešla do kompetence Inspektorátu zdravotnictví a sociální péče. Vše vedlo k větší centralizované odpovědnosti.¹⁸⁵

Pozitiva systému jsou především v Zákoně o zdravotních službách, který byl novelizován v roce 2017. Je velmi mladý a přizpůsobuje se stávající geografické a demografické situaci ve státě, v regionech. Zákon o sociálních službách obsahuje závazek obcí spolupráce s poskytováním sociálních služeb, pomoc při umístění občanů do sociálních zařízení a Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí jako jedno ministerstvo je odpovědné za legislativu zdravotně sociálního systému. Z toho je patrné, že zdravotně sociální problematika ve státě je vedena koncepčně. Inspekční systém je v kompetenci Inspektorátu zdravotnictví a sociální péče. Z toho vyplývá, že inspekce také systematicky a koncepčně kontroluje poskytování sociální i zdravotní péče ve státě.

4.3.3. Příprava na komparaci

Jak je patrné z názvu práce, práce se zabývá dlouhodobou péčí se zřetelem na poskytování péče o seniory v domácím prostředí jako veřejným zájmem a pilířem péče o seniory v České republice. Vzhledem k tomu, že výzkumná otázka v zadání práce zní, „má obec zásadní roli v systému veřejné správy v zajišťování a financování poskytování zdravotně sociálních služeb pro své občany“, bude potřeba pohlédnout na veřejnou správu z pohledu nejnižší samosprávné jednotky, kterou je obec. Zda je to obec, která z pohledu legislativy přímo či nepřímo participuje na poskytování dlouhodobé péče pro své občany a jakou roli v dané problematice hrají obce v porovnávaných zemích.

Než přejdu k samotné komparaci, je potřeba si stanovit kritéria, podle kterých bude komparace s uvedenými zeměmi provedena. Poukáži také na rozdílnost nebo podobnost ve třech zemích v souvislosti s poskytováním služeb dlouhodobé péče primárně v domácím prostředí a kvalitou poskytované péče s neméně důležitou etikou. Protože byly popsány i mechanismy financování dlouhodobé péče, komparace se bude okrajově týkat i financování dlouhodobé péče.

¹⁸⁵ PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd. Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. s. 95.

Nejdříve se zaměřím na komparaci Rakouska se Švédskem a v závěru provedu komparaci obou zemí s Českou republikou s výsledným zjištěním pro možnou inspiraci nebo doporučení pro Českou republiku.

4.3.4. Komparace a možná inspirace pro Českou republiku

V úvodu této kapitoly porovnám geografická data. Rozloha Rakouské republiky je 83 879 km² a hustota obyvatel je zde 96 obyvatel/km². V Rakousku žije 8,5 miliónů obyvatel a správní členění je rozloženo do 2 357 obcí (Gemeinde). Švédsko je svojí rozlohou 449 964 km² zhruba pětikrát větší než Rakousko. Hustota obyvatel je 23 obyvatel/km² a v zemi žije 10,5 miliónů obyvatel. Správní členění je rozloženo do 286 obcí (municipalit).

Původní počet obcí byl ve Švédsku 2 500. Geografická zvláštnost Švédska jsou souostrovi, které zemi tvoří, největší souostroví tvoří 24 000 ostrovů.¹⁸⁶ V porovnání obou zemí s téměř stejným počtem obyvatel, s rozdílem pětinasobku rozlohy a hustotou zalidnění by se mohlo jevit, že poskytování dlouhodobé péče bude asi velmi rozdílné. Následující kritéria nám však ukáží, že tomu tak není.

Již z pohledu obcí je komparace velmi zajímavá. Rakousko deleguje na obce kompetence v plánování rozvoje sociálních služeb, odpovědnost za zřízení sociálních služeb a poskytování stacionární péče. V případě, že obec není schopna sociální službu zřídit, má povinnost zajistit občanovi své obce potřebnou službu s náležitou kvalitou u jiných organizací soukromoprávního charakteru. Souhrnem rozvoj služeb, komunitní plánování, zřizování sociálních služeb a samotná péče o umístění občanů do zařízení je zcela v kompetenci obce. V Rakousku je z větší části péče poskytována v domácím přirozeném prostředí s dopomocí kvalifikovaných pracovníků a neformálních pečujících.

Ve Švédsku, jak bylo popsáno v předchozí kapitole, obec nese celkovou odpovědnost za poskytování pomoci v domácím přirozeném prostředí nebo má povinnost zajistit svým občanům místa v pobytových zařízeních. Obec je odpovědná za hodnocení potřeb obyvatelů i komunitní plánování. Pokud občan potřebuje zvláštní podporu, obec zřídí zvláštní formu

¹⁸⁶ Souhrnná teritoriální informace: Rakousko, Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, cit [2023-06-28]. Dostupné z: <https://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2023/06/28/rakousko-souhrnna-teritorialni-informace-2023-124027656.pdf>

Souhrnná teritoriální informace: Švédsko, Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, cit [2023-06-05]. Dostupné z: <https://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2023/06/05/svedsko-souhrnna-teritorialni-informace-2023-161025983.pdf>

MRKLAŠ, Ladislav. *Systémy veřejné správy v evropském kontextu*, k86990. Studijní opora 2023. CEVRO Institut Praha, Katedra Politologie a mezinárodních vztahů.

bydlení k poskytování sociálních služeb a péče. Obec také nabízí a zajistí zdravotní a lékařskou péči v domácím prostředí občana nebo ve zvláštním domácím prostředí, pokud se to takto občan přeje. Stejně tak tomu je v případě osob se zdravotním postižením. Obec zřizuje bydlení se zvláštními službami pro tyto občany a tvoří komunitní plán s ohledem na tyto osoby. Z pohledu organizace, plánování spolupráce s komunitními orgány a poskytovateli je zcela v kompetenci obce. Švédský systém je téměř stejný jako systém v Rakousku. Primárně se obec snaží zajistit péči sociální i zdravotní v domácím přirozeném prostředí občanů, posléze je pro své občany garantem následné péče v pobytových zařízeních. Z tohoto lze odvodit, že systém dlouhodobé péče je nastaven jako veřejný zájem obce v péči o své občany, a to v obou zemích.

Z pohledů modelů formy péče o občany Rakousko a Švédsko uplatňuje rozdílné modely formy sociálně zdravotní péče, stejně tak i z pohledu participace veřejnoprávní solidarity. Rakousko je typické pro mód konzervativního modelu. Z pohledu subsidiarity je primárním účastníkem péče rodina, rodinní blízcí a dobrovolníci, poté komunita a poté stát. Švédsko uplatňuje model sociálně demokratický, který vychází z principu solidarity, jak výraz lidského porozumění, pospolitosti a vzájemné soudržnosti.

Zajištění kvality poskytování sociální a zdravotní péče v Rakousku bylo popsáno v předchozí kapitole. V mezinárodním žebříčku kvality života a zdravotních systémů zaujímá Rakousko jedno z předních míst. Kritéria poskytování sociálních služeb jsou zahrnuta ve standardech kvality a důraz je kladen na prevenci. U domácí péče hodnotí kvalitu poskytování služeb certifikovaní hodnotitelé a v pobytových zařízeních se využívají modely na měření kvality na principu sebehodnocení. Kontrola poskytované kvality je v kompetenci zastupitelství pro péči, jako nezávislého orgánu. Švédsko se prezentuje jako stát blahobytu. Ve Švédsku je kvalita poskytovaných zdravotních a sociálních služeb vychází z kritérií standard kvality kvantitativních a kvalitativních a inspekční systém je v kompetenci Inspektorátu zdravotnictví a sociální péče, který byl pro tuto činnost výhradně zřízen. Komparací kvality poskytování služeb spolu s etikou v obou zemích zjišťujeme, že obě země spolu s veřejným zájmem dbají na i kvalitu poskytování služeb, a to především s primární péčí v přirozeném prostředí.

Financování zdravotně sociálních služeb je v případě Rakouska a Švédska velmi podobné. V obou případech jsou služby financovány z daní občanů. V Rakousku jsou daně převáděny do fondu na péči, z kterého je hrazen primárně příspěvek na péči na dlouhodobou péči a ve Švédsku jsou tyto služby také hrazeny z místních daní, které vybírají zastupitelské instituce krajů a obcí, které plynou do systému sociálních služeb a dlouhodobé péče.

Nyní budeme postupně komparovat jednotlivá kritéria obou zemí s Českou republikou s ohledem na hlavní téma práce dlouhodobá péče V České republice, se zřetelem na

poskytování péče v domácím prostředí jako veřejným zájmem a pilířem péče o seniory v České republice a na výzkumnou otázku v zadání práce, která zní: „Má obec zásadní roli v systému veřejné správy v zajišťování a financování poskytování zdravotně sociálních služeb pro své občany“?

Koncepční a legislativní rámec služeb dlouhodobé péče je v České republice plně v kompetenci ústředních orgánů, a to Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí a povinností obcí je zajistit dostupnost sociálních služeb pro své občany. Sama obec zřizuje veřejné sociální služby nebo je nakupuje od nestátních poskytovatelů. Obec poskytuje informace o službách na svém území, o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb a další spolupráce s kraji či jinými obcemi. Může zpracovávat komunitní plán obce a musí se spolupodílet na střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb kraje. Obec dále zajistí občanovi poskytnutí okamžité pomoci v situaci, kdy mu není poskytována žádná ze sociálních služeb a tato situace by vážně ohrozila život tohoto občana. Obec je také povinna zajistit sociální službu občanům pobývajícím ve zdravotnických zařízeních a tato služba jim nebyla doposud poskytnuta. V komparaci s Rakouskem a Švédskem lze konstatovat, že česká obec má stejné pravomoci v rozvoji služeb a zřizování sociálních služeb na svém území, jen legislativně nemá povinnost zpracovávat komunitní plán svého území. Z pohledu odpovědnosti za pomoc při umístění občana do zdravotnického zařízení nemá česká obec žádné pravomoci, jako je tomu například ve Švédsku. Zajištění zdravotní péče v domácím prostředí, tak jak bylo blíže popsáno v předchozích kapitolách se poskytuje, ale ne v kontextu dlouhodobé péče a jejího komplexního zajištění. To v kompetenci české obce není. V Rakousku i ve Švédsku existují v obcích koordinátoři podpory péče, který propojuje sociální práci a zdravotně sociální péči občanům v domácím prostředí. Přestože strategický program Zdraví 2030¹⁸⁷ má jako jednu z priorit zajištění kontinuity a právo na souběh zdravotně sociální péče pro občany České republiky, v mnoha obcích se tomu neděje. Tedy k České republice lze konstatovat, že veřejný zájem z pohledu poskytování sociálních služeb tu je, avšak z pohledu dlouhodobé péče v domácím prostředí při zajištění zdravotně sociálních služeb pro občany České republiky se komplexně nejeví, přestože se po vzoru jiných států Evropské unie se snaží náš systém o zachování co nejdůstojnějšího stárnutí seniorské populace v domácím přirozeném prostředí.

¹⁸⁷ ZDRAVÍ 2030 – analytická studie Ministerstva zdravotnictví ČR, STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030 [online]. 2023, [cit. 23.června 2023]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>

Tento jev má dopad i na ochranu práv a zájmů seniorů vycházející z Etického kodexu Práva pacientů¹⁸⁸. Občané, kteří zůstávají v domácím prostředí jsou i nadále pacienti svých praktických nebo odborných lékařů. Přístup ke kvalitní zdravotní péči dle kodexu jim bohužel není zajištěn. Proto můžeme mluvit o etice a kvalitě služeb v domácím prostředí v České republice jako o nedostačující. Kontrola kvality poskytování sociálních služeb v pobytových sociálních zařízeních je v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí, což znamená, že inspekce probíhá pouze u sociálních služeb, nikoliv komplexně i se službami zdravotními. Inspekce poskytování zdravotní péče v domácím prostředí se v České republice nekoná vůbec.

Z pohledů modelů formy péče o občany a z pohledu participace veřejnoprávní solidarity je uplatněn v Rakousku mód konzervativní, ve Švédsku mód sociálně demokratický a v České republice se uplatňuje mix modelů.

V komparaci financování dlouhodobé péče se Česká republika se od financování péče s Rakousku liší velmi málo. Financování péče je realizováno z daní, dotací obcí, finanční spoluúčasti občana nebo rodiny. S Rakouskem máme společný prvek ve financování, který ve Švédsku uplatněn není. Je to příspěvek na péči, který je v Rakousku a v České republice vyplácen občanům na financování péče. Rozdíl je v tom, že Rakousko vyplácí příspěvek na péči, který je každoročně valorizován stejně jako důchody, pro dlouhodobou péči a Česká republika vyplácí příspěvek občanům pouze na péči sociálních služeb. V České republice je díky dvěma resortům zdravotní péče hrazena prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Švédsko uplatňuje rozpočtové financování z obecních daní, které vybírají zastupitelské instituce krajů a obcí.

Kritéria, která byla komparována, veřejný zájem obcí, které mají zásadní roli v zajišťování a financování poskytování dlouhodobé péče občanům v obou zemích, prioritou domácího prostředí při poskytování péče, kvalita poskytované péče v souladu s etickými aspekty i kritérium financování služeb jsou zásadní pro deklarování dlouhodobé zdravotně sociální péče jako veřejného zájmu a pilíře péče o seniory v domácím prostředí. Z komparace systémů dlouhodobé péče realizované v domácím prostředí seniora v Rakousku a ve Švédsku je pro Českou republiku jistě mnoho inspirativního. Pro systém České republiky mohou být systémy zemí Rakousko a Švédsko velkou inspirací, především z hlediska systému veřejné správy ve výkonu veřejného zájmu v péči o seniory v České republice.

¹⁸⁸ Práva pacientů ČR, Ministerstvo práce a sociální věci ČR, z 25. února 1992 [online], [cit. 5. června 2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

Závěr

Cílem této diplomové práce s názvem *Dlouhodobá zdravotně sociální péče v domácím prostředí jako veřejný zájem a pilíř o seniory v České republice* bylo zjistit, zda lze nastavit nový funkční model poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče v obcích a za jakých podmínek a v rámci tohoto modelu propojit systém efektivní spolupráce obce, klienta, neformálních pečujících, odborných společností a státních institucí tak aby poskytování terénní zdravotně sociální péče bylo pro občany efektivní a důstojné.

Zachování lidské důstojnosti a práv na ni po celý svůj život mají všichni lidé bez výjimky. Toto deklaruje Všeobecná deklarace lidských práv (New York, 1948)¹⁸⁹. Lidská důstojnost je základním konceptem a hodnotou v oblasti lidských práv a etiky. Je neodmyslitelně spojena se základními právy, jako právo na život, svobodu, rovnost a nedotknutelnost tělesné i duševní integrity. Neméně důležitým aspektem lidské důstojnosti je důstojné zacházení s jednotlivcem v situacích, které vyžadují péči, jako je zdravotní péče, sociální podpora nebo v obtížných situacích. Lidská důstojnost je univerzální hodnotou, která klade jedince do centra veřejného zájmu a zdůrazňuje jeho jedinečnost. Je základním kamenem lidských práv a etického chování. Slouží jako základ pro vytváření spravedlivé a rovnocenné společnosti.

Poskytovaná dlouhodobá péče, která jde ruku v ruce s respektem na důstojnost, práva seniorů a kvalitní život převážně v seniorském věku. Dlouhodobá zdravotně sociální péče zahrnuje širokou škálu služeb, které mohou být poskytovány v domácím přirozeném prostředí klienta nebo v institucionálním prostředí, jako jsou pobytová sociální zařízení nebo zdravotnická zařízení. V mnoha státech Evropy je dlouhodobá péče je koncepčně zavedená a mnohdy legislativně ukotvená. Tímto systematickým propojením zdravotních a sociálních služeb lze docílit efektivity poskytování péče.

Důležité je nejen efektivní poskytování péče, ale také efektivní financování služeb péče zdravotních a sociálních. Hlavní aktéři státu resortů zdravotnictví a sociálních služeb musí na poskytování péče i financování pohlížet koncepčně. Problém vyvstává v momentě, kdy se tyto hlavní aktéři domnívají, že problémy v oblasti dlouhodobé péče vlastně neexistují, obzvláště v koordinaci poskytování péče zdravotní a sociální v terénní formě. Právě v této oblasti je velký potenciál pro úsporu financí státu.

Téma poskytování služeb dlouhodobé péče v terénní formě je velmi úzce spjato s důstojností a etikou. Péče je poskytována lidem se zdravotním postižením, starším lidem,

¹⁸⁹ Všeobecná deklarace lidských práv [online], 1948, [cit. 12. února 2023]. Dostupné z: http://www.lidskaprava.cz/uploads/03_dokumenty/04_uvod/00_VDLP_UDHR-.pdf

lidem s různým typem demence nebo lidem s chronickými fyzickými nebo duševními onemocněními a týká se psychosociální podpory, osobní péče, domácí péče, zdravotní péče, která mnohdy zasahuje do nejintimnějších prostor jedince. Etické kodexy a práva jedinců de facto deklarují, jak by se péče měla poskytovat a nejen ta, i finanční procesy napříč službami, státními institucemi a jedincem.

Z porovnání pobytové a terénní formy poskytování dlouhodobé péče v České republice plyne, že v pobytových službách to funguje a lidé tam být nechtějí, oproti tomu v domácím prostředí to často nefunguje a lidé tam být chtějí. Toto mě přivádí na myšlenku, že téma poskytování terénních služeb si zaslouží mnohem větší pozornost, než jaké se jí v současnosti v českém legislativním rámci dostává.

Obec v tomto řešení může být velmi nápomocná, neboť je občanům nejbližší. Obec zná komunitu na svém území, možnosti řešení a sama by měla být zadavatelem a garantem v péči o své občany, čímž je myšleno zajištění zdravotních a sociálních služeb, které jsou nejadresnějším nástrojem sociální ochrany občanů. Ale obec sama nemá pravomoci a kompetence, dokud ji je nedá stát svými legislativními opatřeními. Měla by to být snaha státu o podporu a řešení veřejného zájmu a významného pilíře péče o seniory v domácím prostředí v České republice.

Prameny a ostatní informační zdroje, které jsem pro vypracování diplomové práce použila, mi umožnily rozšířit si povědomí o problematice poskytování dlouhodobé péče v České republice i v zemích Evropské unie a domnívám se, že novela českého stávajícího systému je nutná. Je zřejmé, že po vzoru jiných států Evropské unie lze nastavit nový funkční model poskytování zdravotně sociální terénní péče v obcích. Dále, efektivně nastavit spolupráci v rámci systému obec, klient, neformální pečující, odborné společnosti a státní instituce, jako garanty důstojného života seniora.

Na otázku, zda má obec zásadní roli v systému veřejné správy v zajišťování a financování poskytování zdravotně sociálních služeb pro své občany, jsem po vypracování diplomové práce došla k závěru, že je to jistě obec, která má tuto zásadní roli, avšak klíčovou roli má stát, který je kompetentní k provádění a regulaci sociální politiky státu. Bez silné role státu tak sociální ochrana občanů jako veřejný zájem a pilíř péče o seniory nemůže efektivně fungovat.

Seznam literatury a dalších informačních zdrojů

Prameny

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. 225 s. ISBN978-80-7492-204-6.

HORECKÝ, Jiří. *Management a kvalita sociálních služeb*. Tábor: Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. 348 s. ISBN978-80-88361-06-0.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2019. 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. 2.vyd. Praha: C.H.BECK,2013. 191 s. ISBN 978-80-7400-474-2.

KOZLOVÁ, Lucie a kol. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.

KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. Praha: Wolter Kluwer, 2010. ISBN 978-7357-585-4.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha: Universita Karlova, 2023. 217 s. ISBN 978-80-246-5076-0.

KUŘE, Josef a kol. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022. 483 s. ISBN 978-80-200-3378-9.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. 304 s. ISBN 978-271-2030-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022.526 s. ISBN 978-80-262-1952-1.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

PECHOVÁ, Karolína a kol. *Paliativní péče v rezidenčních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. 206 s. ISBN 978-80-88361-01-5.

PETRÁŠEK, Josef. *Sociální politika*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 140 s. ISBN 978-80-7452-033-4.

POSPÍŠIL, David a kol. *Sociální služby I*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016. 232 s. ISBN 978-80-906320-4-2.

PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0.

PRŮŠA, Ladislav a kol. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. 1.vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. 366 s. ISBN 978-80-88361-09-1.

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1 vyd. Praha: Portál, 2010. 439 s. ISBN 978-807-3676-803.

TOMEŠ, Igor a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

VOJTÍŠEK, Petr. *Principy solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Universita Karlova, 2018. 135 s. ISBN 978-80-246-3709-9.

SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7.

THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN AUSTRIA, Monika Riedel and Markus Kraus, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010. 31 s. ISBN 978-94-6138-011-1.

THE SWEDISH LONG-TERM CARE SYSTÉM, NANNA FUKUSHIMA, Johanna Adami and Marten Palme, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010. 18 s. ISBN-978-94-6138-031-9.

Právní normy

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách

ČESKO. Zákon č. 248 ze dne 29. června 2000 o podpoře regionálního rozvoje

ČESKO. Zákon č. 586 ze dne 18. prosince 1992 o daních z příjmů

ČESKO. Zákon č. 455 ze dne 2. října 1991 o živnostenském podnikání

ČESKO. Zákon č. 248 ze dne 28. září 1995 o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů

ČESKO. Zákon č. 128 ze dne 12. dubna 2000 o obcích (obecní zřízení)

ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

ČESKO. Vyhláška č. 101 ze dne 13. března 2002, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

ŠVÉDSKO. Švédská sbírka zákonů, SFS 2001:453, Zákon o sociálních službách ze dne 7. června 2001

ŠVÉDSKO. Švédská sbírka zákonů, SFS 2017:30 ve znění SFS 2023:191, Zákon o zdravotních a lékařských službách ze dne 9. února 2017.

Elektronické dokumenty nebo jejich části

Návrh zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči, MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY [online], [cit. 1. března 2023]. Dostupné z:

https://icv.vlada.cz/assets/ppov/lrv/ria/databaze/MSPV-por--c--2_2012.pdf

Etický kodex České lékařské komory (1996, znění z r. 2007), [online]. 2021, [cit. 21. ledna 2023]. Dostupné z:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/pages/priloha5_eticky_kodex_CR.html

Římská smlouva 1947, smlouva o založení Evropského hospodářského společenství (Smlouva o založení EHS, z 25.3.1957) [online]. [cit. 2. února 2023]. Dostupné z:

eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=LEGISSUM:xy0023

Hippokratova přísaha, Masarykova univerzita, z 2021 [online]. [cit. 5.7.2023]. Dostupné

z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/pages/priloha1_hippokratova_prisaha.html

Práva pacientů ČR, Ministerstvo práce a sociální věci ČR, z 25. února 1992 [online], [cit. 5. června 2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

Charta práv pacientů seniorů (1997, znění z r.1998), [online]. 2022, [cit. 18. února 2023].

Dostupné z:

https://www.homolka.cz/data/upload/files/charta_prav_senioru.PDF

Všeobecná deklarace lidských práv [online], 1948, [cit. 12. února 2023]. Dostupné z:

http://www.lidskaprava.cz/uploads/03_dokumenty/04_uvod/00_VDLP_UDHR-.pdf

Lisabonská strategie [online], [cit.11.ledna 2023]. Dostupné z:

<https://mpo.cz/dokument2860.html>

LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV EVROPSKÉ UNIE, Úřední věstník Evropské unie (2012/C 326/02) z 26.10.2012 [online], [cit. 15.června 2023]. Dostupné z:

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT>

Charta Organizace spojených národů a Statut Mezinárodního soudního dvora z 25.6.2020, OSN [online], [cit. 19. června 2023]. Dostupné z:

<https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/07/Charta-OSN-2019.pdf>

KONSOLIDOVANÁ ZNĚNÍ SMLOUVY O EVROPSKÉ UNII A SMLOUVY O FUNGOVÁNÍ EVROPSKÉ UNIE (2016/C 202/01) z 7.6.2016 [online], [cit. 22. června 2023]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=celex%3A12016ME%2FTXT>

Metodiky pro plánování sociálních služeb (MPSV, 2020, znění z roku 2020), [online]. 2020, [cit. 29. června 2023]. Dostupné z:
https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika_obecna.pdf/4d8a3004-0ff5-ee75-74df-c493f6f64132

Koncepce domácí péče, Ministerstva zdravotnictví ČR z 4. května 2021 [online], [cit. 10. června 2023]. Dostupné z:
https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

Akční plán k naplnění Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti na období 2023–2025, Ministerstvo práce a sociální věci ČR, z 16.06.2023 [online], [cit. 17. června 2023]. Dostupné z:
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.apsscr.cz%2Fmedia%2Faktuality%2Fakcni-plan-k-naplzeni-strategickeho-ramce-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2023-2025.docx&wdOrigin=BROWSELINK>

Zdravé stárnutí v EU: potenciál digitálních inovací v oblasti zdravotní a sociální péče pro seniory (Evropská komise), z 12. října 2021 [online], [cit. 6. května 2023]. Dostupné z:
<https://digital-strategy.ec.europa.eu/cs/events/healthy-ageing-eu-potential-digital-innovation-elderly-health-and-social-care>

European pillar of social rights, Secretariat-General (European Commission) z 14.11.2017 [online], [cit. 18.5.2023]. Dostupné z:
<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/ce37482a-d0ca-11e7-a7df-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-62666461>

Akční plán pro evropský pilíř sociálních práv – Zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování – Evropská komise, z 9. dubna 2021 [online], [cit. 20. května 2023]. Dostupné z:
<https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/cs/>

ZDRAVÍ 2030 – analytická studie Ministerstva zdravotnictví ČR, STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030 [online]. 2023, [cit. 23. června 2023]. Dostupné z:
<https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>

Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele (Ministerstvo práce a sociální věci ČR, 2008) [online]. 2008, [cit. 25. března 2023]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9

EUROPE 2020, European strategy for smart, sustainable and inclusive growth [online], [cit. 03. března 2023]. Dostupné z:

<https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>

EVROPSKÁ SOCIÁLNÍ CHARTA (Turín, 18. října 1961) (PŘEKLAD) [online], [cit. 26. května 2023]. Dostupné z:

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/372805/esch.pdf>

Operační program Zaměstnanost plus 2021-2027, MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY [online], [cit. 15. července 2023]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/documents/21802/18372496/Opera%C4%8Dn%C3%AD+program+Zam%C4%9Bstnanost+plus/18b06e76-40f6-4f70-a00a-44759c376ae8>

Švédská sbírka zákonů, SFS 2001:453, Zákon o sociálních službách, [online]. 2001, [cit. 19. června 2023]. Dostupné z:

https://socialnopolitika.eu/wp-content/uploads/2018/09/%C5%A0v%C3%A9dsk%C3%BD-z%C3%A1kon-o-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEB%C3%A1ch_2001.pdf

Švédská sbírka zákonů, SFS 2017:30 ve znění SFS 2023:191, Zákon o zdravotních a lékařských službách (2017:30), z 9. února 2017 [online], [cit. 18. června 2023]. Dostupné z:

<https://lagen.nu/2017:30>

Souhrnná teritoriální informace: Rakousko, Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online], [cit. 20. července 2023]. Dostupné z:

<https://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2023/06/28/rakousko-souhrnna-teritorialni-informace-2023-124027656.pdf>

Souhrnná teritoriální informace: Švédsko, Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, [online], [cit. 20. července 2023]. Dostupné z:
<https://publiccontent.sinpro.cz/PublicFiles/2023/06/05/svedsko-souhrnna-teritorialni-informace-2023-161025983.pdf>

THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN AUSTRIA, Monika Riedel and Markus Kraus, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010 [online], [cit. 21.července 2023]. Dostupné z:
<https://www.ceps.eu/download/publication/?id=6704&pdf=ENEPRI%20RR%2069%20ANCIEN%20Austria.pdf>

THE SWEDISH LONG-TERM CARE SYSTÉM, NANNA FUKUSHIMA, Johanna Adami and Marten Palme, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010 [online], [cit. 21.července 2023]. Dostupné z:
<http://aei.pitt.edu/14600/1/Sweden.pdf>

Ostatní zdroje

VOSTATEK, Jaroslav. Modely financování dlouhodobé péče. *FÓRUM sociální politiky*. č.6/2020. ISSN 1802-5854.

KAPLANOVÁ, Lenka. Neformální pečující jsou neviditelnou skupinou. *Rezidenční péče*. č.3/2022. ISSN 1801-8718.

JEŘÁBEK, Hynek a kol. Rodinná péče o staré lidi. 1.vyd. Praha: *CESES FSV UK*, 2005. ISSN 1801-1640.

Průša, Ladislav. Systém dlouhodobé sociálně zdravotní péče v Rakousku. *Veřejná správa a sociální politika*. Ústav veřejné správy a sociální politiky. Opava. Ročník 1, 2021. č.2/2021.

JEŽEK, Jiří. *Socioekonomická geografie*. Studijní opora 2019. AMBIS. Vysoká škola Praha, Katedra veřejné správy.

MRKLAS, Ladislav. *Systémy veřejné správy v evropském kontextu*, k86990. Studijní opora 2023. CEVRO Institut Praha, Katedra Politologie a mezinárodních vztahů.

KOZLOVÁ, Lucie. *Plánování sociálních služeb a fundraising*, k160175. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra ekonomie.

KOZLOVÁ, Lucie. *Evropské modely sociální politiky*. k160177. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra ekonomie.

JEMELKA, Luboš. *Kontrola veřejné správy a správní dozor*. k83662. Studijní opora 2022. CEVRO Institut Praha, Katedra veřejného práva a veřejné správy.

HNÁTKOVÁ, Jitka. *Právní postavení ombudsmana v ČR a ve světě*. Praha, 2009. 61 s. Diplomová práce na Vysoké škole ekonomické v Praze na Fakultě mezinárodních vztahů. Vedoucí diplomové práce doc. JUDr. Iva Chvátalová, CSc.

Zadání diplomové práce



CEVRO INSTITUTE

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

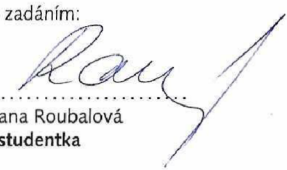
Akademický rok: 2022/2023

Studentka:	Bc. Jana Roubalová
UČO:	9119
Program:	Management sociálních služeb v evropském kontextu
Specializace:	Management sociálních služeb v evropském kontextu
Téma práce:	Dlouhodobá zdravotně sociální péče v domácím prostředí jako veřejný zájem a pilíř péče o seniory v České republice
Téma práce anglicky:	The long-term health and social care in the home environment as a public interest and a pillar of the care for seniors in the Czech Republic
Vedoucí práce:	doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.
Zadání:	<p>ANOTACE Diplomová práce popisuje problematiku systémového řešení poskytování dlouhodobé zdravotně sociální péče v přirozeném domácím prostředí občana seniora v České republice, v rovině praktické i legislativní. Obce by se svojí rolí v oblasti zabezpečení sociální péče pro své občany měli mít nastavený procesní a ekonomicky efektivní systém terénní péče v souvislosti s principem sdílené péče. První část se zabývá čtyřmi základními tématy. Sociální politikou a rolí státu v sociální politice, obcí a její rolí v oblasti péče o seniory, seniorem, jako cílovou skupinou sdílené péče a etikou v poskytování dlouhodobé péče s etickými problémy v geriatрии. Druhá část popisuje stávající model poskytování terénní zdravotně sociální péče, poskytování zdravotně sociální péče v pobytových zařízeních a komparaci systémů dlouhodobé zdravotně sociální péče v České republice s Rakouskou republikou a Švédskem. Cílem práce je zjistit, zda lze nastavit nový funkční model poskytování dlouhodobé zdravotně sociální terénní péče v obcích a za jakých podmínek. V rámci nového modelu propojit systém efektivní spolupráce obce, klienta, neformálních pečujících, odborných společností a dotčených státních institucí tak, aby poskytování terénní zdravotně sociální péče bylo pro občany efektivní a důstojné. VÝZKUMNÁ OTÁZKA Má obec zásadní roli v systému veřejné správy v zajišťování a financování poskytování zdravotně sociálních služeb pro své občany?</p>

Literatura:

Prameny ADAMS, Peter, J. Reflecting on the Inevitable: Mortality at the Crossroads of Psychology, Philosophy and Health. New York: Oxford University Press, 2019. ISBN 9780190945088
HAMPLOVA, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1477-1. HAMPLOVA, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2827-3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6. KALVACH, Zdeněk a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4. KÁŇA, Pavel a kol. Základy veřejné správy. 5.vyd. Ostrava: Montanex, 2019. 416 s. ISBN 978-80-7225-465-1. KOLDINSKÁ, Kristína. Sociální právo. 2.vyd. Praha: C.H.Beck, 2013. 207 s. ISBN 978-80-7400-474-2. KOZLOVÁ, Lucie a kol. Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7. KREBS, Vojtěch a kol. Sociální politika. Praha: Wolter Kluwer, 2010. ISBN 978-7357-585-4. KRÍŽOVÁ, Eva. Sociální práce v mezinárodní perspektivě. Praha: Universita Karlova, 2023. 217 s. ISBN 978-80-246-5076-0. KUŘE, Josef. Rozhodování o zdravotní péči v závěru života. Praha: Academia, 2022. 483 s. ISBN 978-80-200-3378-9. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. 304 s. ISBN 978-80-271-1638-7. MATOUŠEK, Oldřich a kol. Strategie a postupy v sociální práci. Praha: Portál, 2022. 526 s. ISBN 978-80-262-1952-1. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Stáří a smysl života. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2. PCHOVÁ, Karolína a kol. Paliativní péče v rezidenčních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. 206 s. ISBN 978-80-88361-01-5. PRUDKÁ, Šárka. Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0. PRŮŠA, Ladislav a kol. Dlouhodobá péče nejen v České republice. 1.vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. 366 s. ISBN 978-80-88361-09-1. STUDENT, Ute. Sociální práce v hospici a paliativní péči. Jinočany: HSH Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1. TOMEŠ, Igor a kol. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum, 2015. 167 s. ISBN 978-80-246-2941-4. TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 439 s. ISBN 978-807-3676-803. VOJTÍŠEK, Petr. Princip solidarity ve financování služeb sociální péče. Praha: Karolinum 2018. 135 s. ISBN 978-80-246-3709-9. WARRAICH, Haider. Modern Death: How Medicine Changed the End of Life. New York: St. Martin's Press, 2017. ISBN 1250104580. Právní normy ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ČESKO. Zákon č. 248 ze dne 29. června 2000 o podpoře regionálního rozvoje ČESKO. Zákon č. 586 ze dne 18. prosince 1992 o daních z příjmů ČESKO. Zákon č. 455 ze dne 2. října 1991 o živnostenském podnikání ČESKO. Zákon č. 248 ze dne 28. září 1995 o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů ČESKO. Zákon č. 128 ze dne 12. dubna 2000 o obcích (obecní zřízení) ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. ČESKO. Vyhláška č. 101 ze dne 13. března 2002, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Souhlasím se zadáním:


Bc. Jana Roubalová
studentka

16. 4. 2023
doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.
vedoucí práce

Strana 2 z 2