



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie

–

Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe

2015

Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002

Hana Geissler, Anežka Holeňová, Terezie Horová, Daniel Jirát,
Dagmar Solnářová, Kamila Svobodová, Vladimíra Tomášková



Obsah

1. Úvod	6
2. Velká Británie	7
2.1. Systém sociálního zabezpečení ve Velké Británii	7
2.2. Situace v oblasti neformální péče	8
2.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatелů	10
2.4. Závěr	15
3. Německo	17
3.1. Systém sociálního zabezpečení v Německu	17
3.2. Situace v oblasti neformální péče	19
3.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatелů	22
3.4. Závěr	30
4. Švédsko	31
4.1. Švédský systém sociálního zabezpečení	31
4.2. Situace v oblasti neformální péče	32
4.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatелů	34
4.4. Závěr	39
5. Španělsko	40
5.1. Španělský systém sociálního zabezpečení	40
5.2. Situace v oblasti neformální péče	43
5.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatелů	44
5.4. Závěr	48
6. Polsko	50
6.1. Polský systém sociálního zabezpečení	50
6.2. Situace v oblasti neformální péče	51
6.3. Nástroje a opatření na podporu neformálních pečovatелů	52
6.4. Závěr	57
7. Komparace	58
7.1. Sociální stát a role rodiny v zabezpečování potřeb	58
7.2. Situace v neformální péči	61
7.3. Finanční podpora pečujících rodin	66
7.4. Podpora pečujících osob na trhu práce	71
7.5. Služby pro pečující i na péči závislé osoby	74

8. Zhodnocení nástrojů na podporu pečujících osob užívaných ve vybraných státech ve vztahu k české praxi	79
9. Závěr	84
10. Zdroje.....	86

Seznam zkratk

ALV	Arbeitslosenversicherung – Pojištění pro případ nezaměstnanosti –
ČR	Česká republika
EQLS	European Quality of Life Survey – Evropský průzkum kvality života
EU	Evropská unie
FGŚP	Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych – Fond garantovaných příjmu zaměstnance
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung – Zákonné zdravotní pojištění
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
KA	Klíčová aktivita
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – Fond zemědělského sociálního zabezpečení
LAU	Local administrative unit – Místní správní jednotka
MPiPS	Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstvo práce a sociálních věcí
NBHWS	National Board of Health & Welfare Sweden
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia – Národní fondu zdraví
NUTS	Nomenclature of Units for Territorial Statistics – Nomenklatura územních statistických jednotek
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie – Okresní centra rodinné pomoci
PV	Pflegeversicherung – Sociální pojištění péče
RV	Rentenversicherung – Důchodové pojištění
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia – Systém pro autonomii a ochranu závislosti
SGB	Sozialgesetzbuch – Německý sociální zákon
UK	United Kingdom – Spojené království
UV	Unfallversicherung – Zákonné úrazové pojištění
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Správa sociálního zabezpečení

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Počet pečujících v Anglii, Walesu, Skotsku a Severním Irsku v roce 2011.....	10
Tabulka 2: Osoby odkázané na pomoc podle pokrytí péče, pohlaví a stupně péče (2011)	19
Tabulka 3: Reálný přehled počtu uživatelů jednotlivých typů služeb a neformální péče	20
Graf 1: Zaměstnanost hlavních pečujících osob v letech 1998 a 2010 (v %).....	21
Tabulka 4: Počet pečujících osob starších 18 let ve švédské populaci podle intenzity poskytované péče (2012)	34
Tabulka 5: Pečující osoby podle věku a pohlaví	34
Graf 2: Celkové veřejné sociální výdaje v % HDP v roce 2014.....	59
Tabulka 6: Sociální stát a role rodiny v zabezpečování potřeb ve vybraných státech	60
Graf 3: Nejvhodnější řešení péče o staré rodiče	61
Graf 4: Péče o staršího člena rodiny.....	62
Graf 5: Intenzita péče o péče o staré příbuzné nebo příbuzné s postižením.....	63
Tabulka 7: Neformální péče ve veřejně-politických dokumentech a datech ve vybraných státech.....	65
Graf 6: Výdaje na dávky sociální ochrany na hlavu v PPS za rok 2010	66
Graf 7: Porovnání výdajů na dávky pro osoby se zdravotním znevýhodněním v roce 2010	69
Tabulka 8: Finanční podpora pečujících rodin ve vybraných státech.....	70
Tabulka 9: Podpora pečujících osob na trhu práce ve vybraných státech	73
Graf 8: Pomoc profesionálního pomocníka s běžnými aktivitami.....	75
Graf 9: Kde lidé tráví závěr života.....	76
Tabulka 10: Podpora pečujících rodin a osob v péči prostřednictvím služeb	77

1. Úvod

Zpráva „*Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*“ je předkládána v rámci realizace projektu „*Podpora neformálních pečovatелů*“ klíčových aktivit 01.01 „*Komplexní zmapování současné situace pečujících osob v ČR*“, 02.01 „*Analýza veřejných nástrojů podpory pečujících osob v ČR i zahraničí a návrh politiky na podporu neformálních pečovatелů*“ a klíčové aktivity 05 „*Vyhodnocení dopadů zahraničních politik a jejich přenositelnosti do ČR na základě výměny zkušeností se zahraničními aktéry*„. V analytických aktivitách 01.01 a 02.01, které se primárně věnují České republice, je obsažen i úkol zmapovat situaci v zahraničních zemích a vyhledat příklady dobré praxe pro tvorbu politiky v ČR. Důvodem, proč je tato část analýzy předkládána v rámci dvou klíčových aktivit, je fakt, že při pozornosti věnované určitému cizímu státu jsme shledali jako přínosné zabývat se zkoumaným jevem komplexně a jednotlivé případy nedělit. Nad rámec obou aktivit a původního popisu projektu byla analýza doplněna o komparaci. Vzhledem k množství informací shromážděných v rámci KA 01 a 02 a jejich detailnímu vyhodnocení byl výstup na základě výměny zkušeností se zahraničními aktéry doplněn o vyhodnocení dopadů zahraničních politik a jejich přenositelnost do ČR.

Cílem komparativního výzkumu v projektu není komparace sama o sobě jako taková, ale nalezení inspirativních příkladů z praxe, které následně poslouží při tvorbě české politiky. Na otázku „co se můžeme od ostatních naučit?“ však nelze zodpovědět bez úvahy o reálné přenositelnosti jednotlivých opatření. Při tvorbě případových studií jsme tak věnovali pozornost nejen podobě politik a opatření, ale i vnějším faktorům a podmínkám a byly-li dostupná určitá vyhodnocení dopadů politik, pak i těmito informacím (Geissler, Mouralová 2011: 176-178). Každá z případových studií tak obsahuje úvodní popis systému sociálního zabezpečení v dané zemi, informace o neformální péči a kontextu pečování a nakonec přehled různých typů existujících nástrojů podpory neformálních pečovatелů.

Hlavním obsahem této zprávy je 5 případových studií mapující neformální péči a zavedená opatření na podporu neformálních pečovatелů v zemích Evropské unie. Při jejich výběru byla použita Millova metoda rozdílu (ibid.: 182-183), tedy se záměrem získat v rámci Evropy co nejširší průřez a paletu implementovaných nástrojů byly vybrány odlišné země, které reprezentují různé režimy sociálního státu dle typologie Esping-Andersena. Liberální model reprezentuje Velká Británie, konzervativní model Německo, skandinávský model Švédsko, středozemní model Španělsko a postkomunistický model Polsko (cit. dle Potůček 1995). Závěrečné dvě kapitoly zprávy pak obsahují komparaci a zhodnocení nástrojů na podporu neformálních pečovatелů ve vybraných státech ve vztahu k české praxi.

Analýza zahraničních případů používá přístup komparativního výzkumu, který je zaměřený na konkrétní příklady. Jejím cílem je porozumět obecnějším jevům, analýza usiluje o holistický pohled. Tento přístup využívá kvalitativní metody (Geissler, Mouralová 2011: 178-180). Metodologicky případové studie čerpají zejména ze studia dat a dokumentů, v několika případech byli kontaktováni experti v daných zemích s žádostí o informace a s upřesňujícími dotazy.

2. Velká Británie

2.1. Systém sociálního zabezpečení ve Velké Británii

Velká Británie se řadí mezi zástupce liberalistického pojetí sociální politiky. Klasický liberalismus je opakem současných sociálních politik a zakládá se na minimalizaci zásahu státu do hospodářství. Zdůrazňuje odpovědnost jedince za uspokojování svých sociálních potřeb. Podle takového modelu by se měl v zásadě každý postarat sám o sebe (Vostatek et al. 2013: 63). Moderní liberální model již pomoc sociálním skupinám zahrnuje, chápe ji jako metodu základního sociálního zabezpečení. V případě, že se jedinec dostane do vážné životní situace, měl by nejdříve pomoci trh a rodina. Podpora od státu přichází až v případě, kdy ostatní mechanismy selžou. Při posuzování nároku na státní pomoc se testuje příjem jedince a mohou mu být poskytnuty pouze minimální dávky. V praxi tedy hraje v britské sociální péči rozhodující roli zejména poskytování pomoci ze strany rodiny, přátel a známých potřebné osoby (Vostatek et al. 2013: 64). Role neformálních pečovatelských je tedy v liberalistické Británii nezastupitelná.

Systém sociálního pojištění a podpory

Samotný systém sociálního zabezpečení tvoří ve Velké Británii příspěvkové, nepříspěvkové a na příjmu závislé dávky. Příspěvkové dávky jsou zajišťovány Fondem národního pojištění a financují se z povinných příspěvků na pojistném, které se odvozují od příjmů zaměstnanců, a platí je většina pracovníků a zaměstnanců. Dávky jsou převážně paušální a používají se na pokrytí výdajů spojených se stářím, nemocí, mateřstvím, nezaměstnaností a ztrátou partnera. Nepříspěvkové dávky se hradí z daní a vztahují se například k invaliditě nebo počtu dětí v rodině. Poslední dávky závislé na příjmu jsou náhradou příjmu. Hradí se z veřejných daní a zastávají funkci záchranné sítě.

Během produktivního věku odvádí Britové ze svého příjmu sociální pojištění, které je jedním z nejnižších v Evropské unii. Díky nízkému sociálnímu pojištění je také státní penze v Británii nízká. Součástí sociálního pojištění je jak důchodové pojištění, zdravotní pojištění, tak nemocenské pojištění a pojištění nezaměstnanosti. V rámci důchodového pojištění se poskytuje základní státní důchod, státní důchod druhého stupně, penze pro staré občany (nepříspěvková výsluhová penze pro osoby starší 80 let) a důchodový příspěvek pro občany. Základní státní důchod je fixní, nezávisí na výši příjmu během života a je základní složkou příjmů každého seniora. Nárok na něj vzniká automaticky po splnění dvou podmínek, a to dosažení předepsaného pojištění minimálně 30 let¹ a věkové hranice pro odchod do důchodu, která je u žen stanovena na 60 let a u mužů na 65 let (Gola 2011).

Druhý stupeň státního důchodu, v závislosti na odvodech na pojistném v produktivním věku, je výhodnější pro osoby s vyšším výdělkem či samostatně výdělečně činné. Systém důchodového zabezpečení umožňuje pojištěncům, aby si za určitých podmínek zvolili pilíř, do kterého chtějí přispívat. V případě, že přesáhnou výdělky osoby určitou částku, automaticky se odvede povinná část na základní státní důchod a zbývající část může pojištěnec investovat do komerčního pojištění jako například do soukromého investičního fondu. Pečovatelé pobírající příspěvek pro pečující na druhý stupeň

¹ Doba pojištění ovlivňuje výslednou výši důchodu. Čím vyšší dobu pojištění občan získá, tím vyšší penzi bude pobírat.

důchodového pojištění z důvodu nízkých příjmů většinou nedosáhnou a čerpají tak důchod v základní výši (Gola 2011).

Systém sociálních služeb

Za doručování dávek pojištěncům zodpovídá Ministerstvo práce a důchodů, které dále zajišťuje podporu a konzultace pracujícím důchodcům, rodinám a dalším. Na úrovních místní správy je systém sociálních služeb spravován místní vládou složenou z rad hrabství a menších okrskových rad. Ve městech mají stejný úkol na starost městské okrsky. Místní správní orgány však většinou samy neposkytují sociální služby, ale častěji uzavírají smlouvy o poskytování sociálních služeb se subjekty činnými v soukromém či dobrovolnickém sektoru. Role místních správních orgánů spočívá zejména v regulaci a kontrole kvality poskytovaných služeb jak veřejnoprávními subjekty, tak soukromým sektorem. K tomuto účelu zřizují tzv. registrační týmy, které mají kontrolu na starost (Koldinská 2004: 65).

2.2. Situace v oblasti neformální péče

V celém Spojeném království funguje poměrně rozvinutý systém podpory neformálních pečovatelů (Simon 2011: 451). První významnější podpora skupiny pečujících osob přišla s labouristickou vládou v roce 1999, kdy byl přijat dokument „**Národní strategie pro pečující**“ („**National Strategy for Carers**“) obsahující program na podporu neformálních pečovatelů (Government UK 1999). Dokument byl následně roku 2010 revidován. Změna spočívala především ve větším zacílení politiky na rozpoznání pečujících osob, jejich docenění a podporu (HM Government 2010). V roce 1999 byla také publikována zpráva „**Královské nařízení pro dlouhodobou péči**“ („**Royal Commission on Long Term Care**“) navrhuující podpůrná opatření pro pečující (Pickard 2001: 442).

V roce 2004 byl vydán **Zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby** („**Carers (Equal Opportunities) Act**“), jehož cílem je zakotvit podporu neformálních pečovatelů a zajistit, aby pečující osoby byly uznány veřejnými orgány jako cílová skupina sociální politiky. Pečující osoby mají být informovány o svých právech a potřebách v oblasti vzdělávání, trhu práce a volnočasových aktivit. Podle zákona mají pečovatelé mít stejné životní šance a příležitosti jako ostatní. V praxi to znamená, že místní správa má podporovat informovanost pečujících osob na veřejných místech jako v ordinacích praktických lékařů, v knihovnách, supermarketech, školách, komunitních centrech i na internetu. Místní správa má také zajišťovat rovnocenný přístup k práci, vzdělání a volnočasovým aktivitám (*Carers (Equal Opportunities) Act* 2004).

V roce 2014 následně dosavadní zákony rozšířil nový **Zákon o péči** („**Care Act**“), který se zaměřuje na přístup lokální správy k posouzení závislých osob a jejich pečovatelů, kritériím determinující nárok na podporu, novým povinnostem místní správy a financování pobytových zařízení a komunitních služeb. Nově se místní správa nevěnuje pouze uživatelům služeb pro pečovatele, ale je její povinností rozvíjet a podporovat kvalitu života všech pečujících osob. Zároveň uživatelům nebo potenciálním uživatelům služeb péče je místní správa povinna umožnit přístup k nezávislému finančnímu poradenství, jež je financováno z lokálních prostředků. Zvyšují se také práva a možnosti pečovatele při odvolání proti výsledku posouzení (Care Act 2014). Tento zákon také zahrnuje obecnou definici pečovatele jako „*dospělé osoby, která poskytuje či se chystá poskytovat neplacenou péči jiné dospělé*“

osobě vyžadující péči². Definice navazuje na dřívější specifikaci pečovatелů v **Zákoně o uznání a službě pečovatелů** z roku 1995 („**Carers (Recognition and Service) Act 1995**“), kde byl neformální pečovatel vymezen jako „osoba poskytující či mající v úmyslu poskytovat značné množství základní neplacené péče relevantní osobě“³.

Neformální péče je podporována vládou zejména z toho důvodu, že nastavení liberální politiky počítá v sociální péči s pomocí blízkých a příbuzných při péči o osoby se znevýhodněním. Tato politika je také výhodná pro státní pokladnu, protože ročně ušetří zhruba £119 miliard (přibližně 3,98 biliónů Kč) vynaložených na péči o závislé osoby, kdyby byly umístěné v institucionálním zařízení.

Počty pečujících osob jsou v Británii sledovány při sčítání lidu, ve kterém je zařazena otázka přímo na neplacenou péči o blízkou osobu⁴. Celostátní census přináší mnoho údajů o pečujících osobách, které ukazují potřebnost nastavení vhodné sociální politiky na podporu neformálních pečovatелů v zemi.

Pečující ve Velké Británii tvoří nemalou část společnosti (celkem 6,5 milionu obyvatel), což znamená, že každý osmý dospělý člověk⁵ (nad 18 let) pečuje o osobu blízkou (Carers UK 2014a: 1-2). Při porovnání posledního sčítání lidí v roce 2011 a předposledního v roce 2001 (Tabulka 1), vzrostl počet pečujících o 11 % (o 620 000 obyvatel). Odhaduje se, že v roce 2037 bude ve Velké Británii 9 milionů pečovatелů. Péči poskytují zejména svým rodičům či partnerům⁶.

Přes 1,4 milionů pečovatелů poskytuje neplacenou péči více jak 50 hodin za týden. Majoritní část pečujících osob tvoří lidé v produktivním věku, více jak 2 miliony obyvatel jsou pečovatелé ve věku 50-64 let. Rozložení mužů a žen mezi pečovateli je celkem vyrovnané. Ženy lehce převažují se zastoupením 58 % pečovatелů a muži tvoří 42 % (Carers UK 2014a: 1). Při srovnání podle počtu hodin je již rozdíl mezi zastoupením markantnější. Pokud bereme v úvahu pouze pečovatелé pobírající příspěvek pro pečovatелé, tedy pečující více jak 35 hodin týdně, tak zastoupení žen vzroste na 73 % z této skupiny. Z nich pečují převážně ženy ve středním věku (NHS 2010).

² „Carer“ means an adult who provides or intends to provide care for another adult (an “adult needing care”). (Care Act 2014; 10 (3)).

³ „(...) an individual (“the carer”) provides or intends to provide a substantial amount of care on a regular basis for the relevant person“ (Carers (Recognition and Service) Act 1995; 1 (b)),

⁴ Obyvatelé v rámci Sčítání lidu byli dotázáni, zda poskytují neplacenou péči svým rodinným příslušníkům, přátelům či dalším osobám z důvodu jejich dlouhodobé (fyzické či duševní) nemoci nebo z důvodu nemoci vážících se na stáří a kolik hodin týdně péči věnují. („Do you provide unpaid care to family members, friends, neighbours or others because of long-term physical or mental ill health or disability, or problems related to old age and for how many hours per week?“)

⁵ Počet obyvatel ve Spojeném království je podle posledního sčítání z roku 2011 celkem 63 022 532 obyvatel, z toho činí dospělá populace (nad 18 let) 49 605 268 obyvatel (Eurostat 2014c).

⁶ Podle výzkumu NHS 2010, dvě třetiny pečujících (66 %) vypovědělo, že pečuje o svého rodiče či partnera.

Tabulka 1: Počet pečujících v Anglii, Walesu, Skotsku a Severním Irsku v roce 2011⁷

	Počet pečujících osob v roce 2001	Počet pečujících osob v roce 2011
Anglie	4 877 060	5 430 016
Severní Irsko	185 086	213 980
Skotsko	481 579	492 031
Wales	340 745	370 230
Spojené království celkem	5 884 470	6 506 257

Zdroj: Carers UK 2014a: 1

Přestože se stát snaží tuto významnou skupinu osob různými nástroji podpořit, setkávají se pečující s podobnými potížemi jako neformální pečovatelé v České republice. Přes 45 % z pečujících musí v Británii opustit práci, aby mohlo pečovat o svého rodinného příslušníka či jinou blízkou osobu. Celkem dvě třetiny pečujících zaznamenává u sebe depresi a zhoršení svého psychického stavu na základě pečování. Necelá polovina pečujících osob se potýká se špatnou finanční situací (Carers UK 2014b). Skupina pracujících pečovatelů se ve Spojeném království potýká s podobnými problémy jako v jiných zemích, jako je stres vyplývající z kombinování práce a péče (problém náročnosti a nepředvídatelnosti péče), nedostupnost a nepružnost potřebného pečovatelského servisu a neflexibilní pracovní doba. Díky těmto potížím často neformální pečovatelé nedobrovolně opouštějí svou práci (Starr 2012: 7).

2.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatelů

Ve Velké Británii je možné se inspirovat rozmanitými nástroji, které se k podpoře pečujících využívají. K tvorbě politiky pro neformální pečovatele se přistupuje strategicky na základě výše zmíněných dokumentů, a to jednak „**Národní strategie pro pečující**“ („National Strategy for Carers“), která obsahuje program na podporu neformálních pečovatelů. Podpůrná opatření řeší zejména „**Královské nařízení pro dlouhodobou péči**“ („Royal Commission on Long Term Care“). Podpora je ošetřena také zmiňovaným **Zákonem o rovných příležitostech pro pečující osoby** („Carers (Equal Opportunities) Act“) a **Zákonem o péči** („Care Act“).

Paleta nástrojů na podporu neformální péče je široká a reagující na různé potřeby této cílové skupiny. Jedna z možností podpory přichází skrze finanční pomoc ve formě státních příspěvků a dávek. Další oblasti podpory pečujících přináší trh práce a zaměstnavatelé, kteří se snaží si udržet kvalifikované pracovníky z řad neformálních pečovatelů. Jiná významná oblast pomoci se věnuje informovanosti a vzdělávání pečujících osob. V neposlední řadě mohou pečující osoby využít také nabídky sociálních a zdravotnických služeb. Jednotlivým oblastem se budou blíže věnovat další podkapitoly.

⁷ Osoby byly v rámci Sčítání lidu dotázány, zda poskytují neplacenou péči svým rodinným příslušníkům, přátelům či dalším osobám z důvodu jejich dlouhodobé (fyzické či duševní) nemoci nebo z důvodu nemoci vážících se na stáří a kolik hodin týdně péči věnují. („Do you provide unpaid care to family members, friends, neighbours or others because of long-term physical or mental ill health or disability, or problems related to old age and for how many hours per week?“)

Finanční podpora neformálních pečovatелů

Jak již bylo zmíněno, ve Velké Británii je veřejná správa v sociální péči v kompetenci místní správy a podpora pečujících je tak realizována specificky v Anglii, Walesu, Skotsku i Severním Irsku. Přesto jsou některá rozhodnutí a aktivity podporovány napříč všemi územními celky. Jedná se zejména o dávky a příspěvky od státu pro pečující osoby, které jsou zakotvené v zákonech.

Nejvýznamnější dávkou pro neformální pečovatele je tzv. **příspěvek pro pečující osoby („Carer's Allowance“)**. Tento příspěvek je určen pro hlavní pečující o osoby se znevýhodněním. Příspěvek pro pečující může získat pouze jedna osoba v případě, že existuje více osob pečujících o jednu závislou osobu. Za osobu se znevýhodněním se považují ti, kdo pobírají příspěvek na péči („Attendance Allowance“) nebo invalidní důchod („Disability Living Allowance“) nebo příspěvek pro dlouhodobě nemocné („Personal Independence Payment“). Pro rok 2014 odpovídá výše příspěvku pro pečovatele částce £61,35 za týden (přibližně 2 025 Kč týdně). Dávku mohou pobírat i pečující osoby, které nejsou příbuzné a nežijí v jedné domácnosti se závislou osobou. Podmínkou je minimální věk 16 let, dokončené vzdělání⁸, výdělek pečovatele nižší než £102 týdně (3 367 Kč)⁹ a poskytování péče více než 35 hodin týdně¹⁰ (GOV UK 2014). Příspěvek pro pečující osoby v Británii podléhá zdanění jako většina státních benefitů (penzijní pojištění, dávka v nezaměstnanosti a další). Příjem britské domácnosti však mohou kompenzovat další dávky určené pro opečovávané osoby jako příspěvek na péči pro závislé osoby („Attendance Allowance“) odpovídající českému příspěvku na péči, který zdanění nepodléhá.

Každý, kdo má na příspěvek pro pečující osoby nárok, si může vybrat, zda mu vyhovuje vyplácení příspěvku týdně předem, nebo jednou za 4 až 13 týdnů. Proces přiznání příspěvku může trvat od 4 do 6 týdnů. Příspěvek pro pečující osoby se obvykle nepřiznává, pokud již dotyčný pobírá jiné dávky (jako příspěvek na bydlení, podpora v nezaměstnanosti, mateřská dovolená atd.). Pokud je ale celková hodnota jiných příspěvků nižší než výše příspěvku pro pečující osoby, tak je možné požádat o příspěvek pro pečující osoby v nižší výši jako doplnění jiné pobírané dávky do celkové možné výše příspěvku. Příspěvek pro pečující osoby obvykle bývá vyplácen do věku 64 let, kdy pečovatelé dosáhnou důchodu.

Pečovatelé mohou nepřímo využít jednu z dalších dávek, které jsou primárně určené pro opečovávané osoby jako **příspěvek na péči („Attendance Allowance“)**, **invalidní důchod („Disability Living Allowance“)** nebo **příspěvek pro dlouhodobě nemocné („Personal Independence Payment“)**. Další dávky jsou určené pro osoby s nízkým příjmem, kde pečovatelé mohou pobírat **příspěvek na bydlení („Housing Benefit“)**.

Sumární částka všech vyplácených dávek státem však nesmí přesáhnout hranici maximální výše. V Británii totiž existuje finanční strop (Benefit cap), který určuje maximální možnou výši výplaty, kterou

⁸ O příspěvek nemohou žádat osoby, jež studují, a proces vzdělávání odpovídá plnému pracovnímu úvazku.

⁹ Částka £102 týdně je minimální hranice pro platbu sociálního pojištění. Lidé s nižšími příjmy jsou od platby sociálního pojištění osvobozeni.

¹⁰ Do počtu hodin strávených péčí se zahrnuje čas vynaložený na fyzickou pomoc opečovávané osobě, hlídání osoby, vykonávání praktických úkolů spojených s péčí (např. vaření) včetně i těch úkolů, u kterých není opečovávaná osoba přítomná. Například pokud opečovávaná osoba dochází do domácnosti pečovatele, do počtu hodin se započítává i příprava a úklid před příchodem a po odchodu opečovávané osoby. Nepočítá se však čas strávený na cestě za opečovávanou osobu.

mohou lidé ve věku 16-64 let od státu za souhrn dávek obdržet. Týdně je cena udána £500 pro rodiče s dětmi či páry bez dětí a £350 pro samoživitele žijící bez dětí (GOV UK 2014).

Výše dávek však není nijak značná. Rodiny se často potýkají s dodatečnými náklady spojenými s péčí, jako jsou výdaje na sociální služby nebo vyšší životní náklady v případě nemoci či dodatečné náklady na dopravu a další výdaje jako i například parkovné u nemocnic. Téměř 30 % pečovatелů zaznamenalo v důsledku péče pokles v příjmu domácnosti o více jak £20 000 ročně. Příspěvek pro pečující by měl tento pokles příjmů vyrovnat, avšak jeho přísná kritéria na přiznávání, která vychází z minimálních životních příjmů, a jeho nízká výše, tak často přivádí pečující osoby do finančních potíží. Jeden z deseti neformálních pečovatелů je nucen hradit základní výdaje na živobytí ze svých úspor a téměř polovina (44 %) pečovatелů se potýká s dluhy (Carers UK 2014a: 18-20).

Sociální pojištění a státní penze

Pečující jsou však zajištěni dalším způsobem. Lidé s nízkými příjmy během produktivního věku sociální pojištění neplatí. V penzi tak mají nárok na **důchodový příspěvek**, který je určen pro osoby s příjmem pod předepsaným minimem. Do této skupiny spadají i osoby pobírající příspěvek pro pečující, jelikož jedna z podmínek přidělení příspěvku je právě příjem pod hranicí životního minima £102 týdně. Během doby, kdy pobírají příspěvek pro pečující, je jim započítáváno stejné důchodové pojištění jako pro pracující s nejnižším dosaženým příjmem. Z něho se pak odvíjí důchodový příspěvek, který od dosažení důchodového věku plynule nahrazuje dřívější příspěvek pro pečující (Carers UK 2014b). Pokud se pečující starají o osobu více jak 10 let, mohou v rámci důchodového příspěvku získat extra příjem £16 týdně za každý rok strávený péčí (Carers UK 2014b).

Pečovatelé s nízkými příjmy, kteří nepobírají žádný příspěvek, který by jejich malý příjem kompenzoval, mohou získat **dávku pro výdělečně činné pečovatele („Carer's Credit“)**, která se odvíjí od příjmu a je náhradou základní státní penze (CARERS UK 2014b). Dávka sestává ze dvou částí, kde jedna je garantovaná státem a je posuzována podle úspor a příjmu. Druhá část se odvíjí od úspor a mají na ní nárok ti, kteří mají nárok na státní důchod druhého stupně či skromné úspory (GOV UK 2014).

Podpora pečujících na trhu práce

Jak už bylo zmíněno výše, postavení pečujících osob na trhu práce je v mnoha ohledech problematické stejně jako v jiných zemích. Vláda reagovala na tuto problematiku zákonem „Employment Relations Act“ z roku 1999, kde schválila právo pečujících na **mimořádnou dovolenou v důsledku péče** (v urgentních případech, většinou jednodenní). V roce 2002 byla následně mimořádná dovolená v tomto zákoně doplněna **právem pečujících na pružnou pracovní dobu**¹¹. Následně bylo v **zákoně o rovnoprávnosti („Equality Act“)** z roku 2010 pečujícím přiznáno, že mají právo na **ochranu před diskriminací jak v zaměstnání, tak při poptávce po zboží a službách**. Roku 2004 **zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby („Carers (Equal Opportunities) Act“)** uložil místním úřadům

¹¹ V prvotní fázi nezahrnoval zákon všechny pečující osoby, byl určen pouze obecně pro rodiče, včetně rodičů postižených dětí do věku 18 let (*Employment Relations Act* 1999). V roce 2006 pak přišla úprava se zákonem práce a rodiny („Work and Families Act“), kde do práva na pružnou pracovní dobu byli zahrnuti také ti zaměstnanci, kteří pečují o dospělého, tedy manžela (manželku), partnera nebo dalšího příbuzného, který sdílí společnou domácnost spolu s pečující osobou.

posuzujícím pečující osoby („Local Authority Carers Assessments“) úkol, aby zajistily pečovatelům **rovnocenný přístup k práci, vzdělání a volnočasovým aktivitám** (*Carers (Equal Opportunities) Act 2004*).

Z praktického hlediska stát podporuje osoby v tíživé situaci včetně pečovatelů skrze podporu příjmu („Income Support“), zaměstnaneckou podporu („Employment Support Allowance“), podporu v nezaměstnanosti („Jobseeker’s Allowance“) a slevu na dani („Tax Credit“). Všechny dávky se poměřují podle příjmu a úspor, které nesmí přesáhnout více než £16,000 ročně. Daňové zvýhodnění záleží na zdanitelném příjmu domácnosti. U osob starající se o dítě se zdravotním znevýhodněním je daňové zvýhodnění vyšší.

Spolu se změnami v legislativě se začala vytvářet iniciativa podpory pečujících ze strany veřejného a soukromého sektoru. V Británii bylo například založeno **Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby** („**Employers for Carers**“), které sjednocuje mnoho významných firem a organizací na podporu pečujících osob v celé zemi jako British Gas, BT, Sainsbury's a další. Cílem sdružení je podpořit a udržet pečující osoby v zaměstnání. Toho se snaží dosáhnout několika způsoby. Jednak poskytuje poradenství a podporu pro zaměstnavatele, aby mohli rozvíjet přátelskou politiku nakloněnou pečujícím osobám a udržet si tak kvalifikované pracovníky ve firmě. Dále specifikuje a rozvíjí zaměstnanecké benefity na podporu neformálních pečovatelů na pracovišti. Směřuje také rozhodování vlády a zaměstnanecké politiky na vytvoření takové kultury, která podporuje pečovatele při nástupu do práce či při jejím opouštění (Starr 2012: 8-9).

Poskytování informací a vzdělávání pečovatelů

Finanční příspěvky a podpora na trhu práce nejsou ve Spojeném království jedinou oblastí podpory pečovatelům. Na pomoci této skupině se podílí také instituce z veřejného a soukromého sektoru, zejména neziskové a charitativní organizace. Oba dva sektory jsou provázané a spolupracují se státem. Na poskytování a sdílení informací se podílí zejména charitativní a nezisková část trhu. Státní instituce se pak angažují více ve vzdělávání.

Poskytování informací o pečování a jiné podpůrné aktivity realizují pro pečovatele především charitativní organizace. V Británii existuje mnoho organizací ze státního i neziskového sektoru, které se věnují podpoře pečovatelů. Za hlavní organizátory, kteří se významně podílí na podpoře pečujících osob a jejich rozvoji informovanosti, lze považovat dvě organizace **Pečovatelé Spojeného království** („**Carers UK**“) a **Nadace pečujících** („**Carers Trust**“). Nejvýznamnější organizací zaštiťující pečující osoby pro celou Velkou Británii jsou **Pečovatelé Spojeného království** („**Carers UK**“), která sjednocuje pečovatele v Británii, Walesu, Skotsku i Severním Irsku. Tato nezisková organizace se podílí nejen na sdílení informací pro neformální pečovatele, ale také přispívá k úpravám legislativy o pečujících osobách (Carers UK 2014b). V rámci posílení informovanosti organizuje například každoroční kampaň **Národní týden pečujících osob** („**National Carers Week**“), která je zaměřená na zlepšení životních podmínek pečovatelů i těch, o které se starají¹². Druhou významnou charitativní organizací, která

¹² Cílem „Národního týdne pečujících osob“ (National Carers Week) je zvýšení povědomí o pečujících osobách na národní, regionální i lokální úrovni. Tato akce dává možnost zapojit a seznámit širokou veřejnost s riziky a problémy, se kterými se pečující potýkají, a zároveň upozornit na místa, kde mohou pečující hledat informace a pomoc (Carers Week 2014).

podobným způsobem podporuje skupinu pečovatelů, je **Nadace pečujících („Carers Trust“)**, která cílí zejména na pečující ve Skotsku, Walesu a Severním Irsku. Carers Trust spolupracuje s unikátní sítí partnerů (zahrnující centra pro pečující osoby, lokální nezávislé charitativní organizace na podporu pečovatelů a služby pro neproleté pečovatele) (Carers Trust 2015).

Sdílení informací a podpora v oblasti péče se děje také formou přímého vzdělávání pečujících, kde jednu z hlavních rolí hraje státní Národní zdravotní služba a její program Systém expertních pacientů („**Expert Patient Scheme**“), v jehož rámci se realizují vzdělávací kurzy pro neformální pečovatele. Kurzy se zaměřují na problematické oblasti, se kterými se pečující potýkají. Jedná se zejména o péči o duševní zdraví pečujících osob jako je získání sebedůvěry při poskytování péče a také na péči o sebe samé. Na kurzech je také možné získat učební materiály, které jsou určeny pro další sebevzdělávání pečujících (Expert Patients 2014).

Nabídka sociálních a zdravotnických služeb

Další způsob podpory pro pečující osoby přichází v **sociálních a zdravotních službách** pro opečovávané osoby, které mohou usnadnit péči. Správa služeb je řízena v rámci územních celků (Anglie, Wales, Skotsko, Severní Irsko) a zejména pak na úrovni místní samosprávy. Mezi významnou podporu patří jednak možnost využití odlehčovacích služeb, stacionářů a podpory domácí péče.

Odlehčovací služby a stacionáře jsou poskytovány napříč všemi sektory, ať už se jedná o nemocnice, hospice, charitativní organizace nebo orgány místní samosprávy. Respítní péče je poskytována nejen ve formě denní, ale také týdenní a případně i delší přestávky v péči (NHS UK 2014). Služby jsou hrazeny na úrovni obcí zejména z prostředků samosprávy a případně dávek a příspěvků od uživatelů.

Při vykonávání péče mohou pečovatelé využít také služby **domácí péče („Home care“)**, které poskytují praktickou výpomoc s péčí. Posouzení nároku na domácí péči zajišťuje místní oddělení sociálních služeb („social services department“), které pak na žádost klienta může službu i zprostředkovat. Uživatelé si však mohou zvolit, že si službu raději zařídí sami a po schválení jim lokální oddělení sociálních služeb přidělí určitý rozpočet, se kterým pak mohou disponovat. Ze služeb domácí péče si pak sami volí z možností využít nezávislých agentur zprostředkovávajících službu, najmutí si přímo osobního pečovatele (pak má uživatel k osobnímu pečovateli stejná práva a povinnosti jako zaměstnavatel), anebo využití služby přes charitativní organizace. Náklady na domácí péči se velmi liší. Záleží například na tom, kolik hodin asistent výpomoci věnuje a případně, jestli uživatel požaduje, aby byl u něj asistent dlouhodobě ubytován. Službu financuje z větší části samospráva za přispění financí a dávek od uživatele (NHS 2014).

Speciální zdravotní služby určené pro opečovávané nabízejí rozmanitý způsob využití a mohou pečovatelům například usnadnit využívání terénních zdravotnických služeb. Kromě všeobecně užívaného způsobu léčby, kdy zdravotnický personál navštěvuje klienta v domácím prostředí, se v Británii nabízejí i další možnosti. Celkem netradiční službou, která je určena jak seniorům, tak v důsledku i pečujícím osobám, jsou zdravotnické záchranné týmy tzv. **Rychlý záchranný tým („Rapid response teams“)**, také nazývané Zdravotnické záchranné týmy („Medical Emergency Teams“) (IHI 2014). Jedná se o týmy složené z celé řady specialistů jako zdravotní sestry, fyzioterapeuti, pracovní terapeuti a pečovatele profesionálové, jejichž cílem je poskytnout odbornou a intenzivní péči na lůžku.

Tento tým poskytuje rychlou péči a rehabilitaci přímo v domácím prostředí pacienta, jehož zdravotní stav se náhle zhoršil (Bellomo et al. 2003: 285).

Nový směr v britské integrované péči

Myšlenku projektu „Rapid response team“ rozšiřuje nezisková organizace Králův fond („The King’s Fund“), která přichází s novým směrem v rozvoji a **podpoře integrované péče v Anglii** (King’s Fund 2014). Fond reaguje na stárnutí populace a hledá rezervy ve financování takovým způsobem, že se snaží celý proces péče zefektivnit. Překonává bariéry a sjednocuje zdravotní i sociální služby a tak zjednodušuje péči i neformálním pečovateli, kteří jsou v kontaktu se zástupci obou institucí.

Organizace Králův fond si uvědomuje, že spolu s narůstajícím věkem přibývá lidí, co trpí více chorobami najednou. Neflexibilita institucionální péče má za následek, že nemocný se léčí na každou specifickou nemoc u jiného lékaře, který nastavuje svému pacientovi extra léčebný plán pro konkrétní chorobu. Klient se pak léčí nesystematicky a bez komplexního náhledu na jeho celkový stav. Důsledkem je, ač profesionální, tak nekoordinovaná péče specialistů a organizací. Králův fond přichází s návodem, jak léčbu koordinovat a celý systém propojit, tedy integrovat.

Hlavní centrem zájmu by se měla stát závislá osoba a kolem ní se vytvořit tým specialistů a odborníků na zdravotní i sociální péči, který bude koordinován jednou osobou – tzv. **koordinátorem**. Takový koordinátor pak navštěvuje závislou osobu v domácnosti, komunikuje s ní o jejích potřebách a problémech a podle jejího stavu nastavuje komplexní plán péče („Care plan“) zaměřený na dlouhodobou péči, který průběžně aktualizuje a poskytuje všem zainteresovaným specialistům (Goodwin 2014: 8). Jelikož je dlouhodobý plán péče nastaven komplexně a přímo na míru konkrétnímu pacientovi, šetří se nejen čas strávený u lékaře a náklady na výdaje spojené s léčbou, ale dochází také k úsporám v oblasti institucionálních služeb a ke zmenšení zatížení neformálních pečovateli. Zároveň se zvyšuje pravděpodobnost, že osoba, o kterou je pečováno bude moci zůstat déle doma, což ještě více posiluje roli neformálních pečovateli (King’s Fund 2014).

Tento model se již v některých částech Anglie daří realizovat a zaznamenává pozitivní výsledky. Organizace Králův fond si klade za cíl podpořit další části země, aby se do tohoto projektu zapojily a následně se model integrované péče rozšířil po celé Velké Británii.

2.4. Závěr

Britská politika ze své liberální podstaty počítá s podporou od neformálních pečovateli v systému sociální péče. Na základě tohoto pohledu je pomoc pečujícím osobám zakotvena ve strategických dokumentech a zákonech. Přestože pečující osoby tvoří ve Spojeném království nemalou skupinu a existuje mnoho podpůrných nástrojů a opatření, potýkají se pečovateli s mnoha problémy příznačnými pro tuto skupinu, jako je náročnost péče negativně ovlivňující jejich zdravotní stav či špatná finanční situace nebo omezení na trhu práce.

Základní finanční pomoc od státu, která je vyplácena zejména formou příspěvku pro pečující osoby (a v pozdějším věku pak skrze důchod), sice pečovateli zajišťuje minimální příjem, nepočítá však nijak významně se skupinou, která má příjmy vyšší než existenční minimum. Její příslušníci jsou závislí zejména na své práci, sociálních příjmech osob, o které je pečováno, a podpoře rodiny či dalších



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

organizací. Významná část podpory přechází tedy zejména na organizace z neziskového a tržního sektoru, ať už se jedná o zaměstnavatele, charitu či jiné dobrovolnické organizace. Jejich hlavní pozice je v organizaci informačních nástrojů, služeb a podpory na trhu práce.

Nové možnosti může pečujícím poskytnout inovativní směr integrace zdravotnických a sociálních služeb, kde se místo institucí stane centrem zájmu osoba, o kterou je pečováno a péče o ní bude koordinována jednou osobou. Tento model byl již v některých částech Velké Británie zaveden a zatím zaznamenal velmi pozitivní ohlas. Lze tedy očekávat, že britský systém sociální péče projde v budoucnu velkou proměnou.

3. Německo

3.1. Systém sociálního zabezpečení v Německu

Německo patří mezi jeden z prvních evropských států, v němž byly v 19. století přijaty průkopnické zákony o sociálním pojištění (Potůček 1995: 12). Sociální pojištění se od té doby rozvíjelo a posilovalo a stalo se jedním ze základních nástrojů podpory obyvatel v nepříznivé sociální situaci. Sociální stát a sociální tržní hospodářství mají tak v Německu velmi silnou tradici. Sami političtí představitelé označují dokonce německý sociální systém za jeden z nejsilnějších na světě (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 5).

Z hlediska typologie sociálního státu podle Esping-Andersenova členění patří Německo mezi konzervativní státy¹³, tzn. zastoupení státu v distribuci sociální podpory a pomoci je poměrně silné, nicméně okruh poskytované podpory nemá být příliš široký a poskytované dávky jsou převážně testované. Celkově je v německém systému znatelný důraz na podporu rodiny a rodinné péče. Cílem přijatých politických opatření je, aby byl osobám odkázaným na pomoc druhých umožněn v maximální míře samostatný život a aby péče v rodině vždy předcházela péči institucionální, což je deklarováno v mnoha publikacích vydávaných ministerstvy (např. Bundesministerium für Gesundheit 2014: 9).

Systém sociálního pojištění a podpory

Záruku vysokých sociálních jistot, propojenost sociální a zdravotní péče a ochranu rodiny má zaručovat základní legislativní norma, jíž je tzv. **Sociální zákon** („Sozialgesetzbuch“, dále také SGB). Každá část SGB je zaměřena na určitou sféru sociálního života lidí, přičemž k situaci rodin s osobami odkázanými na péči se nejvíce vztahuje **Kniha IX – Rehabilitace a integrace¹⁴ osob s postižením** a **Kniha XI – Sociální pojištění péče**. Širokým záběrem SGB je dosaženo úzké propojení sociální, zdravotní i pracovní rehabilitace (ve smyslu opatření na podporu osob s postižením), které má při podpoře osob se zdravotním postižením a seniorů velký význam.

Jak již bylo zmíněno výše, sociální podpora je v Německu vyplácena převážně z povinného pojištění. Povinné sociální pojištění má v Německu pět druhů:¹⁵

- Pojištění pro případ nezaměstnanosti („Arbeitslosenversicherung“ – ALV)
- Zákonné zdravotní pojištění („Gesetzliche Krankenversicherung“ – GKV)
- Sociální pojištění péče („Pflegeversicherung“ – PV)
- Důchodové pojištění („Rentenversicherung“ – RV)
- Zákonné úrazové pojištění („Unfallversicherung“ – UV)

Z každého druhu pojištění jsou hrazeny příslušné sociální dávky: podpora v nezaměstnanosti z pojištění pro případ nezaměstnanosti, nároková zdravotní péče ze zákonného zdravotního pojištění, důchody jsou vypláceny z důchodového pojištění a ze zákonného úrazového pojištění jsou hrazeny např. pracovní úrazy anebo v určitých případech i pojištění pečujících osob (viz další text). Z důchodového

¹³ Členění převzato podle Potůček 1995: 39.

¹⁴ V originále je použit výraz „Teilhabe“, což znamená „účast“ či „zapojení“. Termín je však přeložen u nás v tomto smyslu běžně používaným a srozumitelnějším pojmem „integrace.“

¹⁵ Přehled zpracován podle Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b.

pojištění jsou vypláceny veškeré důchody – starobní, vdovský, sirotčí i pro případ invalidity. Podobně jako v českém systému jsou pro přiznání starobního důchodu a určení jeho výše rozhodující výše příjmů a doba pojištění či pracovní aktivity, ale i doba, kdy pojištěná osoba pečuje o dítě či osobu závislou na péči (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 166). V rámci systému důchodového pojištění jsou však rozeznávány i dávky jiné, např. tzv. vychovávací důchod („Erziehungsrente“), který náleží rozvedeným rodičům, jejichž bývalý partner zemřel a který tedy nemůže dále přispívat na výchovu svého potomka (ibid.: 164)¹⁶. Nejvýznamnějším druhem pojištění pro podporu osob odkázaných na péči a neformálních pečovateli je však pojištění péče, z něhož jsou financovány nástroje přímé a nepřímé podpory, které budou podrobně popsány dále v textu.

Ve výši finanční podpory a dávek vyplácených z různých druhů pojištění se objevují odlišnosti mezi tzv. starými a novými spolkovými zeměmi (tj. zeměmi bývalého východního Německa), např. ve výši některých přidělovaných příspěvků jak osobám v nepříznivé sociální situaci, tak neformálním pečovateli¹⁷.

Institucionální zajištění podpory a systém sociálních služeb

Přestože sociální zabezpečení obyvatel Německa je komplexně upraveno jednou normou – SGB, za každou oblast podpory je odpovědná jiná instituce (podpora na trhu práce je v kompetenci dvou různých úřadů, pojištění a zdravotní péče pak v kompetenci dalších více než pěti). Všechny instituce mají ze zákona povinnost spolu úzce spolupracovat. V jednotlivých regionech za tímto účelem fungují **společná informační centra** („Gemeinsame Servicestellen“), která mají zajistit koordinovanou podporu potřebným osobám v blízkosti jejich bydliště a v co nejkratší možné lhůtě (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 112)¹⁸. Samotné hodnocení potřeby využívání sociálních služeb a zejména přidělování nárokových sociálních dávek je pak v kompetenci sociálních úřadů („Sozialämter“) jednotlivých měst a obcí.

Osobám odkázaným na podporu druhých je tak v jediné normě zajištěno právo např. na lékařské ošetření, léky, rehabilitaci, zdravotní pomůcky a zaškolení v jejich užívání, právo na základní vzdělání i přípravu na povolání a současně podpora při samostatném bydlení nebo při účasti na kulturním a společenském životě (ibid.: 107). Pro přidělování služeb a vyplácení dávek obecně platí, že v každém jednotlivém případě je posuzováno, které služby či dávky jsou skutečně potřebné pro dosažení vytyčeného cíle, jímž je rehabilitace (zdravotní, sociální či pracovní) posuzovaných osob (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 73).

Podle SGB, Knihy XI, § 9 (Sociální pojištění péče) jsou za vytvoření a udržování dostačující sítě zařízení poskytujících služby odpovědny spolkové země a bližší způsoby plánování jejich rozvoje i distribuce

¹⁶ Podrobnější informace o fungování jednotlivých druhů pojištění lze získat ze zdrojů citovaných v tomto textu, zejména z příruček vydaných Spolkovým ministerstvem práce a sociálních věcí (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a, b).

¹⁷ Týká se to např. příspěvku na důchodové pojištění pro pečující osoby (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 71).

¹⁸ Náplní jejich činnosti je mj.: poskytování informací o vhodných dávkách a předpokladech jejich využití, podpora při podávání žádostí, zprostředkování poskytovatelů různých forem rehabilitace (zdravotní péče, sociálních služeb aj.) a koordinace přidělené podpory, podpora při využívání vhodných dávek aj. (ibid.: 113).

státní finanční podpory jednotlivým zařízením jsou určeny tzv. zemským právem („Landesrecht“)¹⁹. Ačkoliv Německo usiluje o komplexnost systému podpory, existují stále výrazné rozdíly v dostupnosti potřebných služeb v jednotlivých spolkových zemích.

3.2. Situace v oblasti neformální péče

V SGB jsou pečující osoby definovány jako osoby, které pečují o osobu odkázanou na pomoc druhých, kterou mají ve svém okolí a péči nevykonávají jako své povolání. Zákonem je přesně stanoveno, jaké charakteristiky musí opečovávaná osoba splňovat. Za osoby odkázané na péči jsou podle SGB považovány osoby, které na základě, tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení vyžadují ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony a u nichž se předpokládá, že tuto pomoc budou potřebovat nejméně po dobu 6 měsíců (SGB, kniha XI, § 14)²⁰. Na dávky pro pečující osoby má pak pečovatel nárok pouze tehdy, pokud pečuje alespoň 14 hodin týdně o jednu či více osob odkázaných na pomoc druhých a splňujících zákonem definované podmínky (SGB, kniha XI, § 19)²¹.

Aktuální počty a podíly neformálních pečovatelů na populaci obyvatel v Německu lze odvozovat pouze z evidovaných počtů osob odkázaných na pomoc²². Představu lze získat např. z následujícího přehledu zveřejněného na internetových stránkách Spolkového statistického úřadu (Statistisches Bundesamt), na nějž odkazují i mnohé odborné publikace věnující se tématu neformální péče:

Tabulka 2: Osoby odkázané na pomoc podle pokrytí péče, pohlaví a stupně péče (2011)

Péče	Počet osob odkázaných na pomoc		Stupeň potřebnosti péče			Dosud nezařazení	Celkový podíl osob odkázaných na pomoc
	Celkem	z toho ženy	I	II	III ¹		
	Počet	%					
Celkem	2 501 401	65,5	54,8	32,7	12,2	0,3	100,0
Osoby v domácí péči	1 758 321	61,9	61,8	29,5	8,7	-	70,3
z toho							
využívající péči příbuzných²	1 182 057	59,0	64,5	27,9	7,6	-	47,3
využívající ambulantní péči³	576 264	67,9	56,3	32,8	10,9	-	23,0
plně využívající pobytové služby	743 120	74,0	38,1	40,3	20,4	1,1	29,7

¹ Včetně nejtěžších případů.

² Údaj odpovídá počtu příjemců na péči.

³ V této položce jsou zahrnuty také uživatelé kombinovaných služeb (neformální péče + profesionálních poskytovatelů služeb).

Zdroj: Statistisches Bundesamt (2014)

Německo mělo v roce 2013 přibližně 80,77 milionu obyvatel. Dospělá populace 18+ činí 84,3 % tj. přibližně 68,1 milionu obyvatel. Z toho 21 %, tj. 16,96 milionu obyvatel, tvořili lidé starší 65 let (Die Welt 2014; Das Statistik-Portal 2014). Údaje Spolkového statistického úřadu pak potvrzují poměrně

¹⁹SGB, stav k 19. 10. 2013.

²⁰SGB, stav k 19. 10. 2013.

²¹SGB, stav k 19. 10. 2013.

²² Neformálním pečovatelům je věnována přímá pozornost také v Knize XI SGB.

vysoký podíl neformální péče při zajišťování potřebné podpory potřebných osob: pouze neformální péči využívá více než 47 % osob odkázaných na péči, v nějaké podobě ji však zřejmě využívá také dalších 23 % těch, kteří využívají ambulantní nebo kombinované služby.²³ Spolkový statistický úřad na svých stránkách zveřejnil dále informaci, že podle aktuálních předpovědí se počet osob odkázaných na péči do roku 2050 téměř zdvojnásobí – měl by dosáhnout 4,5 milionu obyvatel (Statistisches Bundesamt 2014).

Tabulka 3: Reálný přehled počtu uživatelů jednotlivých typů služeb a neformální péče²⁴

Osoby s výrazným a dlouhodobým omezením běžně vykonávaných aktivit 7,85 milionu							
Osoby s omezením minimálně ve dvou oblastech aktivit každodenního života, se současnou potřebou pomoci s obstaráním domácnosti; jsou oprávněné čerpat dávky z pojištění péče: 2,5 milionu				Osoby s omezením v méně než dvou oblastech aktivit každodenního života, s případnou potřebou pomoci s obstaráním domácnosti; nejsou oprávněné čerpat dávky z pojištění péče: 5,4 milionu			
v pobyto- vých zařízeních	využívající pomoc v domácnosti			v pobyto- vých zařízeních	v prostředí domácnosti		
	uživatelé ambulantních služeb	uživatelé kombinovaných služeb (ambulantních a neformální péče) – příjemci příspěvku na péči	uživatelé neformální péče – příjemci příspěvku na péči		využívající neformální péči	bez soukromých zdrojů financování péče a pomoci	nevyužívající neformální péči
743 000	331 616	244 648	1,18 milionu	10 000	3,26 milionu		2,16 milionu

*Zahrnuti jsou i obyvatelé rezidencí pro seniory (patří mezi ambulantní služby péče). V těchto zařízeních žije 200 000 osob.

Zdroj: Geyer a Schulz 2014²⁵

Z předchozí tabulky vyplývá, že celkový počet osob, jejichž aktivity jsou na základě zdravotního stavu omezeny a které jsou ve větší či menší míře odkázány na pomoc a podporu druhých, je ve skutečnosti v Německu mnohem vyšší, než udává Spolkový statistický úřad. Podle jiného zdroje, který vychází z šetření EU SILC, skutečný počet osob využívajících neformální péči dosahuje 7,99 milionu, tj. 9,89 % populace. Mezi nimi je totiž přibližně 5,4 milionu osob, které nesplňují kritéria pro získání dávek z pojištění péče a musí proto péči hradit pouze vlastními zdroji (Geyer a Schulz 2014: 294). Podle tohoto zdroje je tedy současný počet osob odkázaný na péči již nyní výrazně vyšší, než by měl být podle

²³ Pro srovnání lze přehled doplnit ještě aktuálními údaji Spolkového ministerstva práce a sociálních věcí: podle nich dosahuje celkový počet evidovaných osob odkázaných na pomoc druhých v Německu 2,55 milionů obyvatel, tj. přibližně 3,15 %. Z toho pouze 0,77 milionu má žít ve specializovaných zařízeních („Heimen“) a 1,77 milionu využívá domácí péči poskytovanou rodinou, sousedy, dobrovolníky nebo pracovníky sociálních služeb (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 131).

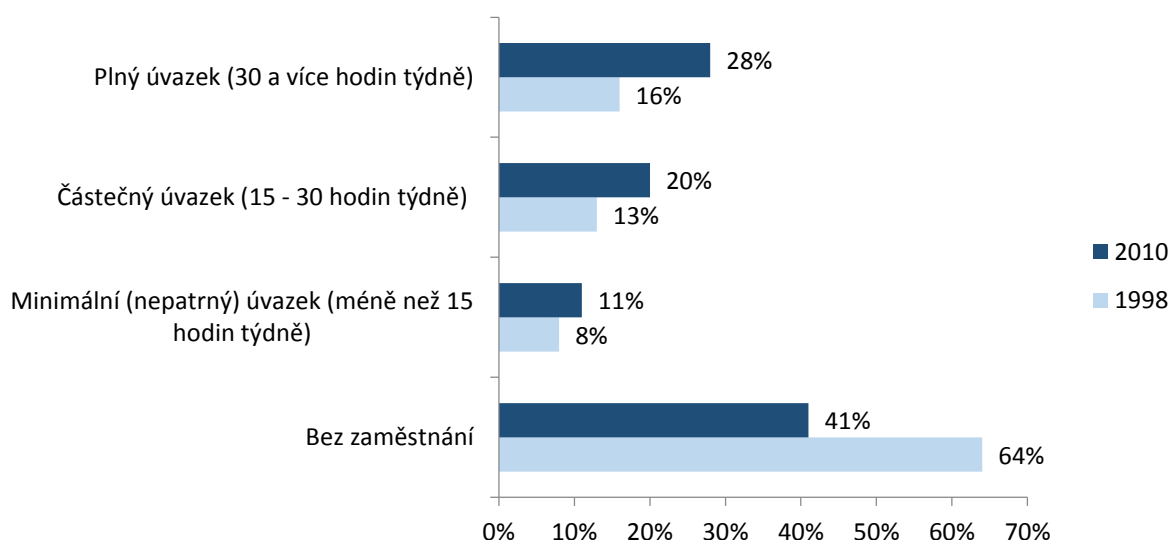
²⁴ Jednotlivé dávky uvedené v tabulce jsou popsány v následující kapitole představující nástroje na podporu neformálních pečovatelských služeb.

²⁵ Autoři při zpracování přehledu vycházeli z následujících zdrojů dat a šetření: EU SILC (2011), Údaje Spolkového statistického úřadu (2011), OECD (2013) a z výpočtů Německého institutu pro hospodářský výzkum („Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung“ – DIW) (Geyer a Schulz 2014: 295).

prognóz Spolkového statistického úřadu v roce 2050. Odhaduje se, že neformální péči pravidelně poskytuje 5-6 % dospělé populace, z čehož 60 % jsou osoby v produktivním věku. Autoři tohoto textu upozorňují také na to, že vzhledem k očekávanému stárnutí populace bude potřeba věnovat další pozornost možnostem sladění péče a pracovního uplatnění neformálních pečovatелů a že osoby, které poskytují péči, jsou méně spokojené se systémem sociálního zabezpečení, než osoby, které neformální péči neposkytují (ibid.).

Následující graf pak ukazuje, jak se mezi lety 1998 a 2010 vyvíjel počet osob, které při péči pracují na plný (30 hodin týdně a více) či částečný úvazek (15-30 hodin týdně), velmi málo (méně než 15 hodin týdně) nebo nepracují vůbec. V uplynulých letech již k určitým změnám v legislativě došlo, což může být důvodem, že se počet pečujících osob, které při péči současně pracují, od roku 1998 významně zvýšil (Interessenvertretung begleitender Angehöriger 2014: 1).

Graf 1: Zaměstnanost hlavních pečujících osob v letech 1998 a 2010 (v %)



Zdroj: Interessenvertretung begleitender Angehöriger 2014

I přes výrazný nárůst počtu osob, které při vykonávání péče současně pracují, je z grafu zřetelný stále vysoký podíl (41 %) pečovatелů, kteří nepracují vůbec. Spolkový statistický úřad k tomu dále uvádí, že v roce 2010 bylo v Německu zaměstnáno 63 % žen, které pečují o blízkého člověka, a 73 % neformálních pečovatелů – mužů. Údaje byly sledovány ve věkové skupině 25-64 let (Statistisches Bundesamt 2014). Vzhledem výše uvedeným skutečnostem však stav podpory pracovního uplatnění pečujících osob stále není považován za uspokojivý.

Na přetrvávající problémy upozorňují také různá zájmová uskupení. Jednou z významných iniciativ usilujících o zlepšení podmínek pečujících osob je sdružení **Wir pflegen** (Pečujeme). Sdružení na svých stránkách uvádí, že skutečně stále existují miliony osob, které o své blízké pečují „na vlastní náklady“ a desetitisíce z nich jsou na základě toho ohroženy chudobou a sociálním vyloučením (Wir pflegen 2014).

Ačkoliv je tedy systém podpory osob odkázaných na péči v Německu poměrně rozvinutý, je podpora neformální péče stále diskutovaným tématem, a to zejména v souvislosti s nastavením kritérií pro vyplácení dávek z pojištění péče (např. příspěvku na péči) a v souvislosti s podporou možností současného vykonávání péče a pracovního uplatnění pečujících osob. Současná spolková vláda ve své koaliční smlouvě přímo deklarovala zlepšení podmínek propojení péče a práce (Statistisches Bundesamt 2014) a připravuje další reformy v posuzování potřebnosti péče.

3.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatелů

Finanční podpora neformálních pečovatелů

Nejvýznamnější formou podpory osob odkázaných na péči a hlavně neformálních pečovatелů je v Německu již zmíněné zákonné **sociální pojištění péče**. To bylo zavedeno jako pátý pilíř sociálního pojištění v roce 1995. Jeho cílem bylo a je zlepšení podmínek domácí péče. Pojištěn je automaticky každý, kdo platí (nebo komu je placeno) zdravotní pojištění²⁶. Příspěvek je hrazen procentuálním odvodem z příjmu, přičemž podobně jako u zdravotního pojištění z něj část odvádí zaměstnavatel. Správcem pojištění jsou zvláštní pojišťovny („Pflegekassen“)²⁷ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 84 a 86).

Nepřímá finanční podpora

Z pojištění péče je vyplácena jedna z dávek spadající do oblasti nepřímé finanční podpory neformálních pečovatелů – **příspěvek na péči** („Pflegegeld“). Ten je vyplácen osobám odkázaným na pomoc druhé osoby. Prvním krokem pro jeho přidělení je **stanovení potřebnosti péče** („Pflegebedürftigkeit“) potřebné osoby. Za potřebné jsou považovány osoby, které z důvodu tělesného, duševního či smyslového onemocnění či postižení potřebují ve výrazné míře pomoc s obyčejnými, pravidelnými a opakujícími se úkony každodenního života. Je přesně vymezeno, jaké poruchy jsou považovány za onemocnění a postižení ve smyslu potřebnosti péče. Příspěvek na péči je odlišován a vyplácen ve třech stupních (od výrazné po nejtěžší potřebnost péče). Posuzují se dva základní aspekty: soběstačnost (kam patří definované úkony péče o tělo, zajištění výživy a mobilita) a obstarání domácnosti (kam patří nakupování, úklid domácnosti, vaření apod.). Stupeň potřebnosti je pak stanoven podle toho, kolikrát týdně nebo jak dlouho posuzovaná osoba pomoc s jednotlivými definovanými úkony potřebuje²⁸. Rozlišován je také nultý stupeň potřebnosti, který je přiznáván osobám, jež zatím nedosáhnou na stupeň jedna, u nichž je však lékařským posudkem potvrzeno psychické onemocnění, demence nebo takové omezení schopností (duševních, smyslových), které v důsledku časem povede k vyšší potřebě péče. Kromě toho může příslušná pojišťovna uznat některé případy v rámci třetího stupně jako obzvlášť závažné. U dětí se stupeň potřebnosti stanovuje

²⁶ Pokud má nějaká osoba uzavřeno soukromé zdravotní pojištění a nikoliv státní, musí uzavřít také soukromé pojištění péče.

²⁷ Pro odlišení se používá také předklad pojišťovny dlouhodobé péče.

²⁸ Pro podrobnější seznámení s vymezením a fungováním příspěvku na péči doporučuji nahlédnout do citovaných zdrojů nebo na webové stránky německé pojišťovny Meine Krankenkasse (Meine Krankenkasse 2014), podle kterých byl uvedený odstavec z části zpracován.

na základě porovnání soběstačnosti se stejně starými zdravými dětmi (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 89-91).

Příspěvek na péči je příjemcům (osobám odkázaným na péči) vyplácen měsíčně. Jeho výše se liší podle přiznaného stupně potřeby, s možností navýšení částky u příjemců, jejichž potřeba péče byla stanovena jako významná anebo pokud byl jejich stav označen za obzvláště závažný²⁹.

Příspěvek na péči lze využít buď pro **úhradu nákladů na neformální péči** nebo pro úhradu využívaných ambulantních sociálních služeb³⁰ – **tzv. věcného plnění**. Podle toho se také odlišuje přidělená výše příspěvku: finanční limit pro případ věcného plnění je u jednotlivých stupňů potřeby přibližně o 50 % vyšší, než částka vyplácená v případě využití pouze neformální péče. V případě věcného plnění pak platí, že klient čerpanou péči samostatně nehradí, ale uzavře smlouvu s poskytovatelem služeb a vyúčtované náklady pak hradí pojišťovna až do výše přiděleného finančního limitu. Příjemce příspěvku se také může rozhodnout pro kombinaci věcného plnění a neformální péče, přičemž výše přiděleného limitu pro věcné plnění a příspěvku na péči je podle toho upravena (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 93-96). Pokud příjemce příspěvku využívá neformální péči, musí osoby, které péči poskytují, s pojišťovnou uzavřít smlouvu. To je podmínkou pro to, aby mohly využívat veškerých dalších výhod, které jsou pečujícími osobám poskytovány (viz dále).

V roce 2014 činila výše příspěvku na péči:

- Stupeň potřeby 0: 120 EUR (cca 3 350 Kč) měsíčně (225 EUR (cca 6 282 Kč) v případě věcného plnění)
- Stupeň potřeby 1: 235 EUR (cca 6 561 Kč) měsíčně (450 EUR (cca 12 564 Kč) v případě věcného plnění)
- Stupeň potřeby 2: 440 EUR (cca 12 285 Kč) měsíčně (1 100 EUR (cca 30 712 Kč) v případě věcného plnění)
- Stupeň potřeby 3: 700 EUR (cca 19 543 Kč) měsíčně (1 550 EUR (cca 43 275 Kč) v případě věcného plnění a v nejtěžších případech až 1 918 EUR, což odpovídá cca 53 549 Kč).

Zdroj: Deutsches Medizinrechenzentrum 2015

Příspěvek je pravidelně valorizován a další valorizace je plánována také v roce 2015 (ibid.).

Na úrovni vládních rozhodnutí je příspěvku věnována pozornost také z důvodu **vidovaných nedostatků v systému jeho nastavení**. Kritizováno je např. to, že poskytování péče je hodnoceno podle úkonů a je zcela přehlížena potřebná komplexnost péče. To v praxi znamená, že příspěvek na péči pokrývá jen část poskytované péče a odměna pečovateli (nebo objem prostředků přidělených

²⁹ Příspěvek v jednotlivých stupních je navýšen také příjemcům postiženým demencí. Na finanční podporu mají nárok i osoby v nultém stupni potřeby a příplatek k přiznanému příspěvku mohou dostat také lidé s postižením, kteří sdílejí domácnost s jinými osobami odkázanými na péči, pokud je v této domácnosti neformální péče využívána.

³⁰ Do skupiny ambulantních služeb se zahrnují také terénní sociální služby. Kromě ambulantních služeb sem patří také pobytové služby ve stacionářích, v nichž je možné využívat částečný pobyt (denní či noční). V odborných zdrojích je využíváno označení „teilstationäre Pflege,“ což lze volně přeložit jako sdílená či částečná péče ve stacionářích. Pro tuto péči se užívá také označení krátkodobá péče („Kurzzeitpflege“).

na věcné plnění) je tak výrazně nižší, než by vzhledem k poskytované péči měla být. Dalším jeho negativem je, že nereflexuje problémy a potřeby některých skupin potřebných osob (např. osob postižených demencí)³¹.

Pokud stálý pečovatel nemůže péči vykonávat (má dovolenou, na kterou má na základě smlouvy s pojišťovnou nárok, nebo je nemocen), zaplatí pojišťovna za předem určených podmínek péči náhradnímu pečovateli. **Náhradní péče** („Ersatzpflege“) je hrazena po zákonem stanovenou dobu – maximálně čtyři týdny v roce – a do stanoveného limitu. Lze ji uhradit ve chvíli, kdy stálý pečovatel poskytoval péči alespoň po dobu šesti měsíců. Příspěvek na péči je v období využívání náhradní péče vyplácen v poloviční výši. Pojišťovna může náhradnímu pečovateli uhradit také výpadek příjmu či s péčí související prokázané náklady za dopravu (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 98)³².

Přímá finanční podpora

Pokud pečovatel splňuje zákonem definované podmínky (poskytuje péči v rozsahu alespoň 14 hodin týdně) a nepracuje více než 30 hodin týdně, jsou mu z pojištění péče hrazeny **příspěvky na důchodové pojištění**. Jejich výše je v jednotlivých spolkových zemích (zejména ve „starých“ a „nových“) odlišná. Příspěvky jsou vypláceny i v době dovolené pečovatele (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 71-72 a 74).

Příbuzní, kteří žijí ve společné domácnosti s práce schopnou osobou vyžadující pomoc a podporu a sami nemohou z důvodu poskytování péče pracovat, mají nárok na **sociální příspěvek**, který je dávkou pro zajištění životního minima. Další náklady, které mohou být pokryty ze zákonného pojištění a nepřímo tak mohou pomoci pečujícím osobám, pak jsou: **jízdné** v přesně vymezených případech a **náklady za doprovázející osobu** (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 73 a 74).

Další v Německu uplatňovaný nástroj podpory pečujících osob je **daňové zvýhodnění**. Rodiče (a za určitých podmínek i jiné osoby), kteří pečují o dítě s postižením, mají v rámci výpočtu daně

³¹ Nedostatky si ale uvědomují i ministerstva, která ve svých materiálech uvádějí, že je potřeba nově definovat kritéria potřebnosti péče v běžných denních činnostech, protože současná definice neodpovídá potřebám některých osob, např. osob postižených demencí (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 109).

Spolkové ministerstvo pro zdraví v současnosti připravuje nový zákon pro posílení péče, který se bude týkat změny definice potřebnosti péče a kritérií posuzování stupně její potřebnosti. Místo dosavadních tří stupňů potřebnosti péče by jich nově mělo být definováno pět. Pro určení odpovídajícího stupně již nebude sledován časový objem poskytované pomoci v jednotlivých úkonech: nově bude definováno šest oblastí každodenních aktivit a pomocí bodového hodnocení bude stanoveno, nakolik je omezena samostatnost posuzované osoby v jednotlivých definovaných aktivitách. Cílem těchto změn je zavést spravedlivější a maximálně individuální systém posuzování. Mělo by se změnit posuzování rozdílů mezi osobami s tělesným postižením a omezením kognitivních a psychických funkcí (např. demence) a podpora z pojištění péče zpřístupnit širšímu okruhu osob odkázaných na péči a neformálních pečovatelů, kteří o ně pečují. Dávky poskytované z pojištění péče by se v průběhu připravovaných reforem měly zvýšit o 20 % (Bundesministerium für Gesundheit 2015b).

³² Zajímavým nástrojem podpory osob s postižením a pečujících osob je tzv. osobní rozpočet („Persönliches Budget“). V tomto případě mohou příjemci podpory místo nárokové věcné podpory anebo konkrétních služeb požádat o přidělení jednorázových či pravidelných finančních dávek a poukázek na služby či kompenzační pomůcky, a ty následně využít podle vlastního uvážení. Příjemci péče tak skrze osobní rozpočet získávají možnost péči samostatně organizovat a vybrat si vhodný typ služby (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 108). Osobní rozpočet má tak podpořit větší samostatnost osob s postižením a jejich rodin. Lze jej otevřít i pro děti, v tomto případě jej spravují jejich rodiče (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 61-64).

z příjmu nárok na odpočet určité paušální částky a tato částka může být za přesně stanovených podmínek odečtena i zpětně. Osoba, která pečuje o potřebnou osobu splňující určité charakteristiky ve vztahu ke stupni a potřebnosti péče a nemá z důvodu poskytování péče vlastní příjem, může za účelem únosného daňového zatížení také uplatnit odpočet určité paušální částky (jednou ročně) nebo lze v tomto případě odečíst skutečné a prokázané náklady vzniklé v souvislosti s poskytováním péče (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 151). S úlevami v daňovém zatížení také souvisí ustanovení, že dítě, které dosáhlo plnoletosti, a jeho postižení (tělesné, duševní či smyslové) je natolik závažné, že mu brání komunikovat a zajistit si základní potřeby bez pomoci druhých, je bez ohledu na věk pro potřeby daňových výpočtů považováno za dítě³³ (ibid.: 152).

Podpora pečujících na trhu práce

Podpora pracovního uplatnění je zajištěna zákonem o pečovatelské dovolené („Pflegezeitgesetz“) a zákonem o rodinné pečovatelské dovolené („Familienpflegezeitgesetz“).

Prvním významným nástrojem podpory osob, které pečují o blízkého člověka ze svého okolí anebo chtějí se svým příbuzným zůstat v poslední fázi jeho života, je **pečovatelská dovolená** („Pflegezeit“). Na ni má nárok osoba, která pečuje o člověka, jemuž byl přiznán minimálně první stupeň potřebnosti péče. Pečovatel si přitom sám může zvolit, zda bude postaven zcela mimo zaměstnání nebo si ponechá částečný úvazek. V tomto případě však nesmí pracovat víc než 30 hodin týdně. Pečovatelská dovolená je neplacená, lze ji čerpat maximálně po dobu 6 měsíců a pouze u zaměstnavatele, který má víc než 15 zaměstnanců. Při splnění zákonem stanovených podmínek je po dobu čerpání pečovatelské dovolené pečující osobě z pojištění péče hrazeno důchodové pojištění a pojištění pro případ nezaměstnanosti, které je tak v období péče považováno stále za platné³⁴ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 99-100).

Další možností sladění péče a pracovního uplatnění je nedávno zavedená **rodinná pečovatelská dovolená** („Familienpflegezeit“). Od ledna 2012 je pečujícím, kteří pečují o blízkého člena rodiny, zákonem nabízena možnost po určité období – maximálně 24 měsíců – omezit svou pracovní dobu na 15 hodin týdně. Tato možnost však není ze zákona nároková, jde spíš o službu poskytovanou dobrovolně zaměstnavatelem a lze ji uzavřít pouze na základě písemné dohody s ním (ibid.: 100-101). Plat zaměstnance je po dobu čerpání dovolené snížen o polovinu odebrané mzdy, tzn. při snížení úvazku na polovinu pobírá zaměstnanec plat ve výši 75 % původního. Po ukončení rodinné pečovatelské dovolené je ale plat dorovnán teprve poté, když zaměstnanec znovu odpracuje stejně dlouhou dobu, po kterou tuto formu podpory čerpal (Interessenvertretung begleitender Angehöriger 2014: 3). Po dobu čerpání rodinné pečovatelské dovolené odvádí zaměstnavatel z redukováného platu i nadále příspěvky na důchodové pojištění (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 78-79)^{35,36}.

³³ Standardně se za nezaopatřené v Německu považují osoby maximálně do 25 let.

³⁴ Nicméně pojištění pro případ nezaměstnanosti je pojištěnou hrazeno jen v některých případech, proto byla zavedena i možnost uzavřít soukromé pojištění (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 105).

³⁵ Podrobnější informace k tomuto nástroji lze nalézt v obou citovaných publikacích.

³⁶ Kromě těchto dvou opatření existuje ještě institut krátkodobého přerušování pracovní činnosti („kurzzeitige Arbeitsverhinderung“), obdobný jako institut ošetřování člena rodiny (OČR) v České republice. Lze jej využít při nečekané události, kdy zaměstnanec musí náhle poskytovat nebo zorganizovat péči pro blízkého člověka.

Ačkoliv jsou oba tyto nástroje významným krokem na podporu pečujících osob, nejsou zájmovými organizacemi přijímány zcela pozitivně. Např. sdružení Wir pflegen upozorňuje na to, že jejich nastavení neodpovídá potřebám stávající praxe: pečovatelskou dovolenou využilo od roku 2008 pouze 18 000 osob a rodinou pečovatelskou dovolenou rok od za vedení pouze 260 pracujících pečovatelů (Interessenvertretung begleitender Angehöriger 2014: 4). Pro rodiny s nižšími či středními příjmy jsou finanční ztráty natolik vysoké, že se jim pečovatelskou ani rodinnou pečovatelskou dovolenou nevyplatí čerpat. V případě rodinné pečovatelské dovolené je nevýhodný také následný závazek u zaměstnavatele (pracovat po ukončení péče za sníženou mzdu stejně dlouho, po jakou čerpal rodinnou pečovatelskou dovolenou) v situaci, kdy pečující osoba neví, jak dlouho bude péči poskytovat. Situaci pečujících navíc není příznivě nastavená ani kultura podnikání. U obou nástrojů pak odborníci nepovažují za odpovídající ani časové nastavení: průměrná doba péče totiž trvá 8,2 roku. Apelují proto na to, aby vláda ve svých opatřeních více reflektovala realitu života pečujících osob (ibid.: 4, 6 a 7).

Sociální služby

Německý systém sociální podpory nerozeznává druhy sociálních služeb tak, jak jsou členěny např. v České republice. (Zákonem nejsou definovány druhy služeb jako např. pečovatelská služba či respite péče.) Nejsou ani samostatně vymezeny služby určené primárně pečujícím osobám. O službách se hovoří v souvislosti s tím, že osoba odkázaná na péči druhých se může rozhodnout, zda využije péči v domácím prostředí nebo ve specializovaných zařízeních (tzv. „Heimen“). Některé z nabízených služeb však mohou nepřímo podpořit také pečující osoby.

Pokud se opečovávaná osoba (nebo její rodina) rozhodne pro péči v domácím prostředí, nabízejí se jí tyto možnosti:

- **Ambulantní pečovatelské služby**³⁷ – jejich cílem je podpořit opečovávanou osobu a její rodinu při každodenních aktivitách a umožnit např. setrvání příbuzných v zaměstnání. Mezi vykonávané činnosti patří např.: základní péče o tělo, výživa, mobilizace, polohování, základní zdravotní péče (podávání léků a injekcí), poradenství a podpora pečujících, organizace dalších služeb a dopravy, nákupy, úklid domácnosti, doprovod na vycházku aj. (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 41-42).
- **Kombinované služby** (péče příbuzných a ambulantních služeb) – viz věcné plnění popsané výše.
- **Smlouva s vlastním pečovatelem** („Einzelpflegekräfte“) – viz příspěvek na péči výše. Osoba odkázaná na péči se může na vykonávání péče dohodnout s osobou, která není jeho příbuzným. Ta s pojišťovnou uzavře smlouvu o poskytování péče. Vyúčtování péče pak probíhá mezi pečovatelem a pojišťovnou (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 45-46).
- **Alternativní formy bydlení**, tzv. společné bydlení („Wohngemeinschaft“) – v Německu existují dvě možnosti alternativních forem bydlení: první je vícegenerační bydlení, kdy ve speciálních domech společně bydlí mladí lidé (často studenti) a senioři. Poskytují si vzájemnou podporu.

Maximální možná délka je 10 pracovních dnů. V této době je pečujícím nabídnuta možnost informovat se o nabídce dávek souvisejících s pečováním a příslušných organizacích.

³⁷ Mezi ambulantní služby se řadí i služby terénní povahy, tedy také osobní asistence, která je nabízena jako služba lidem se zdravotním postižením různými organizacemi, není však nikde legislativně ukotvena.

Senioři skrze své zkušenosti a mladá generace jim (za cenu nižšího nájmu) pomáhá s tím, co je potřeba. Druhou možností je pak společné bydlení za účelem využívání ambulantních pečovatelských služeb s někým ve stejné generaci. Zájemce o takové bydlení si však další osobu či osoby musí nalézt sám. Takové bydlení má pro uživatele určité finanční výhody (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 48-49).

Pokud se opečovávaná osoba rozhodne pro péči ve specializovaných zařízeních, může využít:

- **Plnou institucionální péči** („Vollstationäre Versorgung“) – plná institucionální péče by měla být využívána tehdy, není-li možné využívat péči v domácím prostředí či částečnou institucionální péči. U osob v jiném než třetím stupni potřebnosti péče je její potřebnost přezkoumávána pojišťovnou, která podle stupně péče stanoví výši příspěvku na její pokrytí³⁸ (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 54-55).
- **Částečnou institucionální péči** („Teilstationäre Versorgung“) – tuto formu péče by měly osoby odkázané na pomoc využívat pouze tehdy, není-li v dostatečné míře možné poskytovat péči v domácím prostředí. Částečná institucionální péče může být využívána jako denní či noční a lze ji kombinovat s dalšími ambulantními službami. Využívání částečné institucionální denní péče je akceptováno zejména u osob, jejichž rodinní příslušníci pracují (ibid.: 55-56).
- **Krátkodobou péči** („Kurzzeitpflege“) – v případě krátkodobé péče jde o časově omezené využití plné institucionální péče. To je možné v případě, kdy v rodině opečovávaného nastane nějaká vážná situace, jíž je třeba řešit či v době přechodu opečovávaného z nemocnice do domácí péče (jako aklimatizace na nově nastalou situaci). V tomto případě není zkoumán stupeň potřebnosti péče. Všichni opečovávaní mají nárok na stejný příspěvek³⁹, který by měl pokrýt až čtyři týdny krátkodobé péče ročně (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 56-57).
- **Domovy** („Heime“) – jedná se o typ bydlení pro seniory a jsou rozlišovány celkem tři typy domovů. První („Altenwohnheime“) typ bydlení tvoří menší byty s vlastní kuchyní. Tento typ je určen relativně samostatným seniorům, kterým je poskytována základní osobní péče. Druhý typ („Altenheime“) tvoří malé byty či apartmány. Ten je určen seniorům, kteří již nemohou vést vlastní domácnost. Poslední typ („Pflegeheime“) bydlení již nabízí kompletní péči. Klienti zpravidla bydlí v jedno či dvoulůžkových pokojích (ibid.: 58).

Významným problémem v systému sociálních služeb je, že se jejich dostupnost liší v jednotlivých regionech v závislosti na politice každé spolkové země (viz Landesrecht). Týká se to např. krátkodobé či denní institucionální péče, která je navíc vhodná jen pro mobilnější uživatele. Pro mnoho rodin tak tyto služby nepřipadají v úvahu anebo je musí zajistit samostatně a uhradit zcela z vlastních zdrojů (Interessenvertretung begleitender Angehöriger 2014: 5). Navíc jsou sociální služby jako takové pro uživatele poměrně drahé. V důsledku uvedených problémů dochází např. k nelegálnímu zaměstnávání osob se slabým postavením na trhu práce jako (levných) soukromých pečovatелů. Na tyto problémy upozorňuje např. organizace Péče SHV, jejímž cílem je ochrana práv a podpora opečovávaných osob (Štollová 2011: 55-56). Obecně je pak systém sociálních služeb v Německu poměrně nepřehledný a nekonkrétní, na což upozorňuje opět již zmíněné sdružení Wir pflegen.

³⁸ Určité náklady (např. nadstandardní ubytování aj.) z tohoto příspěvku nemohou být hrazeny.

³⁹ V současnosti činí jeho výše 1 550 EUR (cca 43 275 Kč).

V důsledku toho se pečující mnohdy vzdají svého zaměstnání, aniž by využili jiné nabízející se možnosti, a začnou být ohrožováni chudobou (Interessenvertretung begleitender Angehöriger 2014: 4).

Na uvedené problémy se současná vláda snaží reagovat. Bylo odsouhlaseno přijetí dvou nových zákonů pro posílení péče („Pflegerstärkungsgesetze“). První zákon byl již schválen a vstoupí v platnost k 1. 1. 2015. Bude jím zaveden fond na podporu péče („Pflegevorsorgefond“). Do něj budou přiděleny finanční prostředky (ve výši 1,2 miliardy EUR cca 335 milionů Kč) na podporu kapacitního rozvoje zařízení poskytujících služby krátkodobé i dlouhodobé péče. Druhý zákon se bude týkat změn v nastavení příspěvku na péči a jeho přidělování (viz text výše).

Informovanost a vzdělávání pečujících osob a jejich rodin

Neformálním pečovatelům jsou nabízeny **kurzy o pečování**, jejichž cílem je domácí péči zlepšit a usnadnit. Hradí a pořádají je pojišťovny ve spolupráci s různými vzdělávacími institucemi. Pro účastníky bývají tyto kurzy příležitostí k navazování kontaktů s dalšími pečujícími osobami (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 98).

Dostupnost informací pro osoby s postižením a neformální pečovatele je v Německu poměrně dobrá. Existuje více možností, kam se občané mohou obrátit a požádat o radu:

Osoby odkázané na péči a jejich příbuzní mají nárok na poradenství a **informace o dostupných možnostech rehabilitace**, které by jim měla poskytnout pojišťovna. Opět je přesně definováno, v čem a jak má být pojišťovna klientovi nápomocna. Měla by s ním např. probat individuální plán vhodných služeb sociálních, zdravotních i služeb péče a následně by měla transparentní formou ověřit i jeho nárok na poskytované dávky a podle toho mu doporučit vhodné možnosti (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 103 a 113).

Dalšími důležitými subjekty v poskytování informací jsou výše zmíněná **informační centra** působící v jednotlivých regionech Německa, která by měla zajistit propojení a koordinovanost péče a rehabilitace. Kontakty na jednotlivá centra jsou k dispozici na webových stránkách www.reha-servicestellen.de. Existují také různé webové stránky, na nichž jsou zveřejňovány **informace o kvalitě péče** v kontrolovaných zařízeních (ibid.: 109).

Spolkové ministerstvo práce a sociálních věcí pak provozuje **informační portál** (www.einfach-teilhaben.de), na němž lidé naleznou bohaté informace tříděné podle témat jako např. zdraví a péče, finanční dávky, stáří, těžké zdravotní postižení, mobilita a volný čas, práce a vzdělávání apod. Dále je spolkové ministerstvo provozovatelem **informační telefonní linky** („Bürgertelefon“), na které si občané mohou vyžádat prvotní kvalifikované informace. V rámci této služby existuje linka přímo určená osobám se zdravotním postižením.

Ministerstvo vydává také **množství přehledných informačních brožurek** tematicky cílených na určitá témata nebo skupiny obyvatel, které jsou k dispozici zdarma a poměrně snadno dostupné z různých webových stránek⁴⁰.

⁴⁰ Za zmínku zde stojí také to, že většina příruček je vydávána ve více verzích, např. ve verzi psané jednodušším stylem nebo ve verzi pro osoby s postižením zraku.

V jednotlivých spolkových zemích poskytují poradenství také **různé iniciativy**. Jednou z významnějších je např. zastřešující iniciativa **Der Paritätische Wohlfahrtsverband**, v níž je zapojeno víc než 10 000 organizací, zařízení a zájmových skupin z oblasti zdravotní a sociální péče. Další pak výše zmíněné zájmové sdružení **Wir pflegen**. Toto sdružení zastupuje a hájí zájmy pečujících na všech úrovních společnosti, včetně politického rozhodování. V jednotlivých regionech země jsou vytvářeny pracovní skupiny, které pečujícím poskytují pomoc. Na webových stránkách sdružení je uvedeno, že Sdružení vydává jak příručky pro pečující, tak odborné zprávy o stavu péče v Německu. Ty se z velké části zaměřují na podporu sladění péče a práce.

Další opatření na podporu pečujících osob

Pečující osoby jsou v době vykonávání péče automaticky pojištěny **pro případ úrazu** v rámci zákonného úrazového pojištění. Pojištění se vztahuje na úrazy vzniklé jak při samotném výkonu péče, tak při cestě do a z domácnosti opečovávaného. Za správu tohoto pojištění je odpovědná obec, v níž pečující osoba žije (Meine Krankenkasse 2014).

Ze zákonného zdravotního pojištění může být hrazena také **výpomoc v domácnosti**. Na ni má nárok osoba, která dočasně není schopna se ze zdravotních důvodů o domácnost postarat, např. z důvodu hospitalizace v nemocnici či jiném léčebném zařízení. Na tuto výpomoc má nárok v situaci, že v domácnosti žije dítě mladší 12 let nebo dítě se zdravotním postižením odkázané na pomoc druhé osoby (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 118).

Z pojištění péče jsou dále hrazeny **pomůcky a opatření**, které domácí péči usnadňují anebo uleví opečovávaným osobám od potíží. Patří sem např. speciální lůžka nebo polštáře, ale také úhrada nákladů za úpravu bytu potřebnou k tomu, aby mohla být péče vykonávána (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 95-96).

Určitou formu nepřímé podpory neformálních pečovatelů představuje podobně jako v ČR **průkaz pro osoby s postižením** („Behindertenausweis“), a to ve chvíli, kdy je průkaz označený písmenem B („Begleitperson“) označujícím potřebu průvodce, kterou má držitel průkazu v určitých situacích, např. při využití prostředků hromadné dopravy. V takovém případě má doprovázející osoba nárok na přepravu zdarma (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014b: 110-111).

Od roku 2002 je v platnosti **Zákon na podporu rovného postavení osob s postižením** („Behindertengleichstellungsgesetz“ – BGG). Kromě osob s postižením v něm však naleznou oporu i senioři a rodiny s dětmi. Jeho cílem je odstraňování existujících bariér nejen fyzických, ale i např. bariér v komunikaci s osobami se sluchovým či zrakovým postižením. Udává parametry zpřístupňování veřejných budov, reguluje fungování bezbariérové přepravy, obsahuje pokyny pro zaměstnavatele (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 119 a Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2007)⁴¹.

⁴¹ Podrobnější informace o zákonu na podporu rovného postavení osob s postižením uvádí např. Bundesministerium für Gesundheit 2007.

3.4. Závěr

Německo má jeden z nejstarších a nejstabilnějších systémů pojištění péče a stejně tak (nebo možná právě proto) jeho systém podpory osob odkázaných na pomoc druhých a pečujících osob patří k jedněm z nejrozvinutějších. Přestože je podpora primárně soustředěna na opečovávané osoby cílená pomoc pro pečující osoby je stále ve fázi rozvoje, dostávají se pečující osoby stále více do centra pozornosti vládních představitelů, a to zejména v souvislosti s otázkou sladění pracovního života s pečovatelskou činností.

Základním cílem sociální podpory v Německu je udržení co možná nejvyššího počtu osob odkázaných na péči v domácím prostředí a maximální podpora jejich soběstačnosti. Tomu odpovídá i nastavení systému podpory: neformální péče a péče ambulantní je upřednostňována před ostatními formami a využívá ji největší podíl osob, které péči potřebují. Opečovávaným osobám je vyplácen příspěvek na péči, z nějž využívané služby hradí a který je považován za základní finanční dávku podporující právě pečující osoby. Pokud příjemce kromě neformální péče využívá také ambulantní služby, je mu příspěvek poměrně navýšen. Pečující osoby mají nárok i na další úlevy a dávky, např. daňové úlevy nebo zajištění náhradní péče v době jejich dovolené či nemoci.

Přímou podporu pečujících osob na trhu práce má zajišťovat pečovatelská dovolená a rodinná pečovatelská dovolená. Zavedením těchto nástrojů udělalo Německo velký krok v podpoře pečujících osob, bohužel však nejsou dostatečně využívány. Různé studie a zájmová sdružení spatřují hlavní příčinu v jejich nastavení, které zcela neodpovídá reálným potřebám rodin neformálních pečovatelů. Poněkud problematické je také využívání podpůrných sociálních služeb, které by mohly rodinám pečujících ulevit, ale které nejsou ve všech regionech dostupné v potřebné míře. Celý systém je také pro obyvatele poměrně drahý a z části i neefektivní, protože významný podíl populace vůbec nepokrývá.

Nicméně přes uvedené nedostatky, na které upozorňují různé iniciativy, zájmová sdružení i výzkumné studie, dosahuje podpora neformálních pečovatelů v Německu poměrně dobré úrovně a lze ji označit za komplexní. Problematika pečování je zde aktuálním tématem. Pozitivně je třeba hodnotit také fakt, že současná vláda na definované problémy reaguje a do budoucna lze proto očekávat další kroky vedoucí ke zlepšování životních podmínek a postavení pečujících osob v německé společnosti.

4. Švédsko

4.1. Švédský systém sociálního zabezpečení

Základy švédského sociálního systému vycházejí z konceptu štědrého sociálního státu, který tradičně přejímá vysokou míru zodpovědnosti za blaho svých občanů. Vysoké daňové zatížení obyvatel je kompenzováno širokou nabídkou služeb a benefitů, které garantují zachování určitého minimálního životního standartu a sociálních jistot. Přibližně od 30. let minulého století, kdy byl sociálně-demokratický typ „welfare state“ ve Švédsku konsolidován, obyvatelé království postupně přivykli ochrannému systému, široce akceptovali nabízenou péči a ve velké míře přenesli odpovědnost za péči o různé skupiny potřebných z rodin na stát. Poslední dekády vývoje společnosti však nastolily diskusi o reálných možnostech a udržitelnosti různých modelů sociálního státu. Vzhledem k demografickému a ekonomickému vývoji je čím dál více zdůrazňována potřeba dělby „sociální odpovědnosti“ mezi stát a občany.

Systém sociálního pojištění

Švédský systém sociálního pojištění poskytuje rodinám a jednotlivcům finanční zabezpečení v případě onemocnění, příp. výskytu jiného zdravotního znevýhodnění dlouhodobého charakteru. Sociální pojištění svým rozsahem nepokrývá zdravotní péči ani podporu v nezaměstnanosti, jež jsou součástí jiných forem pojištění.⁴² Systém sociálního pojištění je „třísloužkové“ povahy. Zahrnuje benefity vázané na příjem, příspěvky univerzální povahy a testované dávky. Benefity vázané na příjem představují finanční kompenzaci při ztrátě příjmu v důsledku např. nemoci či péče o dítě. Dávky univerzální povahy jsou vypláceny každému potřebnému ve stejné výši a zahrnují přídavek na dítě a příspěvek při adopci. Testovanými dávkami pak jsou příspěvek na bydlení, příspěvek na bydlení pro seniory a příspěvek na péči. Zatímco na příjem vázané benefity podléhají zdanění, ostatní dávky nejsou zatíženy daňovou povinností. Finanční prostředky na pokrytí dávek sociálního pojištění stát získává jednak z příspěvků, které odvádějí zaměstnanci se zaměstnavateli, a jednak z daní (Government Office of Sweden 2014).

Co se pojištění na stáří týče, Švédsko v praxi aplikuje několika složkový systém zabezpečení, který se skládá ze: základní penze (income-based pension), premiové penze (premium pension) a garantované penze (guarantee pension). Účast v prvním pilíři je povinná a výsledná penze vychází z celoživotních výdělků. Druhý „premiiový“ pilíř je, obdobně jako tomu bylo v ČR, volitelný a taktéž vázaný na celoživotní výdělek. Nárok na garantovaný příspěvek, který je vyplácen ze státního rozpočtu, pak vychází z rezidenčního principu. Mimo tyto tři pilíře pak existuje možnost „zaměstnaneckého spoření“, příp. jiné privátní formy spoření (Government Office of Sweden 2014).

Systém sociálních služeb

Široká státem garantovaná nabídka formální péče tvoří ve Švédsku páteř celého systému. V rámci širšího procesu transformace sociálního státu a sociálních služeb se však stále silněji prosazuje trend deinstitucionalizace a zvyšuje důležitost neformální péče a podpory vyjadřované pečujícími osobám (Triantafyllou et al. 2010: 42-43). Od roku 1992 jsou kompetence a odpovědnost za řízení a plánování

⁴² Otázka nezaměstnanosti a příspěvků v nezaměstnanosti je součástí aktivní politiky trhu práce, nárok na poskytnutí bezplatné zdravotní péče pak vychází z rezidenčního principu.

sociálních služeb a dlouhodobé péče ve Švédsku rozděleny mezi autority národní, krajské i lokální úrovně. Stejně jako v České republice na národní úrovni sehrává klíčovou roli ústřední vláda, která plní úkoly zejména legislativní povahy. Kraje a obce (resp. jejich zastupitelské orgány) pak zastávají klíčové pozice na zbylých úrovních státní správy. Krajům náleží povinnost zabezpečení zdravotní péče na svém území. Obce pak, ve spolupráci s kraji, dle pravomocí a povinností jim určených zákonem o sociálních službách⁴³, plánují, realizují a financují sociální služby a péči v rámci své působnosti. V rámci svých pravomocí zastupitelské instituce krajů a obcí také vybírají daně^{44,45}, které následně plynou právě do systému služeb a dlouhodobé péče. Rozpočty krajů a municipalit (příp. konkrétní individuální projekty na lokální úrovni) jsou taktéž finančně podporovány z centrální úrovně. Služby jsou následně poskytovány na „nevýdělečném principu“. To znamená, že obce i kraje sice mohou zpoplatnit poskytované služby, avšak v adekvátní výši, která odpovídá reálným nákladům na dotčené služby. Centrální vláda zpravidla každý rok určuje maximální možnou výši poplatků za jednotlivé služby, přičemž poplatky vyšší než zákonem povolené mohou lokální autority aplikovat, avšak pouze ve specifických případech stanovených zákonem (Ljunggren a Emilson 2009: 4-7). Kraje a obce jsou primárními zprostředkovateli (zřizovateli a poskytovateli) potřebné péče. Nabídku a dostupnost požadovaných služeb však mohou zajišťovat ve spolupráci s dalšími aktéry. Poskytovateli služeb teoreticky mohou být např. i dobrovolnické či neziskové organizace, nebo organizace fungující na výdělečném principu. Pro Švédsko je však typické, že formalizovaný občanský sektor zastává v sociálních službách minoritní roli⁴⁶. Důvodem však není jeho nedostatečná rozvinutost⁴⁷, nýbrž skutečnost, že vzhledem k uplatňovanému konceptu pečujícího sociálního státu se občanská angažovanost ve Švédsku rozvinula spíše v oblasti kultury, sportu nebo obchodu. Vzhledem ke změnám potřeb populace, souvisejícími zejména s demografickým vývojem, a posunu v přístupu sociálního státu, kdy dochází ke snižování objemu státem zabezpečované péče, zejména v zařízeních ústavního typu, se v posledních letech tyto tendence mění a je kladen větší důraz na rozvoj občanské společnosti a upevňuje se vztah mezi „dobrovolným“ a veřejným sektorem (Karp et al. 2010: 21-22, 36; Ljungreggren a Emilsson 2009: 11).

4.2. Situace v oblasti neformální péče

Vysoká míra „veřejné zodpovědnosti“ za zajištění sociální péče a důstojného životního standartu uplatňovaná vůči různým skupinám, ve Švédsku zejména vůči seniorům, se odráží např. ve skutečnosti, že z pohledu práva není na děti kladen požadavek poskytnout péči, příp. finanční pomoc svým nemohoucím rodičům. Rozhodne-li se však rodina sama pro neformální péči, má právo obdržet maximální možnou podporu. Zákonem je však poskytnutí péče o únosné intenzitě očekáváno mezi

⁴³ Socialtjänstlagen (Social Services Act) 1982.

⁴⁴ Daňová sazba se zpravidla pohybuje ve výši 30 %. Přibližně 20 % plyne do rozpočtu municipalit, 10 % připadá krajům. Daněnou položkou je v tomto případě příjem. Celkový objem financí, které obce a kraje vyberou na daňových poplatcích, tvoří až dvě třetiny jejich celkového rozpočtu (Ljunggren a Emilsson 2009: 6).

⁴⁵ Zdravotní péče a sociální služby jsou z 90 % financovány z příjmů lokálních daní (Johansson 2014).

⁴⁶ Data, která by popisovala, v jakém poměru se na zabezpečení sociálních služeb a péče podílejí organizace občanského sektoru, nebo jiní aktéři, nejsou dostupná. Výzkum, který by reflektovala strategie a formy zajišťování sociální péče ve Švédsku, doposud nebyl na národní úrovni realizován.

⁴⁷ Více než 50 % populace je angažováno v některém typu dobrovolné organizace (Jegermalm 2010: 5).

manželi a taktéž od rodičů, kterým náleží zodpovědnost za péči o jejich nezletilého potomka (tj. do 18 let věku) (Johansson 2014: 2⁴⁸).

Švédsko doposud nedefinovalo jednotnou oficiální strategii podpory neformální péče a pečujících osob na národní úrovni. Existující právní prostředí však reflektuje snahu upevnit a zlepšit postavení pečujících osob. První oficiální pokus o vyjádření přímé podpory neformálních pečovatelů ze strany státu se ve Švédsku uskutečnil v roce 1997, kdy vláda investovala 300 milionů švédských korun (cca 888 milionů Kč) na podporu individuálních projektů věnujících se problematice neformálních pečovatelů, na který navázaly další programy. Významnou autoritou na centrální úrovni je „**Národní rada pro zdraví a prosperitu**“ („Socialstyrelsen“)⁴⁹, která se svým působením snaží o zviditelnění problematiky pečujících osob a konsolidace systému jejich podpory především pomocí nástrojů redistributivní a legislativní povahy. V roce 2008 bylo Radou založeno **Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče** („Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga“), jehož posláním je koordinace výzkumu a rozvoje v oblasti neformální péče, zvyšování obecného povědomí o problematice a informační podpora zainteresovaných aktérů (pečujících osob i institucí) (Fukushima, Adami a Plame 2010: 7).

Ačkoliv se problematika neformální péče (nejen ve Švédsku) postupně dostává do popředí zájmu a je tématem veřejné diskuse, evidovat lze pouze hrst studií a výzkumů, jak kvalitativní tak kvantitativní povahy, které by poskytovaly ucelený přehled poznatků a předložily komplexní návrh řešení situace pečujících osob (ibid.: 9-10). V roce 2012 uskutečnila Národní rada pro zdraví a prosperitu kvantitativní šetření napříč celou zemí a populací, jehož cílem bylo identifikovat, kdo jsou pečující osoby. Dotazník s hlavní otázkou „*Poskytujete pravidelnou péči osobě se sníženou soběstačností z důvodu vysokého věku, nemoci nebo jiného handicapu?*“ byl distribuován mezi 15 tisíc obyvatel starších 18 let s návratností 55 % (cca 8200 odpovědí). Výsledky přinesly následující zjištění (Johansson 2014: 2-3).

Z uvedeného vzorku se jako osoby pečující (na občasné či pravidelné bázi) označilo 18 % dotázaných. Vztaheno na celkovou dospělou populaci starší 18 let, 18 % odpovídá přibližně 1,3 milionu osob. Z toho pak více než 400 tisíc osob poskytuje péči na denní bázi, více než 600 tisíc osob poskytuje pravidelnou péči alespoň jedenkrát týdně a 300 tisíc osob alespoň jednou měsíčně (Tabulka 4).

⁴⁸ National Board of Health & Welfare Sweden (2012). *Relatives who provide care to a significant other: Scope and consequences*, (In Swedish). Stockholm: NBHWS. Dokument shrnující výsledky výzkumu z oblasti dlouhodobé péče realizovaný NBHW. Dostupný pouze ve švédském jazyce. V komparativní rešerši bylo pracováno pouze s vybranými daty zprostředkovanými zástupcem NBHW Lennarthem Johanssonem.

⁴⁹ Prosperitu ve smyslu welfare.

Tabulka 4: Počet pečujících osob starších 18 let ve švédské populaci podle intenzity poskytované péče (2012)

	Absolutně v populaci 18+	% v populaci 18+
Neposkytují žádnou péči	6 232 000	82
Pečují denně	419 000	6
Min 1x/týden	619 000	8
Min 1x/měsíc	300 000	4
Celkový počet osob 18+ v populaci	7 570 000	100

Zdroj: Johansson 2014

Podle výsledků šetření je dále možné konstatovat, že potřebnou péči ve Švédsku poskytují častěji ženy než muži a že nejvíce pečujících osob se nachází v produktivním věku s největší kulminací ve věkové kohortě 45–65 let (Tabulka 5). Počet pečujících v produktivním věku (18–64 let) pak činí přibližně dvě třetiny ze všech pečujících starších 18 let (Tabulka 5).

Tabulka 5: Pečující osoby podle věku a pohlaví⁵⁰

% z pečujících osob 18+	
Pohlaví	
žena	59
muž	41
Věk	
18-29	7
30-44	14
45-64	46
65-80	27
81 a více	6

Zdroj: Johansson 2014

Co se týče vlivu péče na ekonomickou aktivitu, přibližně 8 % pečujících (odpovídá cca 70 tis. osob z celkového počtu pečujících v populaci) snížilo svůj pracovní úvazek v důsledku péče a 3 % (odpovídá cca 29 tis. osob) přestalo pracovat úplně. Ženy zároveň snižují své pracovní úvazky častěji než muži (Johansson 2014: 3).

4.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatелů

I přes existenci **Národní rady pro zdraví a prosperitu**, jejíž aktivity byly jmenovány výše, jsou těžištěm koordinace sociálních služeb ve Švédsku autority místní úrovně, zejména obce. Postavení obcí v daném smyslu posílila změna zákona o sociálních službách z roku 2009, která definuje obce jako aktéry primárně odpovědné za zabezpečení sociálních služeb v rámci své působnosti pro různé skupiny obyvatel, neformální pečovatele nevyjímaje. **Zákon o sociálních službách** přímo říká, že **obce jsou povinny respektovat a spolupracovat s neformálními pečovateli a poskytnout jim potřebnou**

⁵⁰ V rámci uskutečněného výzkumu nebyl zkoumán vztah mezi pohlavím a věkem pečujících osob a intenzitou poskytované péče. Vzhledem k takto široce pojaté definici neformálního pečovatele je třeba předpokládat, že prezentované výsledky pravděpodobně zahrnují i „občasné“ pečovatele, resp. osoby poskytující neformální péči o nízké intenzitě.

podporu, je-li vyžadována. Teoreticky municipality disponují širokým spektrem nástrojů na podporu pečujících osob, jejich podoba, příp. kombinace, se však v rámci jednotlivých regionů a obcí, v důsledku absence národní strategie a vysoké míry autonomie přiřknuté obcím, liší (Triantafillou et al. 2010: 42-43).

Důležité je zmínit podstatu přístupu, který švédský systém zaujímá vůči handicapovaným a na péči závislým osobám. Cílem různých forem podpory jim směřované je dosáhnout maximální možné soběstačnosti a nezávislosti těchto osob na okolí. V kontextu pomoci poskytované handicapovaným osobám a jejich rodinám tak na prvním místě stojí přímá podpora a ochrana opečovávaných, následně pak přímá podpora pečujících. Soubor veškerých nástrojů, kterými Švédský systém podporuje pečující osoby, tak zahrnuje zejména nepřímou podporu, ale i několik přímých opatření. Nalézt lze nástroje finančního charakteru a služby, je třeba však zmínit, že obecně je upřednostňováno poskytování služeb před pouhým vyplácením dávek (Johansson 2014: 3). Na pečující osoby také cílí opatření pracovně-právní legislativy.

Finanční podpora neformálních pečovatелů

Ekonomické nástroje zahrnují příspěvky a benefity vyplácené obcemi i státem. Až na výjimky je příjemcem podpory opečovávaná osoba a neformální pečovatel tak z těchto dávek čerpá nepřímo. Nárok na peněžitou pomoc je zpravidla posuzován s ohledem na požadavek opečovávaného na pomoc a asistenci v běžném životě, tedy že opečovávaná osoba vyžaduje pomoc s aktivitami jako oblékání, hygiena, stravování apod. Výše příspěvků se obvykle vypočítává s ohledem na intenzitu/časovou náročnost péče ve smyslu počet hodin/týden. V některých případech finální výši příspěvku ovlivňuje i celkový příjem rodiny. U některých dávek je dále nárok podmíněn účastí jedince v systému sociálního pojištění. Pokud příspěvek není přiznán, či je jeho přiznaná výše nedostatečná, žadatel se může proti rozhodnutí odvolat (ibid.: 6).

Příspěvky a dávky vyplácené municipalitami

První z dávek je **příspěvek pečujícímu**, který ve skutečnosti není příspěvkem, nýbrž platem neformálního pečovatele. **Obce mají možnost oficiálně zaměstnat** osobu blízkou **jako pečující osobu**. Na základě takto uzavřené pracovní smlouvy o péči pak obec vyplácí pečující osobě odměnu, která je za své podstaty srovnatelná s klasickou mzdou a vztahují se na ni stejná pravidla zdanění a pojistných odvodů jako na příjem z „běžného“ zaměstnání. Pečující osoba v podstatě nabývá stejného postavení jako profesionální pečovatel. Výše odměny se odvíjí od náročnosti a intenzity poskytované péče a liší se v rámci obcí/regionů⁵¹ (ibid.: 4).

Příspěvek na péči⁵² („Assistansersättning“/ „attendance allowance“) primárně náleží osobě závislé, která jej může využít jako odměnu, úhradu za péči, jež jí poskytuje osoba blízká. Příspěvek nepodléhá daňové povinnosti a nárok na něj a výše příspěvku jsou posuzovány s ohledem na potřebnost péče a její časovou náročnost. Zpravidla mají obce nastavenou maximální hranici, do jejíž výše příspěvek

⁵¹ Průměrná výše příspěvku je 14 tisíc SEK (tj. cca 41 447 Kč). Příspěvek pečujícímu však není ze strany obcí primárně preferovanou variantou. Podle Johanssona je tato možnost „...far from a first-hand suggestion from the municipality“ (2014: 3-4).

⁵² Nebo také příspěvek na asistenci.

vyplácejí, na 17–20 hodin vyžadované péče za týden⁵³. „Nadlimitní“ péče pak zpravidla bývá pokryta jinou formou dávek vyplácených státem⁵⁴ (ibid.).

Příspěvky nárokové účasti v systému sociálního pojištění vyplácené státem

Příspěvek na péči o postižené/handicapované dítě („vårdbidrag“/ „care allowance for care of disabled children“) představuje finanční podporu pro rodiče pečující o dítě trpící dlouhodobým znevýhodněním (postižením). Nárok na příspěvek může vzniknout okamžitě po narození dítěte, dávku však lze pobírat maximálně do 19 let věku potomka. Nárok na příspěvek a jeho výše je „testována“ jednak s ohledem na celkový příjem rodiny a jednak se odvíjí od intenzity poskytované péče (počet hodin vyžadované péče za den)⁵⁵. Nejnižší možnou intenzitu představuje „čtvrtková dávka“ (one-fourth care allowance), která vyžaduje intenzitu poskytované péče minimálně 7 hodin za den (Försäkringskassan 2014).

Vyžaduje-li znevýhodněná/handicapovaná osoba asistenci v rozsahu alespoň 20 hodin týdně, má právo požádat o finanční kompenzaci v podobě **příspěvku na péči („assistansersättning“/ „attendance allowance“), který je vyplácen státem**. Péče může být poskytována jednou nebo více osobami a zahrnovat pomoc s běžnými denními úkony jako oblékání, hygiena apod. i s jinými specifickými úkony vycházejícími z povahy postižení. Příspěvek jako takový náleží opečovávané osobě, která jej využije právě na úhradu asistenční služby. Ta může být vykonávána profesionálem nebo blízkou osobou (sousedem, přítelem, rodičem či jiným rodinným příbuzným). V případě, že je osobou vyžadující péči dítě/nezletilý, žádají o příspěvek rodiče dítěte. Pobírání příspěvku na osobní asistenci není slučitelné s dlouhodobým pobytem v institucionální péči. Pokud má poskytovaná péče střídavý charakter (tzn., jde-li o částečně domácí a částečně pobytovou péči), je možné pobírat dávku v poměrné výši vypočtené s ohledem na počet dní strávených v institucionální péči. Výše příspěvku na péči se pohybuje v rozmezí 280-314 SEK/hodinu poskytované péče (tj. cca 828-930 Kč/hod.) (ibid.).

Nárok na **příspěvek v invaliditě („handikappersättning“/ „disability or handicapped allowance“)** vzniká dosažením věku 19 let a jeho výše⁵⁶ se odvíjí od rozsahu a intenzity potřebné péče. Podmínkou pro přiznání příspěvku v invaliditě je skutečnost, že se znevýhodnění/postižení objevilo před 65. rokem, závislá osoba vyžaduje pomoc při zajišťování běžných aktivit života, studia nebo práce alespoň z jedné třetiny a potřeba péče je „konstantní“, resp. trvá minimálně jeden rok. Příspěvek lze v některých případech pobírat i po dosažení hranice 65 let. Příspěvek je osvobozen od daňové povinnosti, jeho výše však může být snížena v případě, že je pobírán současně s jiným příjmem (např. se starobním důchodem) (Johansson 2014: 5). Stejně jako v případě osobní asistence, pobírání

⁵³ Výše příspěvku vypláceného obcemi je velmi „reziduální“. Pro porovnání – slouží-li příspěvek jako odměna rodinnému pečujícímu, jeho výše je cca 7-8krát nižší, nežli plat pečovatele poskytujícího službu skrze formální instituci. V průměru jde o částku 4 tisíce SEK (tj. 11 842 Kč) (Johansson 2014: 3).

⁵⁴ Viz níže.

⁵⁵ Nejnižší možnou intenzitu představují „čtvrtková dávka – one-fourth care allowance“, která vyžaduje intenzitu poskytované péče min. 7 hodin za den. Výše měsíčního příspěvku je 2 313 SEK (tj. cca 6 846 Kč). Následuje „half-care allowance“ o výši 4 625 SEK (tj. cca 13 692 Kč), „three-fourths care allowance“ o výši 6 938 SEK (tj. cca 20 540 Kč) a „Full-care allowance“ o výši 9 250 SEK (tj. cca 27 384 Kč) (Försäkringskassan 2014).

⁵⁶ Systém rozlišuje tři stupně dávek. Při nejnižší úrovni závislosti postižení náleží handicapované osobě měsíčně 1 332 SEK (tj. cca 3 943 Kč), při střední úrovni 1 961 SEK (tj. cca 5 806 Kč), při nejvyšší úrovni 2 553 SEK (tj. cca 7 558 Kč) (Försäkringskassan 2014).

příspěvku v invaliditě není slučitelné s dlouhodobou pobytovou péčí. Platí, že dávku lze trvale pobírat tehdy, nepřesáhne-li délka pobytu v instituci 6 měsíců. Po přesažení této doby platí pro výpočet výše dávky stejné pravidlo poměrného výpočtu jako v případě příspěvku na péči/asistenci (Försäkringskassan 2014).

Rodič pečující o nemocné dítě, příp. osoba pobírající příspěvek v invaliditě má dále nárok na **příspěvek na zvláštní výdaje spojené s poskytovanou péčí („vårdbidrag för merkostnader“/ „care allowance for additional costs“)**. Tato dávka je určena na finanční pokrytí nadstandardních potřeb/služeb, jako jsou speciální pomůcky, medikace, potraviny apod. Příspěvek může být poskytován v kombinaci s jinými výše uvedenými dávkami, příp. o něj lze zažádat i samostatně. Výše příspěvku se odvíjí od celkové výše příjmu dosaženého prostřednictvím jiných dávek (ibid.).

Poslední dávkou je **příspěvek na automobil („bilstöd“/ „car allowance“)**. Ten zahrnuje několik možných forem podpory. Může se jednat buď o finanční příspěvek na nákup automobilu, příspěvek na adaptaci automobilu pro potřeby handicapovaného, příp. příspěvek na úhradu poplatku za řidičský kurz a získání řidičského průkazu (ibid.).

Příspěvky nárokové účasti v systému zdravotního pojištění vyplácené státem

Nárok na **invalidní důchod („aktivitetsersättning“/ „activity compensation“** příp. „sjukersättning/sickness compensation“) vzniká, pokud dojde k poklesu pracovní schopnosti jedince o minimálně jednu čtvrtinu⁵⁷ a není pravděpodobné, že by v budoucnu došlo ke zlepšení. V závislosti na míře poklesu schopnosti může být jedinci přiznán částečný či plný invalidní důchod⁵⁸. Tzv. aktivitetsersättning je dávkou pro mladé lidi ve věku 19-29 let, která může být pobírána i po dobu prodlouženého studia, ke kterému došlo v důsledku zdravotního znevýhodnění. Sjukersättning je kompenzací pro osoby ve věku 30-64 let. Výše invalidního důchodu je buď garantovaná (v případě žádného, nebo nízkého příjmu ze zaměstnání), nebo vázaná na výši výdělku (max. však 64 % ze mzdy) (Försäkringskassan 2012: 4).

Podpora pečujících na trhu práce

Každá pečující osoba má nárok na 100 dní **placené dovolené za účelem péče**⁵⁹ o osobu blízkou v konečném stádiu života. Výše příspěvku, který po tuto dobu pečující osobě náleží, je odvozen z výše dávky, která by byla pečující osobě vypočtena v případě čerpání vlastní nemocenské a může dosáhnout maximálně 80 % příspěvku v nemoci. Dávka je chápána jako odměna pečující osobě a představuje finanční kompenzaci za ušlý výdělek. Nárok na dávku je podmíněn účastí na sociálním pojištění. Zaměstnavatel ze zákona garantuje pečující osobě návrat na stejnou pracovní pozici jako před nástupem dovolené (Johansson 2014: 4).

⁵⁷ Vzhledem ke všem pozicím, které trh práce nabízí.

⁵⁸ „One-quarter, half, three-quarters or full compensation“.

⁵⁹ Péče v tomto případě nemusí nezbytně znamenat poskytování přímé sociální/zdravotní pomoci a opečovávaný nemusí být nutně v domácí péči. Blízkou osobou taktéž nemusí být pouze člen rodiny, nýbrž i přítel, soused atd., příp. může být dovolená rozdělena mezi několik osob i časových úseků. Pečující má (resp. mají) nárok využít 100 dní dovolené na každou blízkou osobu, která péči, ve výše popsaném smyslu, potřebuje. Tzn. i několikrát za život.

V neposlední řadě lze za významnou formu podpory považovat i dostupnost **flexibilních forem pracovních úvazků**, které jsou předpokladem pro kombinaci práce a péče. Vysoká flexibilita trhu práce je trend typický pro všechny severské země, který vychází z uplatňování konceptu flexicurity^{60, 61}.

Individuální plánování péče

Nástroj byl zakomponovaný do zákona o sociálních službách v rámci změn v letech 2009–2010. Zákon ukládá obcím povinnost vytvářet s každou „péči potřebnou“ osobou **individuální plán péče**, který musí zahrnovat přesný popis léčby, poskytovaných služeb atd. Potřeba ustanovení péče vychází buď z posudku praktického lékaře, nebo z návrhu zástupce obce. Podrobný plán péče pak vytváří lékař a lokální zástupce ve spolupráci s opečovávaným, jeho rodinou, příp. ve spolupráci s konkrétní pečující osobou. Výstupem takovéto diskuze je zjištění, jaký typ a rozsah péče je pro nemocného nejvhodnější, zda je domácí péče vůbec vhodná a možná a do jaké míry. Výsledný plán definuje, jaké authority/instituce nesou za konkrétní části léčby a léčebné postupy zodpovědnost, podporuje vzájemnou komunikaci a napomáhá integritě zdravotních a sociálních služeb (Ljungren a Emilsson 2009: 2).

Služby a jiná opatření

Jak již bylo zmíněno, těžištěm koordinace sociálních služeb ve Švédsku jsou autority místní úrovně, zejména obce. Municipality disponují širokým spektrem nástrojů na podporu pečujících osob. Jejich podoba, příp. kombinace, se však v rámci jednotlivých regionů a obcí, v důsledku absence národní strategie a vysoké míry autonomie přiřknuté obcím, liší (Triantafillou et al. 2010: 42-43). Stávající systém podpory zároveň není na národní úrovni sledován ani evaluován a nelze tedy objektivně vyhodnotit jeho dopady.

Soubor podpůrných opatření zahrnuje především různé formy institucionálních služeb komunitního charakteru⁶², např. zařízení respitní péče, denní centra či dočasné pobytové služby, ale i „in-home“ respitní péči, osobní asistenci apod. a **vzdělávací aktivity** pro zvýšení orientace, kompetencí a odbornosti pečujících osob (Ljungren, Emilsson 2009: 16; Fukushima, Adami a Palme 2010: 8-9). Zajímavým příkladem opatření vzdělávací povahy jsou tzv. „**Contact days**“. Contact days jsou jako nástroj podpory neformálních pečovatelů namířeny na rodiče pečující o dlouhodobě nemocného potomka. V rámci contact days mají rodiče možnost využít pracovní volno za účelem sebevzdělávání v oblasti péče o dlouhodobě nemocné dítě. Za tyto dny mají rodiče nárok na finanční kompenzaci ve výši cca 80 % příjmu⁶³ (Försäkringskassan 2012: 10). Do spektra nástrojů spadají také **poradenská**

⁶⁰ Dánský model trhu práce, který je založen na flexibilitě trhu práce, štedré sociální ochraně a aktivní politice zaměstnanosti. Podrobněji viz Nekolová 2008.

⁶¹ Z celkového počtu zaměstnaných osob pracuje ve Švédsku osob na částečný úvazek 23,2 % (Eurostat 2014b). Mezi nejvyužívanější formy časově flexibilních úvazků se řadí částečné úvazky, on-call úvazky, klouzavá pracovní doba, konto pracovní doby a zaměstnání na zkoušku (Formánková et al. 2011: 22). V České republice počet osob pracujících na částečný úvazek představuje 6,6 % z celkové zaměstnanosti (Eurostat 2014b). Nečastější formy časové flexibility jsou pak klouzavá pracovní doba, stlačený pracovní týden, zkrácený úvazek a fond pracovní doby (Formánková et al. 2011: 14-15). Průměr osob pracujících na zkrácený úvazek v rámci zemí EU 28 je 20,3 %.

⁶² Spíše než podoby velkých odosobnělých institucí přitom pobytové služby ve Švédsku nabývají formy menších individualizovaných služeb „rodinného“ charakteru.

⁶³ Maximálně však za 10 dní/dítě/rok.

centra a podpůrné skupiny poskytující pečujícím potřebné informace a možnost konzultace. V neposlední řadě je třeba zmínit aktivity zahrnující služby typu lázeňské pobyty pro pečující osoby, masáže, konzultace zdravotního stavu apod., tzv. „**feel good activities**“ a **další podpůrné služby a činnosti**, jako instalace nebo zapůjčení speciálních technologií (např. osobních alarmů pro zavolání rychlé pomoci), přepravní služby usnadňující mobilitu, stravovací služby atp. (Ljungren a Emilsson 2009: 16; Fukushima, Adami a Palme 2010: 8-9).

4.4. Závěr

Rodiny s dětmi, senioři nebo osoby s fyzickým či mentálním znevýhodněním jsou skupiny, kterým švédský sociální systém věnuje širokou míru podpory. Systém zároveň opouští od tradičního institucionálního zajištění péče a naopak zdůrazňuje roli komunity a rodiny (Johansson 2014). Navzdory tomu jsou však neformální pečovatelé skupinou, na jejíž potřeby začala široká veřejnost upozorňovat relativně nedávno. Míra pozornosti a podpory jí věnované však stoupá a situace pečujících osob je diskutovaným tématem. Tlak na podporu přichází nejen ze strany samotných pečujících, ale i ze strany státu.

Švédsko sice postrádá ucelenou koncepci podpory neformálních pečovatelů na národní úrovni, reforma zákona o sociálních službách z roku 2009 však etablovala pozici pečujících a lze ji z tohoto hlediska považovat za zlomovou. Delegace odpovědnosti za zajištění podpory pečujícím osobám na lokální úroveň má navíc předpoklad vysoké efektivity. Lze tak očekávat, že výsledná forma podpory bude dobře reflektovat specifické požadavky pečujících.

Systém zároveň pracuje s širokým spektrem finančních příspěvků nárokových účastí na sociálním pojištění, ale i příspěvků univerzální a testované povahy. Převážně se jedná o peněžitou podporu určenou primárně opečovávaným osobám, která tak pečujícím plyne nepřímo. Nástroje finanční povahy však doplňuje soubor opatření, která mají charakter legislativní nebo nabídky služby, a jsou určena přímo neformálním pečovatelům. Za zásadní krok pak lze považovat uzákonění povinnosti obcí realizovat v rámci své působnosti individuální plánování péče.

Švédský systém podpory pečujících osob teoreticky představuje komplexní soustavu nástrojů, opatření a aktérů, kteří se vzájemně doplňují a spolupracují. Současné nastavení systému však doposud nebylo na národní úrovni evaluováno. Reálnou funkčnost systému a jeho skutečné dopady tak nelze hodnotit.

5. Španělsko

5.1. Španělský systém sociálního zabezpečení

Teorii bývalo Španělsko až donedávna (spolu s Itálií, Portugalskem a Řeckem) téměř bezvýhradně přiřazováno pod tzv. středomořský model sociálního státu, který představuje model finančně nejméně nákladný. Intervence státu v oblasti sociální politiky jsou u tohoto modelu poněkud omezené, přičemž toto bývá kompenzováno významnou rolí rodiny, jež je chápána jako hlavní zdroj pomoci při uspokojování potřeb osob závislých na pomoci druhých. Španělské království náleží mezi evropské země, které k zajištění sociální ochrany na obyvatele dlouhodobě vynakládají méně veřejných finančních prostředků. Nabídka služeb sociální péče na úrovni státu je řidší, většina dostupných sociálních služeb má neformální charakter. Shora uvedené teoretické závěry ohledně sociální politiky Španělska potvrzují i údaje Eurostatu (Eurostat 2015a).

Systém sociálního zabezpečení

Ve španělském systému sociálního zabezpečení můžeme rozpoznat dvě úrovně sociální ochrany – příspěvkovou a nepříspěvkovou. Do příspěvkového systému se povinně zapisují zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné a v závislosti na typu výdělečné činnosti, kterou provozují, se připojují k příslušnému režimu sociálního pojištění⁶⁴. Osoby, které se potýkají se situací zvláštní potřeby a jejichž příjem je nižší než určitá zákonem stanovená částka, mají nárok na dávky z nepříspěvkového systému. Takový nárok může vzniknout i v případě, že tyto osoby nikdy nepřispívaly do systému sociálního zabezpečení nebo přispívaly, ale nejsou k příslušným dávkám v rámci příspěvkového systému oprávněny. Jako nadstandard k výše uvedenému se zavádí možnost sjednat s orgánem sociálního zabezpečení dobrovolné pojištění, a to za účelem udržení nebo v některých zvláštních případech rozšíření nároku na dávky sociálního zabezpečení.

Ze systému sociálního zabezpečení je hrazena peněžní dávka v nemoci způsobující dočasnou pracovní neschopnost⁶⁵, příspěvky spojené s mateřstvím, starobní, invalidní a pozůstalostní důchod, pomoc v nezaměstnanosti a rodinné přídatky. Specifickou podmnožinu představuje úhrada zdravotní péče. Každý účastník či recipient systému sociálního zabezpečení je zároveň zdravotně pojištěn, a tedy oprávněn využívat bezplatnou zdravotní péči ve smluvních zdravotnických zařízeních.

V neposlední řadě spadají pod španělský systém sociálního zabezpečení dávky dlouhodobé péče. Až do konce roku 2006 byly z veřejných prostředků podporovány pouze osoby, u nichž byla oficiálně shledána tzv. hluboká invalidita⁶⁶ či potřeba péče druhé osoby⁶⁷. Zejména v návaznosti na kritiku ze strany EU však v roce 2007 ve Španělsku nabyl účinnosti **Zákon o podpoře autonomie osob a péče**

⁶⁴ Odlišné režimy pojištění jsou navrženy nejen pro zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné, ale i pro státní zaměstnance, horníky a pracovníky na moři (námořníky a rybáře). Samostatnou kategorii tvoří studenti, na které se vztahuje zvláštní plán sociální ochrany, tzv. školní pojištění.

⁶⁵ Nárok na nemocenskou dávku mají i osoby samostatně výdělečně činné, registrované k sociálnímu pojištění.

⁶⁶ Případy, kdy byla osoba stížena trvalým postižením a v důsledku anatomických či funkčních znevýhodnění potřebovala asistenci druhé osoby pro zajištění nezákladnějších úkonů, jakými jsou oblékání, pohyb, stravování apod.

⁶⁷ Případy, kdy osoba potřebovala pomoc druhé osoby k zajištění základních úkonů každodenního života a splňovala evaluační podmínky stanovené tehdejší legislativou.

pro lidi v situacích závislosti⁶⁸ (dále jen „zákon o závislosti“), který zakotvil tzv. SAAD systém, tj. Systém pro autonomii a ochranu závislosti („Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“). Tento systém zavádí pro španělské občany soubor veřejných a soukromých služeb a dávek určených na podporu autonomie osob a na ochranu a podporu osob v situacích závislosti. Zcela nově se nabízí osobám se zdravotním postižením možnost zažádat si o posouzení stupně jejich závislosti, a následně využívat finančních i nefinančních benefitů poskytovaných v rámci SAAD. Proces zavedení systému SAAD by měl být dokončen do roku 2015.

Zákon o závislosti předkládá v čl. 2 odst. 2 obecnou definici „závislosti“, podle níž se závislostí rozumí trvalý stav, v němž se nachází osoby, které z důvodů věku, nemoci či zdravotního postižení spojeného s nedostatkem nebo ztrátou fyzické, psychické, intelektuální či smyslové samostatnosti vyžadují péči jiné či jiných osob nebo pomoc nezbytnou k zajištění základních činností každodenního života, anebo, v případě osob s duševním postižením nebo psychickou nemocí, jinou podporu k zajištění „osobní autonomie“⁶⁹. Pro účely aplikace zákona o závislosti v praxi jsou dále v čl. 26 rozlišeny tři stupně závislosti:

1. Pod první stupeň tzv. mírné závislosti spadají případy, kdy osoba potřebuje alespoň jednou denně pomoc při provádění základních činností každodenního života; nebo potřebuje střídavou či částečnou péči k tomu, aby mohla realizovat svoji osobní autonomii.
2. Pod druhý stupeň tzv. těžké závislosti spadají případy, kdy osoba potřebuje dvakrát či třikrát denně pomoc při provádění základních činností každodenního života, ale nepožaduje trvalou podporu pečovatele; nebo potřebuje rozsáhlou péči k tomu, aby mohla realizovat svoji osobní autonomii.
3. Pod třetí stupeň tzv. hluboké závislosti spadají případy, kdy osoba potřebuje několikrát denně pomoc při provádění základních činností každodenního života a pro úplnou ztrátu své fyzické, mentální, intelektuální či smyslové samostatnosti nezbytně potřebuje soustavnou péči jiné osoby nebo potřebuje rozsáhlou péči k tomu, aby mohla realizovat svoji osobní autonomii.

Prováděcím právním předpisem k zákonu o závislosti (Real Decreto⁷⁰ 174/2011) bylo zavedeno jednotné měřítko pro posuzování jednotlivých stupňů závislosti. Závaznou součástí tohoto právního předpisu je Příloha 1, která stanovuje kazuistický katalog konkrétních objektivních kritérií,⁷¹ z nichž je třeba při posuzování stupně závislosti vycházet, a v souvislosti s nimi zakotvuje **evaluační bodový systém**. Obdobně závaznou součástí zmíněného prováděcího aktu představuje i Příloha 2 upravující zvláštní jednotkovou stupnici pro posouzení závislosti u osob mladších tří let. Evaluační kritéria by měla být plně v souladu s oficiální Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví

⁶⁸ La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España.

⁶⁹ Zákon o závislosti pracuje s pojmem „osobní autonomie“ či „autonomie osoby“, jíž v čl. 2 odst. 1 vymezuje jako schopnost člověka v souladu s obecnými standardy a v závislosti na osobních preferencích: iniciovat vlastní rozhodnutí stran toho, jak bude žít, taková rozhodnutí ovládat a čelit jim; a zároveň provádět každodenní činnosti.

⁷⁰ „Real Decreto“ je v obecné rovině podzákoný právní předpis španělské vlády, obdoba našeho vládního nařízení.

⁷¹ Tato kritéria spočívají v nejběžnějších dovednostech potřebných pro každodenní život jako schopnost samostatně se najíst, napít, umýt atp.

(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) Světové zdravotnické organizace (WHO 2001).

V praxi provádí posouzení stupně závislosti orgány, které mají pro tento účel určit jednotlivá autonomní společenství.⁷² Stanovisko daného orgánu ohledně stupně závislosti obsahuje i specifikaci péče, již posuzovaná osoba může požadovat. Vychází se z informací, které získá odborně vyškolený pracovník v místě obvyklého bydliště posuzované osoby, a to na základě pozorování, přímého ověření, osobního pohovoru a vyplnění specializovaného formuláře v souladu s požadavky předmětného prováděcího předpisu k zákonu o závislosti.

Systém sociálních služeb

Na národní úrovni neexistuje právní úprava, která by zakotvovala obecný systém sociálních služeb. V důsledku územně-správního členění Španělska dochází k decentralizaci vládní odpovědnosti za systém sociálních služeb. Jsou to tedy autonomní společenství, která v rámci vlastních legislativních a exekutivních pravomocí zřizují a organizují sociální služby pro občany ve své jurisdikci. Nabídka sociálních služeb, jakož i jednotlivé právní úpravy se tak v každé jednotlivé autonomní oblasti liší.

Poněkud odlišná je situace v oblasti sociálních služeb na podporu osobní autonomie a služeb pomoci ve stavu závislosti ve výše uvedeném smyslu. Zde zákon o závislosti jakožto právní předpis s celostátní působností zavádí jako součást SAAD **katalog pěti sociálních služeb** (o nich bude více uvedeno v kap. 5.3), **kteří musí být bezpodmínečně poskytovány**. Zároveň je však v čl. 14 odst. 2 stanoveno, že tyto služby budou zajištěny veřejnou nabídkou sítí sociálních služeb prostřednictvím jednotlivých autonomních společenství. Samotná centra služeb nemusí být ve vlastnictví autonomních společenství, když se může jednat i o instituce ve vlastnictví orgánů veřejné (celostátní) správy či dokonce veřejnou autoritou schválená soukromá zařízení vyhovující stanoveným požadavkům. Ovšem i tady je organizace předmětných sociálních služeb formálně svěřena do rukou autonomních jednotek a tyto jsou také za její výkon odpovědné.

Kompetence autonomních oblastí vztahující se k zajištění zmíněných sociálních služeb pak konkretizuje čl. 11 zákona o závislosti, kde se zavádí povinnost těchto celků v rámci vlastní územní jurisdikce plánovat, organizovat a řídit služby na podporu osobní autonomie, péči o osoby v situacích závislosti, správu služeb a zdrojů nezbytných pro hodnocení závislosti a péči samotnou, stanovit postupy koordinace péče, vytvořit koordinační orgány, je-li to potřeba k zajištění účinné péče, vytvořit a spravovat rejstřík služeb a center, zajistit a kontrolovat dodržování standardů a požadavků na kvalitu sociálních center a služeb, kontrolovat dodržování práv oprávněných osob, případné sankcionování přestupků proti dříve uvedenému apod. V rámci legislativy daného autonomního společenství se pak v dané oblasti mohou při zajišťování sociálních služeb uplatnit i místní orgány (orgány v provinciích a obcích⁷³).

⁷² Španělská monarchie je rozdělena na sedmáct autonomních regionů označovaných jako autonomní společenství (Comunidades Autónomas) a dvě severoafrická autonomní města Ceuta a Melilla. Tyto autonomní oblasti disponují rozsáhlými legislativními a exekutivními pravomocemi, mají vlastní zákonodárný orgán i vládu, a svým způsobem se tak územně-správní koncepcí Španělska blíží federaci.

⁷³ Autonomní společenství se dále dělí na provincie, které také disponují určitou mírou samostatné i přenesené působnosti.

5.2. Situace v oblasti neformální péče

Španělsko je tradiční stát s vysokým počtem věřících obyvatel. Zřejmě i z tohoto důvodu je zde v duchu křesťanského postulátu „miluj bližního svého“ poměrně pevně zakotvena tradice péče o blízké osoby. Jak již bylo naznačeno v předchozí části, byla donedávna skupina pečujících osob stran státu poměrně zanedbávána. V roce 2009 byla španělskou vládou vypracována studie „Kvalita života neformálních pečovatelek: základy pro posuzovací systém“. Zpracovatelé studie kvitují podřazení Španělska pod středomořský model sociálního státu, přičemž dále rozvádějí, že významná role rodiny v oblasti sociální péče se vztahuje zejména na ženy pečovatelky. Konstatují podpůrnou úlohu veřejného sektoru v daném odvětví, tedy skutečnost, že stát začíná být aktivní až v případě, že rodina závislé osoby zůstává být nečinná, nebo pokud tato osoba rodinu nemá. Neformální pečovatele studie označuje doslova za „základní kámen“ sociální a zdravotní péče (Mozos 2009: 3). Podle zprávy výzkumné vládní agentury Consejo Superior de Investigaciones Científicas⁷⁴ spadaly do roku 2008 do kategorie „závislá osoba“⁷⁵ 2 miliony Španělů z celkového počtu 46 milionů obyvatel. Pravděpodobnost závislosti přitom dle této studie rostla úměrně s věkem osob a byla vyšší mezi ženami a osobami s nižším stupněm vzdělání (Abellán 2011: 43).

Jistou změnu kurzu představuje přijetí zákona o závislosti v roce 2006 a spolu s ním zakotvení systému SAAD. Ve Španělsku se začíná rýsovat nový trend spočívající v oficiální podpoře neformálních pečovatelů. O tom svědčí i skutečnost, že španělské zákonodárství zavádí v čl. 2 odst. 5 zákona o závislosti legální definici neformální, resp. „neprofesionální“ péče. Dle citovaného ustanovení se jí rozumí „*péče poskytovaná osobám v situaci závislosti v jejich domově osobami z rodiny nebo jejich okolí, které nejsou spojeny se službami profesionální péče*“⁷⁶.

O podpoře neformální péče svědčí rovněž zakotvení obecné povinnosti Územní rady SAAD („Consejo Territorial del SAAD“) (více o Radě v následující kapitole) v čl. 18 odst. 4 zákona o závislosti „*podněcovat akce na podporu neformálních pečovatelů, které budou zahrnovat vzdělávací a výukové programy, poskytování informací a opatření k zajištění období oddechu*“.

Z informačního portálu SISAAD, který byl spuštěn spolu se systémem SAAD a který pravidelně zveřejňuje statistiky ohledně jeho zavádění a vývoje, lze vyčíst následující údaje: za 7 let od účinnosti zákona o závislosti (stav k 31. 12. 2012) podalo žádost o posouzení 2 365 961 osob; 1 228 353 z těchto osob splnilo podmínky pro některý z (nejen finančních) benefitů a skutečně právo na tuto výhodu využívá (Ministerio de Sanidad 2014: 1). Aktuální počet příjemců výhod (finančních příspěvků či služeb) byl k 31. 10. 2013 753 842 osob, z toho 66 % žen a 34 % mužů a 73 % bylo ve věkové skupině 65 a více let (IMSERSO 2011: 2).

Kolektiv autorů z barcelonské univerzity Pompeu Fabra zveřejnil roku 2007 následující data: 15-23 % žen a 5-7 % mužů mezi 45 až 60 lety pečuje o závislou osobu (Jiménez-Martín 2007: 37). I podle statistik pravidelně uveřejňovaných v souvislosti se zaváděním systému SAAD představují drtivou většinu

⁷⁴ Nejvyšší rada pro vědecké výzkumy.

⁷⁵ Studie rozumí pod závislostí „funkční neschopnost každodenních činností doprovázenou potřebou cizí pomoci k jejich provedení“ (Abellán 2011: 43).

⁷⁶ „*Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.*“

neformálních pečovatelů osoby ženského pohlaví, naopak větší procento recipientů neformální péče představují dlouhodobě muži (IMERSO 2011: 25).

Z dat sesbíraných k 1. 1. 2011, udávajících počet příjemců příspěvku na péči v domácím prostředí a využívajících pomoc neformálních pečovatelů (viz dále v části 5.3.), lze odvodit, že k tomuto datu byl ve Španělsku přibližně stejný počet, tj. 384 985 neformálních pečovatelů (IMERSO 2011: 17). Z počtu 34 296 705 obyvatel Španělska s volebním právem (tj. dospělých osob s neomezenou způsobilostí k právním úkonům – věková kategorie 18+)⁷⁷ tvoří takto určená skupina neformálních pečujících 1,23 % populace.

Dle výše zmíněné studie barcelonské univerzity 75 % osob závislých na péči získává hlavní péči od své rodiny (Jiménez-Martín 2007: 14), průměrná celková doba neformální péče pak činí 6,5 roku (ibid.: 142) a denně činí průměrná doba poskytování péče 10–15 hodin (ibid.: 243-245). Podle indexu vyvinutého autory pro měření kvality života neformálních pečovatelů si pouze 7 % neformálních pečovatelů udržuje vysokou kvalitu života, 20 % průměrnou kvalitu života a 72 % neformálních pečovatelů se výrazně snížil standard kvality života (ibid.: 262). Přitom 99 % žen – neformálních pečovatelek a 11 % mužů – neformálních pečovatelů – uvádí, že pociťují deprese a fyzické vyčerpání (ibid.: 263).

Tým z univerzity Castilla-La Mancha uskutečnil v roce 2009 průzkum mezi 1504 respondenty, kdy se dotazoval neformálních pečovatelů na otázky ohledně jejich pracovních podmínek. Z důvodu genderové nevyrovnanosti neformálních pečovatelů tvořily 88 % všech dotázaných ženy. Z průzkumu vyplynulo, že míra celkové zaměstnanosti neformálních pečovatelů byla 33 %: žen – pečovatelek pracovalo 30 %, mužů – pečovatelů pracovalo 54 % (Sotos 2009: 11).

5.3. Přehled nástrojů a opatření na podporu neformálních pečovatelů

Koncepční a systémové nástroje

Od roku 2007 je ve Španělsku legislativně zakotven tzv. **SAAD systém, tj. Systém pro autonomii a ochranu závislosti** (viz také výše v části 5.1.), jehož hlavním cílem je zajištění základních podmínek a předpokládané úrovně sociální ochrany pro všechny osoby v situacích závislosti. Systém SAAD zavádí mechanismus jak pro spolupráci a účast veřejné správy na této problematice, tak pro optimalizaci veřejných zdrojů. V neposlední řadě, jak už bylo zmíněno výše, obsahuje zákon také definici neformální péče.

Stěžejní činnost probíhá na dvou úrovních: **Na celostátní úrovni** je zavedena **Územní rada SAAD**, kooperační orgán pod Ministerstvem zdravotnictví, sociálních služeb a rovnosti, který má zajistit vzájemnou vazbu mezi jednotlivými sociálními službami na jedné straně a záměrem podpořit autonomii osob a pomoc osobám v situacích závislosti na straně druhé. Předsedá mu ministr zdravotnictví a dále jej tvoří poradci kvalifikovaní v oblasti sociálních služeb a závislosti – po jednom z každého autonomního společenství. V případě potřeby mohou být za členy přibráni i další zástupci veřejné správy na úrovni centrální či na úrovni autonomních oblastí – ti však mají pouze poradní hlas,

⁷⁷ Údaj zveřejněný na stránkách ministerstva vnitra v listopadu 2011.

nikoli hlasovací právo. Zákon o závislosti v čl. 8 odst. 2 Územní radě stanoví katalog pravomocí k zajištění minimální úrovně sociální ochrany.

Vedle Územní rady SAAD dále zákon o závislosti zavádí na centrální úrovni skupinu čtyř konzultačních orgánů, a to konkrétně:

- **Poradní výbor** – kolektivní orgán, který si klade za cíl zajistit účinnou a trvalou účast a spolupráci odborů a zaměstnavatelských organizací v systému SAAD;
- **Státní radu pro seniory**, jejímž úkolem je institucionalizovat spolupráci a účast seniorů v systému SAAD;
- **Národní radu zdravotně postižených** jako meziresortní poradní orgán, jehož prostřednictvím se organizace zastupující osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny podílejí na plánování, sledování a hodnocení politik vyvinutých v dané oblasti. Tento orgán je obzvláště důležitý pro neformální pečovatele, protože se jeho prostřednictvím mohou účastnit na vývoji daného odvětví;
- **Státní radu pro nestátní organizace v sociální oblasti**, která vytváří prostor pro setkávání, dialog a účast těchto organizací na sociální politice.

Jak již bylo popsáno výše v části 5.1., hmatatelnější úroveň, na které probíhá provádění konkrétních opatření za účelem zajištění sociální ochrany (tedy zejm. plánování a řízení sociálních služeb nebo realizace individuálního programu péče, viz níže), představují jednotlivá autonomní společenství.

Finanční podpora neformálních pečovatelů

V rámci systému SAAD je zaveden systém tří sociálních dávek. Oprávněným, tj. příjemcem všech těchto dávek je opečovávaná osoba, nikoli neformální pečovatel. Neformální pečovatel je tak finančně podporován vždy pouze nepřímo.

V čl. 14 odst. 4 a čl. 18 zákona o závislosti je upravena doslova „výjimečná“ **dávka, tzv. finanční příspěvek na péči v domácím prostředí a na pomoc neformálním pečovatelům („prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales“)** (dále jen „**příspěvek na péči**“). O závažnosti závislosti, jakož i o výši samotného příspěvku na péči rozhoduje daný orgán autonomního společenství. Právním předpisem Real Decreto-ley 20/2012 o opatřeních k zajištění fiskální stability a o podpoře konkurenceschopnosti⁷⁸ jsou stanoveny maximální měsíční výše příspěvku pro každý stupeň závislosti. Pro první stupeň (mírná závislost) činí nejvyšší možná částka příspěvku na péči 153,- EUR (tj. cca 4 200,- Kč), pro druhý stupeň (těžká závislost) 268,79 EUR (tj. cca 7 700,- Kč) a pro třetí stupeň (hluboká závislost) 387,64 EUR (tj. cca 10 700,- Kč)⁷⁹. Konkrétní měsíční výše příspěvku na péči se stanoví matematickým vzorcem a následuje Rozhodnutí Úřadu státu

⁷⁸ Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

⁷⁹ Průměrná mzda ve Španělsku v roce 2013 činila dle výsledků zprávy Infojobs ESADE 2013. Stav na španělském trhu práce („Infojobs Esade 2013. Estado del mercado laboral español“) 1 971,- EUR (tj. cca 54 513,- Kč).

pro sociální služby a rovnost.⁸⁰ Ve vzorci je zohledněna tzv. ekonomická soběstačnost (údaj zahrnující příjmy a majetek žadatele, tj. opečovávaného) a stupeň závislosti.

Další peněžitou dávkou ze systému SAAD představuje tzv. **finanční příspěvek spojený se službou** („prestación económica vinculada al servicio“). Jedná se o pravidelnou finanční dávku, jejímž smyslem je přispět na financování nějaké nezbytné sociální služby – ústavní péče, denní péče, domácí profesionální péče stanovené v Individuálním programu péče (o tomto institutu viz dále v této části). Poskytuje se pouze v případě, že závislé osobě není umožněn přístup k veřejné sociální službě a je tedy nezbytné zvolit soukromého poskytovatele. Příjemce dávky je zodpovědný za výběr privátního subjektu. Opět se zohledňuje ekonomická soběstačnost a stupeň závislosti žadatele. Výše zmíněným Real Decreto-ley 20/2012 jsou stanoveny měsíční finanční limity: pro první stupeň závislosti je to 300 EUR (tj. cca 8 300,- Kč), pro druhý stupeň 426,12 EUR (tj. cca 11 800,- Kč) a pro třetí stupeň závislosti 715,07 EUR (tj. cca 19 800,- Kč). Třetí a poslední peněžitou dávkou v rámci SAAD je tzv. **finanční příspěvek na osobní asistenci** („prestación económica de asistencia personal“), který představuje peněžitou pomoc pro závislé osoby v případě, že si najaly osobního asistenta. Příspěvek má podpořit jejich osobní autonomii. Finanční limity opět upravuje Decreto Real-ley 20/2012 a jejich výše činí 300 EUR, resp. 426,12 EUR, resp. 715,07 EUR pro třetí stupeň závislosti. Jednotlivé finanční příspěvky ze systému SAAD jsou inkompatibilní, tzn. nelze je pobírat současně.

Jako zajímavý se jeví údaj, podle kterého je nejčastěji užívaným benefitem ze systému SAAD (počítaje v to i benefity v podobě sociálních služeb, tj. nejen finanční příspěvky) právě příspěvek na péči. Dle statistických údajů k 1. 1. 2011 činil počet příjemců tohoto příspěvku 384 985 osob z celkového počtu 800 009 závislých osob (IMSERSO 2011: 17).

Podpora pečujících na trhu práce

Ve Španělsku mají pečující možnost využít pečovatelskou dovolenou – tzv. Excedencia por cuidado de un hijo o familiar. Toto volno na péči mohou využívat rodiče malých dětí (obdoba naší rodičovské dovolené) ale nárok na něj má i neformální pečující o blízkou osobu. Podmínkou pro pečujícího je pečovat o osobu do druhého kolene příbuznosti. V rámci pečovatelské dovolené nevzniká nárok na finanční příspěvek. Dovolena pro pečujícího o rodinného příslušníka má trvání 24 měsíců, tato doba však může být delší, pokud tak stanoví kolektivní smlouva. V prvním roce dovolené je pečujícímu garantována možnost návratu na původní místo, po uplynutí této doby zůstává nárok na zaměstnání na podobné pozici. V průběhu prvního roku dovolené je za pečujícího hrazeno sociální a zdravotní pojištění. V rámci dovolené je možnost využít rovněž snížení pracovního úvazku. Lepší podmínky se nabízí pečujícím z řad státních zaměstnanců – v jejich případě může být pečovatelská dovolená prodloužena až na tři roky, sociální a zdravotní pojištění je jim hrazeno po celou dobu péče. Pečující osoby mají nárok rovněž na dva dny volna v případě akutní potřeby péče o rodinného příslušníka (Escobedo, Gerardo, Lapuerta 2015). Podle španělské expertky L. M. Peña však dlouhodobá dovolená

⁸⁰ Resolución de 13 de julio de 2012, de la „Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (rozhodnutí Úřadu státu pro sociální služby a rovnost z 13. července 2012, kterým se zveřejňuje Dohoda Územní rady SAAD o lepším SAAD).

není pečujícími příliš využívána, z důvodu neochoty zaměstnavatelů jí (i přes jasné vymezení v zákoně) poskytovat.

Služby

V obecném měřítku zahrnuje SAAD pět druhů služeb: služby preventivní, služby tzv. teleasistenční (užití komunikačního zařízení informační technologie k zajištění pomoci jeho uživatelům), služby domácí pomoci (pomoc s každodenními úkony v domácnosti jako je úklid atp.) a služby rezidenční (pobytové), které mají zajistit úplnou péči o závislé osoby v pobytových zařízeních.

Poslední službou je zavedení tzv. **denních a nočních center** (konkrétně denních center pro seniory, denních center pro osoby do 65 let, denních center specializované péče a nočních center), která mají zajišťovat komplexní péči za účelem zlepšení nebo udržení nejvyšší možné míry osobní autonomie, a podpořit rodiny a pečovatele. Za využití tzv. „bio-socio-psychologického“ přístupu je v těchto centrech zajišťováno poradenství, prevence, rehabilitace, osobní asistenční služby atd.

Služby denních center jsou financovány z jiných zdrojů a jejich užívání je neslučitelné s finančními příspěvky na služby zmíněnými výše. Výjimku tvoří preventivní služby, teleasistenční služby a služby na podporu osobní autonomie (tj. některé služby nabízené denními a nočními centry). Samotné služby jsou pak neslučitelné navzájem mezi sebou – i zde existuje výjimka v podobě teleasistenční služby, která je kompatibilní s preventivními službami, službami na podporu osobní autonomie, službou domácí pomoci a s využitím denních a nočních center. Ačkoli žádné služby ze systému SAAD nejsou určeny přímo neformálním pečovatelům, dokážou jim odlehčit alespoň nepřímo, pokud na ně jimi opečovávaná osoba dosáhne.

Individuální program péče

Individuální program péče je institut, který zavádí zákon o závislosti v čl. 29. Během řízení daného orgánu autonomního společenství o posouzení stupně závislosti a případného nároku žadatele na odpovídající benefity, vytvoří příslušný orgán veřejných sociálních služeb pro konkrétní závislou osobu za její účasti, po konzultaci s ní a, je-li to vhodné, pak i při zohlednění jejích alternativních návrhů, příp. návrhů rodiny, resp. zákonného zástupce této osoby individuální program, který bude zahrnovat v rámci přisouzených služeb a dávek nejvhodnější opatření. Žádá-li se o příspěvek na péči a usiluje-li neformální pečovatel o zařazení do všeobecného systému sociálního zabezpečení z titulu neformální péče, musí být neformální péče pro daný případ v individuálním programu péče vyhodnocena jako řešení, které zajišťuje odpovídající podmínky pro soužití a prostor, jenž má být společně obýván, musí být posouzen za vyhovující.

Systém sociálního zabezpečení

Co se týče oficiálního uznání podpory neformálních pečovatelů ze strany španělských úřadů, děje se tak v souvislosti s odvolání do systému sociálního zabezpečení. Neformální pečovatelé podle španělské legislativy představují zvláštní kategorii „ekonomicky aktivních“ osob, na niž pamatuje prováděcí

předpis Real Decreto 615/2007⁸¹. Za předpokladu, že je neformální péče shledána jako nejvhodnější opatření pro oprávněnou závislou osobu v jeho individuálním programu péče, je neformální pečovatel povinně zahrnut do všeobecného systému sociálního zabezpečení, a to na základě podpisu tzv. zvláštní smlouvy.

Měsíční příspěvek je podle zvláštní dohody roven minimálnímu základu stanovenému pro všeobecný systém sociálního zabezpečení (standardní systém, do nějž spadá většina pracujících Španělů). V případě, kdy pečující nedosahují rozsahem péče plného pracovního úvazku, sníží se příspěvek proporcionálně – nejnižší hranicí příspěvku je však 50 % minimálního základu všeobecného systému sociálního zabezpečení.

Příspěvky na sociální zabezpečení nejsou hrazeny neformálním pečovatelům, kteří zároveň zastávají pracovní činnost, z níž je odváděno pojištění do systému sociálního zabezpečení, a dále v případě, že pečující pobírá podporu v nezaměstnanosti, je ve starobním či invalidním důchodu, pobírá vdovský/vdovecký důchod či se jedná o neformálního pečovatele – rodinného příslušníka ve věku 65 let a více. V případě, že je pracující neformální pečovatel z důvodu péče nucen omezit počet odpracovaných hodin, čímž se mu sníží i odměna za práci, je mu za stanovených podmínek zachován vyměřovací základ.

K 1. 1. 2011 se do systému sociálního zabezpečení zaregistrovalo na základě zvláštních dohod 149 565 neformálních pečovatelů (IMSERO 2011: 32).

Informační nástroje

Spolu se systémem SAAD byl zaveden i informační portál dependencia.imserso.es. Zde je v ucelené formě k nalezení veškerá celostátně platná legislativa, vymezeny podmínky podávání žádostí a kritéria pro přiznání stupně závislosti, zveřejněny související statistiky atp.

5.4. Závěr

Z výše uvedeného je zřejmé, že španělská sociální politika, stejně tak jako legislativní normy stanovující podmínky neformální péče prošly v posledních osmi letech doslova revoluční změnou. Pár nuzných ustanovení bylo nahrazeno komplexním a finančně velmi nákladným systémem sociální ochrany a podpory osob závislých na péči.

Skupina lidí, kterou nová legislativa pokrývá, se významně rozšířila – nově dosáhnou na státní podporu i ti, kteří byli dřívejší úpravou přehlíženi. Z tohoto hlediska lze vývoj španělské sociální politiky hodnotit kladně. Pozitivní pro příjemce sociální pomoci jsou i rostoucí výdaje na tuto oblast. Významná se zdá být i skutečnost, že se zákonodárství nezaměřuje pouze na finanční dávky, ale zavádí kromě nich státem garantovaný katalog sociálních služeb, jejichž realizaci a správu sice přenáší na nižší samosprávné celky, ale zároveň se je snaží regulovat centrálně. Jako inovativní se jeví také institut

⁸¹ Real Decreto 615/2007, z 11. 5., kterým se upravuje sociální zabezpečení pečujících o osoby v situaci závislosti („Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia“).

individuálního programu péče, který má reagovat na konkrétní potřeby každého jednotlivého žadatele, a přijít tak pro daný případ závislosti s nevhodnějším řešením té které situace.

Nová právní úprava sice obsahuje definici neformální péče, nicméně sama o sobě nestanoví žádnou výhodu směřující přímo k neformálním pečovatelům. I přesto některé poskytované služby dokážou pečujícím ulevit alespoň nepřímo, dosáhne-li na ně osoba v jejich péči. Navíc je vše alespoň částečně kompenzováno poměrně všímavou politikou sociálního zabezpečení vůči neformálním pečovatelům, která se snaží minimalizovat jejich ztráty na výdělku prostřednictvím příspěvků na sociální pojištění.

Zavedení systému SAAD představuje pro španělskou sociální politiku bezpochyby významný milník. Implementace probíhala postupně, a má být plně dokončena po devíti letech v roce 2015. Zatím tak není zcela zřejmé, zda byla tato investice efektivní či zda se všechny části tohoto systému ubírají správným směrem. Předmětné právní předpisy již zaznamenaly několik ne zcela marginálních novelizací. Vše je teprve ve fázi testování, napravují se některé nedostatky a zjišťuje se, zda je na takovou finanční ránu slabá španělská ekonomika připravena. Jestli lze zavedení systému skutečně považovat za úspěch, potvrdí několik nadcházejících let plného provozu.

6. Polsko

6.1. Polský systém sociálního zabezpečení

Turbulentní **historie Polska ve 20. století neumožnila soustavné budování sociálního systému**, který by mohl hlouběji zakořenit tak, jak tomu je např. ve Švédsku. Po 1. světové válce sjednocené Polsko se skládalo z oblastí, které původně náležely ke třem různým monarchiím, přičemž každá z nich měla odlišný systém sociálního a zdravotního zabezpečení a rovněž rozdílnou životní úroveň. Tyto různé tradice se tak v nově vzniklé republice prolínaly, přičemž primárním cílem byl boj s chudobou a zaostalostí celých regionů. Po otřesu v podobě II. světové války se pak začal budovat, podobně jako v jiných státech sovětského bloku, sociální systém pod přímým dohledem Sovětského svazu (Golinowska 2009: 213-219).

Na rozdíl od jiných států východního bloku (DDR, Československo i SSSR) v něm ale mohly poskytovat sociální služby nejen přímo státem zřízené instituce, ale i církevní a jiné nestátní organizace (ibid.: 222). Silný vliv si v systému sociální péče a sociálního zabezpečení udržela nejen církev, ale rovněž různé zaměstnanecké asociace a odbory. Na základě tlaku těchto organizací tak často v sociálním systému vznikaly výhody pro některé privilegované zaměstnanecké skupiny (horníci, armáda, železničáři apod.). Tyto zájmy silných lobbystických uskupení se přenesly i do nového demokratického Polska a v 90. letech hrály důležitou roli při společenských reformách. Zaměstnanci privilegovaných oborů se tak stali pomyslnými vítězi transformace sociálního systému (Inglot 2008: 271; Golinowska 2009: 219-220).

Sociální systém se ale během transformace v 90. letech ocitl nejen pod tlakem zájmů zaměstnaneckých lobby, ale rovněž se musel vypořádat s mnohdy drastickými dopady „šokové terapie“ (Inglot 2008: 254-255), jak bývá někdy nazývána ekonomická transformace Polska. Mezi ně patřila například vysoká inflace, zvýšené náklady na bydlení, propad HDP, vysoká nezaměstnanost apod. Ve snaze tyto dopady okamžitě zmírnit se často sahalo ke krizovým krátkodobým opatřením (Agartan 2005: 5). Jedním z takových opatření byl i rozmach předdůchodů, který měl snížit dopady masové nezaměstnanosti. To ale mělo za následek enormní navýšení nákladů na vyplácení důchodů, které byly dokonce v jednu dobu relativně nejvyšší ze všech zemí OECD (Orenstein 2008: 85).

Polský sociální systém se tak budoval spíše v reakci na „krize“, které musel hasit a pod tlakem privilegovaných skupin zaměstnanců, kteří nechtěli přijít o své výdobytky (Golinowska 2009: 241). Soustavné budování nového polského sociálního státu bylo obtížné. **Výsledný stav tomu odpovídá a polský sociální systém se tak jeví jako těžko zařaditelný mix různých přístupů, reziduí z minulosti a řešení přejatých ze zahraničí či od mezinárodních organizací typu Světové banky** (ibid.: 241, 253; Agartan 2005). Přistoupení k EU v roce 2004 a stabilní ekonomický růst i během hospodářské krize ale v poslední době umožňují Polsku věnovat se sociální politice o něco systematičtěji.

System sociálního pojištění

V Polsku není jednotný systém sociálních pojištění. Mimo běžného systému sociálního pojištění, který je spravován obecnou Správou sociálního zabezpečení (ZUS – „Zakład Ubezpieczeń Społecznych“) zde existuje oddělený systém pro soukromé zemědělce spravovaný Fondem zemědělského sociálního zabezpečení (KRUS – „Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego“). Standardní polský systém

sociálního pojištění zahrnuje starobní důchodové pojištění („ubezpieczenie emerytalne“), invalidní důchodové pojištění („ubezpieczenie rentowe“), nemocenské pojištění („ubezpieczenie chorobowe“) a pojištění pro případ pracovního úrazu nebo nemoci z povolání („ubezpieczenia wypadkowe“) (Siporska 2012: 19). Ze mzdy se dále odvádí příspěvek na zdravotní pojištění, a to do Národního fondu zdraví („Narodowy Fundusz Zdrowia“), na politiku zaměstnanosti do Fondu práce („Fundusz Pracy“) a do Fondu garantovaných příjmu zaměstnance („Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych“), jehož účelem je zaručit a ochránit nároky zaměstnanců v případě insolvence zaměstnavatele (Fundusz Pracy 2014; FGŚP 2014; NFZ 2014).

Systém důchodového pojištění je v Polsku postaven na třech pilířích – prvním průběžném pilíři (z těchto peněz jsou financovány současné důchody), druhém povinném „investičním“ pilíři, kde soukromé společnosti investují část příspěvků ze sociálního pojištění na finančních trzích (to je reálný fond patřící danému pojištěnci, ze které pojištěnec čerpá po dovršení důchodového věku) a dobrovolném třetím pilíři, který funguje na bázi komerčního spoření (MPiPS 2011a).

Systém sociálních služeb a sociální podpory

Systém sociálních služeb a sociální podpory (mimo pojistných dávek) je v Polsku decentralizovaný. Zákony⁸² a nařízení vydává centrální vláda, veškerá peněžní i nepeněžní podpora je ale přiznávána na základě rozhodnutí okresní⁸³ správy. Ta posuzuje adekvátnost nároku na dané druhy sociální podpory či péče. Zpravidla se přitom prověřuje osobní situace člověka, situace rodiny, příjmy osobní i rodinné atd. Systém funguje na základě posuzování jednotlivých případů a konkrétních nároků. Žadatelům se v případě kladného vyřízení žádosti, mimo přímé finanční podpory, může uhradit i část nebo celá cena sociálních služeb. To platí ale jen pro služby poskytované státem, krajskou nebo obecní samosprávou, neziskovými organizacemi nebo církvemi apod. Mimo to existuje v Polsku možnost nakoupit sociální služby od komerčních subjektů, nelze však žádat o příspěvek na jejich uhrazení. Cílem tohoto přístupu k vyplácení sociální podpory a hrazení a poskytování sociálních služeb je ochránit člověka, který si nemůže prostředky obstarat účastí na trhu práce, v rodině anebo ze systému pojistných dávek, před chudobou či strádáním ve smyslu (finanční) nedostupnosti nutné péče, zdravotních pomůcek apod (Szarfenberg 2011: 117). **Jedná se tak spíše o systém „poslední záchrany“, který je poměrně odlišný od českého systému** s jeho příspěvkem na péči a následném „nákupu“ sociálních služeb.

6.2. Situace v oblasti neformální péče

V Polsku je role neformálních rodinných pečovatелů silně zakořeněná a i vzhledem k silné církevní tradici se bere neformální péče o člena rodiny, který je na pomoci závislý, jako něco v podstatě samozřejmého (Krzyszowski 2011: 155; Błędowski 2012: 56; Rosochacka-Gmitrzak 2011: 138-139; Raclaw 2011: 275; Golinowska 2010: 14-15). Případ člena rodiny závislého na pomoci druhých je v duchu této tradice řešen i v polském právu. Na základě zákonně definované vyživovací povinnosti

⁸² Hlavní zákon týkající se sociálních služeb je zákon o sociální podpoře.

⁸³ Tyto pravomoci má buď příslušný orgán „powiatu“ – LAU 1 (NUTS 4) nebo „gminy“ (NUTS 5) – powiat odpovídá našim okresům, gmina pak přibližně našim obcím.

(tzv. „obowiązek alimentacyjny“⁸⁴) se přesně určuje, na základě příbuzenského vztahu, kdo se má (v daných případech) o člena rodiny vyžadujícího péči postarat, a to buďto poskytnutím přímé péče nebo účastí na hrazení pečovatelských služeb apod. Na základě tohoto zákonného ustanovení o vyživovací povinnosti se určuje i to, kdo má nárok na některé sociální dávky.

Pečovatelskou roli jsou ale rodiny v souvislosti se společenskými změnami (více rozvodů, úbytek vícegeneračního soužití apod.) v současné době schopny zastávat méně účinně než v minulosti. Zátěž to představuje především pro ženy, které plní pečovatelskou úlohu výrazně častěji než muži a které tak stále častěji postrádají podporu ze strany partnera či širší rodiny (Krzyszowski 2011: 155; Błędowski 2012: 56; Golinowska 2010: 14-15). **Nabídka služeb, které by neformálním pečovatelům ulehčily práci, je ale poměrně omezená.** Chybí např. kluby seniorů, denní stacionáře, střediska respitní péče, podpůrné skupiny pro pečovatele, poradenství apod. Relativně rozšířená je pouze nabídka standardních pečovatelských služeb. I tak je pocítován nedostatek sociálních pracovníků, sester docházejících do domácností atd. (Krzyszowski 2011: 158-160). Co se příspěvků, na které mají pečovatelé nárok, týká, jsou vesměs určeny osobám, které se musely vzdát práce z důvodu péče o osobu, která by se o sebe postarat bez pomoci nedokázala (podrobněji níže). Z toho vyplývá, že skloubit péči a práci je velice těžké. Ve chvíli, kdy by totiž pečovatel začal (být částečně) pracovat, nárok na pečovatelské dávky zaniká. Politika podporující částečné úvazky v podstatě chybí. **Dá se tak říci, že neformální pečovatelé, potažmo rodiny zajišťující péči, jsou celkově spíše nedostatečně podporovány a z hlediska sociální politiky jsou v zásadě „neviditelnými subjekty“** (Raław 2011; Błędowski 2012: 57). Přesto je ale pro většinu Poláků nepředstavitelné se zátěži pečovatele vyhnout a přenechat opečovávané ústavnímu zařízení, kde jsou často velmi špatné podmínky a vysoký počet klientů připadajících na jednoho zaměstnance (Krzyszowski 2011: 160; Czekanowski, Mnich, McKee et al. 2006: 121). Tento tlak, který je na neformální pečovatele kladen, často ústí ve zdravotní problémy a předčasné důchody (Rosochacka-Gmitrzak 2011: 145-146).

Počet neformálních pečovatelů se dá odhadovat z počtu vyplácených dávek jim určených. Takovou dávkou bylo do roku 2013 především **pečovatelský příspěvek** („świadczenie pielęgnacyjne“). V roce 2011 tuto dávku pobíralo průměrně 168,4 tis (asi 0,5 % dospělé populace) Poláků měsíčně. V roce 2012 to bylo ale už 223,5 tis. (asi 0,7 % dospělých) a v roce 2013 počet příjemců klesl na 163,9 tis. Vysvětlením tohoto kolísání jsou poměrně časté změny legislativy, která upravuje, kdo má na daný příspěvek nárok (MPiPS 2013a: 18; MPiPS 2014a: 19). Reálně je ale v Polsku pečovatelů, pro které péče znamená značné omezení na pracovním trhu, nejspíše podstatně více, a to i oproti nejvyššímu počtu z roku 2012.

6.3. Nástroje a opatření na podporu neformálních pečovatelů

Nástroje sociální politiky přímo cílené na neformální pečovatele jsou v Polsku spíše výjimkou. Primárně je pomoc cílena na osoby, o které je pečováno, přičemž některé služby mohou využít následně i osoby pečující. Systém opatření, který by rozpoznával pečovatele jako specifickou cílovou skupinu, však chybí. Podobně tomu je i v případě dlouhodobých veřejně a sociálně politických strategií. Neformálním

⁸⁴ Přesná specifikace je k nalezení v polském Kodexu rodinném a pečovatelském. Jedná se o obdobu naší vyživovací povinnosti, která je ale v Polsku uplatňována poněkud širěji.

pečovatelům se v nich nevěnuje v podstatě žádná výraznější pozornost, případně se jen obecně proklamuje jejich důležitost. Konkrétní plány na zlepšení postavení skupiny pečujících v dlouhodobých záměrech nejsou popsány (MPS 2005; MPiPS 2013b).

Oproti tomu na osoby, o které je pečováno (v seniorském věku, se zdravotním postižením), je zaměřena značná pozornost. A to ať už v podobě zvláštních strategií či dokonce zvláštního zastoupení přímo na vládní úrovni. Tuto roli plní v případě osob se zdravotním postižením tzv. **vládní zmocněnec pro osoby se zdravotním postižením („Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych“)**. Ten funguje také jako člověk hájící zájmy osob se zdravotním postižením na nejvyšší politické úrovni, dále spolupracuje na tvorbě zákonů, které se osob se zdravotním postižením týkají, komunikuje s neziskovým sektorem a mnohé další. Do jeho agendy ale neformální pečovatelé přímo nespádají a informace o nich či jim určené se např. na webových stránkách jeho kanceláře v podstatě nevyskytují (BPRON 2014).

Institucí, se kterou jak osoby, o které je pečováno, tak i pečovatelé, přicházejí asi nejčastěji do kontaktu, jsou tzv. **Střediska sociální podpory („Ośrodki pomocy społecznej“)** jsou to regionální střediska fungující na obecní (případně městské) úrovni, která jsou prvním kontaktním místem pro osoby hledající pomoc v tíživé sociální situaci. Jsou na regionální úrovni nejviditelnější a nejdůležitější institucí v rámci sociálních služeb a sociální politiky. Právě v těchto střediscích se totiž o většinu dávek, příspěvků či služeb žádá, mimo to přímo sociální práci vykonávají (PORTAL OPS.PL 2015).

Důležitou roli hrají výše zmíněná centra i při aplikaci legislativních opatření týkajících se neformálních pečovatelů. Posuzuje se v nich totiž v podstatě to, zda se status pečovatele⁸⁵ žadateli přizná. Pokud k přiznání statusu pečovatele dojde, může se, podobně jako u nás, započítat doba péče do doby důchodového pojištění. Respektive je sociální pojištění pečující osobě placeno obcí. Na takovou formu podpory má nárok pečovatel, který se vzdá výdělečné činnosti z důvodu přímé péče o závislého člena rodiny žijícího ve společné domácnosti anebo o mimo domácnost žijící matku, otce nebo svého sourozence. Příjem na osobu v rodině přitom nemůže překročit určitou stanovenou výši⁸⁶. Nárok na hrazení důchodového pojištění z prostředků obce ale nemají osoby starší 50 let, které neodváděly sociální pojištění alespoň po dobu deseti let anebo odváděly pojištění po dobu 20 a více let v případě žen a 25 a více let v případě mužů. Zdravotní pojištění se platí po celou dobu péče, pokud ho pečovatel není schopen platit sám. Tento systém ale zaručuje jen to, že pečovatel bude dostávat alespoň minimální starobní důchod (MPiPS 2014b: 2, 5).

Finanční podpora neformálních pečovatelů

Na rozdíl od ČR připadá osobě, která se místo placené práce rozhodla (či byla okolnostmi dotlačena) pečovat, přímá finanční podpora. Ta se dá považovat za kompenzaci mzdy, které se rezignací na účast na trhu práce, pečující osoba vzdala. Všechny tři dávky, které pod tuto přímou finanční podporu patří,

⁸⁵ Respektive se posuzuje nárok na přidělení určitých typů dávek, z jejichž přiznání status pečovatele vychází, více o daných dávkách později.

⁸⁶ Konkrétně je to 150 % příjmového kritéria, které bylo v roce 2014 542 Zł (asi 3546 Kč) pro samostatně hospodařící osoby a 456 Zł (asi 2984 Kč) pro osobu, která žije v rodině. Toto kritérium se každé 3 roky reviduje (MPiPS 2014c).

ale plní roli záchranné sítě: mají-li osoby jiný druh příjmu – ať už dávku ze systému sociálního zabezpečení nebo mzdu – dávku nezískají. Finanční incentivy pro podporu ekonomické aktivity pečujících osob a sladování práce a péče tak chybí.

Legislativa upravující dávky, na které mají pečovatelé právo, navíc prošla v poslední době poměrně turbulentními změnami. V roce 2010 byl počet osob, které měly nárok na základní **pečovatelský příspěvek („świadczenie pielęgnacyjne“)**, rozšířen tím, že bylo odstraněno příjmové kritérium a zároveň rozšířen okruh příbuzných⁸⁷, kteří na něj mají nárok (MPiPS 2013a: 18). Zřejmě i nárůst nákladů (MPiPS 2014a: 19) na vyplacení této dávky vedl k tomu, že v roce 2013 na tento příspěvek ztratili nárok ti, kteří se starali o dospělého, jehož zdravotní postižení vzniklo až v dospělosti. To vedlo k protestům a žalobě k ústavnímu soudu, který uznal neústavnost zmíněného kroku (Rzecznik praw obywatelskich 2014). V dubnu 2014 tak byl přijat nový zákon o zavedení a vyplacení příspěvku pro pečovatele, který přiznal znovu dávky těm, kteří na ně z důvodu výše zmíněného opatření nárok ztratili. Vznikla tak nová dávka pod názvem „**zasiłek dla opiekuna**“, což můžeme přeložit právě jako **příspěvek pro pečovatele**.

Pečovatelský příspěvek tedy náleží od roku 2013 jen pečovatelům⁸⁸, kteří pečují o děti se zdravotním postižením, přičemž jako dítě se bere člověk mladší 18 let nebo člověk mladší 25 let, pokud se jedná o studenta nebo žáka. Nárok na tento příspěvek ale poté, co opečovávané dítě dosáhne dospělého věku, nezaniká. Aby měl na tento příspěvek pečovatel nárok, musí se vzdát výdělečné činnosti⁸⁹. Tato dávka přitom nenáleží lidem, kteří již pobírají nějakou stálou finanční podporu ze systému sociálního zabezpečení (starobní důchod, invalidní důchod, vdovský důchod atd.) nebo jinou podobnou dávkou⁹⁰.

Při nároku na tuto dávku (jak již bylo zmíněno výše) se neposuzuje výše příjmu příjemce ani jeho rodiny. Dosáhnout na ní mohou nejen příbuzní opečovávaného, ale i lidé mimo příbuzenský vztah, pokud péči skutečně konají. Je udělena na neomezenou dobu, respektive na dobu trvání zdravotního postižení opečovávaného. Výše tohoto příspěvku činí 1000 Zł měsíčně (asi 6 700 Kč), od 1. ledna 2015 pak bude mít výši 1200 Zł (asi 8 040 Kč) a dále by se měla každý rok valorizovat. Pobíratelům této dávky se z veřejných zdrojů platí důchodové i zdravotní pojištění (Zákon o rodinných dávkách, MPiPS cca 2014a).

Jak už bylo popsáno výše, **příspěvek pro pečovatele** je relativně novou dávkou, která náleží těm, kteří přišli v roce 2013 o pečovatelský příspěvek. Ti mohli žádat o vyplacení ušlých příspěvků i zpětně, a to z důvodu neústavnosti jejich odebrání. Pečovatelé, kterých se toto týkalo, byli kontaktováni Středisky sociální podpory.

Právo na tento příspěvek mají, stejně jako v případě předchozí příspěvku, pečovatelé bez ohledu na jejich příjmy a získat ho mohou i lidé bez rodinné vazby na opečovávaného. Pečovatelé se rovněž musí vzdát výdělečné činnosti, kombinovat tento příspěvek s prací nelze. Rozdíl je v tom, že příspěvek není sám o sobě časově omezen, vyplácí se ale pouze po dobu platnosti aktuálního posudku o zdravotním postižení opečovávaného. Vyplácí se až do posledního dne měsíce, do kterého je aktuální posudek platný. Po uplynutí této doby musí pečující požádat o příspěvek podle nových zásad – to

⁸⁷ Opět viz výše vyživovací povinnost.

⁸⁸ Při vymezení toho, kdo přesně má na příspěvek nárok se využívá opět tzv. vyživovací povinnost.

⁸⁹ Dle zákona o rodinných dávkách v jeho aktualizovaném textu z roku 2013.

⁹⁰ Podrobněji samotný text zákona o rodinných dávkách v jeho aktualizovaném textu z roku 2013.

v podstatě znamená, že mohou žádat o tzv. **zvláštní pečovatelský příspěvek („specjalny zasiłek opiekuńczy“)**. Výše této dávky je 520 Zł (asi 3 370Kč) měsíčně a vzhledem k tomu, že se jedná o ad hoc opatření vynucené výrokem ústavního soudu, nedá se předpokládat její výrazné zvyšování (Zákon o zavedení a vyplácení příspěvku pro pečovatele).

Zvláštní pečovatelský příspěvek je určen všem lidem, kteří pečují o dospělou osobu se zdravotním postižením a zároveň se z tohoto důvodu vzdali, podobně jako v předchozích případech, jakékoliv výtěžné činnosti. Na rozdíl od předchozích dvou dávek se ale v případě **zvláštního pečovatelského příspěvku posuzují příjmy**, a to jak rodiny pečovatele, tak případně i rodiny opečovávaného. Aby měl žadatel na dávku nárok, nesmí příjem na osobu překročit 623 Zł (cca 4 030 Kč) čistého měsíčně⁹¹, přičemž příjmy rodiny pečovatele a opečovávaného se sčítají a následně rozpočítají. Navíc pro něj platí přísnější pravidla příbuznosti a nárok na něj mají jen poměrně blízcí příbuzní. Nárok na dávku se posuzuje každý rok znovu, což je další rozdíl oproti předchozím dvěma příspěvkům. Tento příspěvek se nemůže kombinovat, podobně jako předchozí dva, s většinou stálých dávek ze sociálního systému. Výše tohoto příspěvku je 520 Zł (asi 3 370Kč) měsíčně (MPiPS cca 2014b). Tempo růstu této dávky se přitom zatím tempu valorizace pečovatelského příspěvku, který je už teď výrazně vyšší, přibližovat nebude.

Mimo už řečené je třeba dodat, že tyto příspěvky nebylo možné pobírat v rodině dvakrát. Jinými slovy, pokud se otec staral o dítě s postižením a dostával za to přímou finanční podporu, matka už neměla nárok na příspěvek, který by jí podpořil v péči o umírajícího otce. To však již neplatí. O neústavnosti tohoto postupu rozhodl v listopadu 2014 polský ústavní soud. Toto usnesení se sice týká jen pečovatelského příspěvku, v návaznosti na něj se ale dají předpokládat další legislativní změny (Výrok ústavního soudu ze dne 18. listopadu 2014).

Krom této přímé podpory existuje i nepřímá finanční podpora. Jedná se zejména o příspěvky na různé sociální i zdravotní služby. Mimo to lze žádat i o podporu z *Fondu zdravotně postižených osob*. Tento fond je určen k vyplácení příspěvků na kompenzační pomůcky osobám se zdravotním postižením a na odstranění architektonických a technických bariér v domácnosti. O příspěvky z tohoto fondu lze žádat v tzv. **Okresních centrech rodinné pomoci „Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie“** (PCPR 2015). Jejich výše je omezená a posuzují se příjmy žadatele.

Dále mají osoby starší 18 let se zdravotním postižením, které jim zabraňuje pracovat nárok, na invalidní důchod. Ten se liší pro případ, kdy již žadatelé o invalidní důchod určitou dobu pracovali a pro ty situace, kdy postižení znemožňující práci vzniklo ještě v době neploletosti⁹². V prvním případě (renta z důvodu pracovní neschopnosti) se důchod vypočítává ze mzdy⁹³. V druhém případě se jedná o tzv. sociální rentu⁹⁴ a její výše činí 84% nejnižší možné prvně zmiňované renty (ZUS 2015a; 2015b).

⁹¹ Údaj platný v roce 2014.

⁹² Nebo v době studií až do 25 let věku, či v době pokračujícího studia (doktorandské studium atd.) (ZUS 2015a).

⁹³ Jedná se o překlad „renta z tytułu niezdolności do pracy“, mimo ze mzdy se vypočítává i z jiných dob pojištění, jako např. doby studia apod. (ZUS 2015b).

⁹⁴ „Renta socjalna“

Mimo to je možné čerpat i určitou obdobu českého příspěvku na péči⁹⁵. Ta je vyplácena ve dvou podobách, přičemž obě jsou určeny pro ty osoby, které se neobejdou bez pomoci druhých. První je přitom zamýšlena jako příspěvek k invalidnímu důchodu, druhá je určena těm, které nemají na první druh dávky nárok, typicky tedy například děti (které ještě nárok na invalidní důchod, tedy ani na první variantu dávky, nemají). Zpravidla se ale tento druhý příspěvek nevyplácí, pokud už někdo z rodiny pobírá některý z výše zmíněných příspěvků pro pečovatele. Výše obou těchto příspěvků jsou však velice nízké, a sice 206,76 Zł (asi 1 400 Kč) v případě prvního typu příspěvku a 153 Zł (cca 1 040 Kč) pro druhý z nich (Szymczuk 2014a; 2014b).

Služby⁹⁶

V Polsku existuje celá řada sociálních i zdravotních služeb a i institucí, které je poskytují. Jejich cílovou skupinou jsou však primárně osoby, o které je pečováno, skupině neformálních pečovatelů se výraznější pozornost nevěnuje. Většinou jsou služby organizovány a plánovány na obecní úrovni. Jejich kvalita, jak již bylo uvedeno výše, je však kolísavá.

Mezi dostupné zdravotní služby⁹⁷, které podporují neformální pečovatele spíše nepřímou, patří například **právo na rehabilitační pobyt**. Na rozdíl od dalších zmiňovaných služeb a institucí, které jsou popsány v zákoně o sociální podpoře, jsou rehabilitační pobyty definované v zákoně o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených osob. Z něj vyplývá, že pečovatelé o osoby se zdravotním postižením se mají právo jednou za rok zúčastnit rehabilitačního pobytu společně s opečovávanými. Pobyt jim (ale ani opečovávaným) není plně hrazen. Okres financuje pouze 18 % z ceny, v případech obzvláště složitých životních situací pečovatele může být ale proplaceno až 35 % z ceny pobytu.

Univerzální sociální službou, kterou můžou využít neformální pečovatelé je **krizová intervence**. Jedná se o právní, sociální, psychologické atd. poradenství v případě osobní či rodinné krizové situace. Při nároku na tuto službu se neposuzují příjmy žadatelů.

Další službou, která podporuje nepřímou neformální pečovatele, jsou **pečovatelské služby v místě bydliště, v centrech podpory a rodinných domech pomoci („usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy“)**. Za tímto poněkud kostrbatým názvem se skrývá služba, která zahrnuje každodenní nezbytnou pomoc se základními životními potřebami, hygienou, s péčí předepsanou lékařem, zajištění kontaktu s okolím apod. Tyto služby zajišťuje obec v tom případě, že rodina není v danou chvíli schopna péči zajistit sama či z vlastních finančních prostředků. Obec rovněž posuzuje nárok na tyto služby. Jak **centra podpory**, tak **rodinné domy pomoci** fungují jako pobytová zařízení, nicméně jsou schopna zajistit i tuto dočasnou náhradu za práci neformálních pečovatelů. Střediska podpory (MPiPS cca 2014c) navíc fungují i jako denní stacionáře, centra vzájemné pomoci apod. Financována jsou převážně z prostředků obce. Nárok na bezplatné využívání závisí na příjmech žadatelů, ostatně jako ve většině ostatních případů.

⁹⁵ Jedná se o „dodatek pielęgnacyjny“ a „zasiłek pielęgnacyjny“.

⁹⁶ Drtivá většina sociálních služeb je popsána v zákoně o sociální podpoře.

⁹⁷ Z tohoto výčtu vypadly pobytové služby, které svým charakterem roli neformálních pečovatelů zcela nahrazují a leží tak mimo rámec této analýzy.

Podporu opečovávaných osob zajišťují také tzv. **specializované pečovatelské služby**. Jedná se o pomoc poskytovanou na základě specifických potřeb osoby závislé na pomoci. Zahrnuje specializované služby psychologů, pedagogů, logopedů, sociálních pracovníků apod. Financování těchto služeb se liší pro osoby s psychickými problémy a pro osoby s potížemi jiného druhu. Posuzují se přitom opět příjmy žadatele i jeho rodiny, rozhodování se odehrává na obecní úrovni.

6.4. Závěr

Na základě provedené analýzy lze konstatovat, že v Polsku je pozornost, která se neformálním pečovatelům věnuje, spíše nedostatečná. Přístup k nim není řešen příliš koncepčně. Speciální programy cílené na zlepšení jejich postavení prakticky zcela chybí. Neudržitelná finanční situace některých pečovatelů dokonce vyvolala v roce 2013 protesty před polským parlamentem. I po úpravě vynucené výrokem ústavního soudu ale systém dávek tvoří poměrně ostrou hranici mezi těmi, kteří pečují o člověka, který získal zdravotní postižení ještě jako dítě (do 18 respektive 25 let), a těmi, kteří pečují o osobu, kterou zdravotní postižení potkalo až v dospělém věku. Již nyní je rozdíl ve výši vyplácené dávky téměř 500 Zł (cca 3 220 Kč) a zdá se, že do budoucna se bude zvyšovat. Navíc se téma neformálních pečovatelů dostalo k Ústavnímu soudu na podzim roku 2014 znovu a výrok tribunálu znovu uznal neústavnost postupu státu vůči pečujícím osobám. Celková zátěž, kterou péče obnáší, není výrazně ulehčena ani zařízeními sociálních služeb, která s rolí neformálního pečovatele příliš nepočítají, jejich kvalita je navíc mnohdy sporná a v případě „zařízení nového typu“ (různé kluby, centra respitní péče apod.) je i jejich místní dostupnost poměrně slabá. Tato kombinace nedostatečně zacílených sociálních služeb, legislativy, která je opakovaně shledána v rozporu s ústavou, a sociodemografického vývoje vytváří pro pečovatele v Polsku poměrně nepříznivé podmínky.

Naopak pozitivně lze vnímat to, že většina sociálních služeb, dávek a místní sociální politiky se provádí skrz Střediska sociální podpory. Hustá síť těchto center by mohla být snadno využita pro zavádění cílené politiky věnující se neformálním pečovatelům nebo by mohla provádět koordinační činnost mezi sociálními a zdravotními službami.

Aby tato centra byla pro neformální pečovatele oporou, je ovšem nutné změnit přístup k této problematice. Dá se říct, že neformální péče je v Polsku zatím stále vnímána spíše jako soukromý problém jednotlivců než jako celospolečenské téma, kterému by se měla v rámci sociální politiky věnovat dostatečná pozornost.

7. Komparace⁹⁸

7.1. Sociální stát a role rodiny v zabezpečování potřeb

Každá z porovnávaných zemí reprezentuje jiný typ sociálního státu⁹⁹, což je bezpochyby jednou z determinant nalezených rozdílů v přístupu jednotlivých zemí k problematice neformální péče. Odlišný je důraz, jaký jednotlivé země přisuzují roli rodiny v oblasti zabezpečení individuálních potřeb a rozdílná je i úroveň státem vyjadřované a garantované podpory směřované k cílové skupině pečujících osob.

Velká Británie, Španělsko a Polsko reprezentují země, které svým obyvatelům garantují obecně relativně nízkou úroveň sociálního zabezpečení a zároveň očekávají vysokou míru účasti rodiny při zajištění potřeb jednotlivců. Velká Británie je často dávana za učebnicový příklade liberálního typu sociálního státu, který klade důraz na odpovědnost jedince za vlastní život, rozsah zásahů ze strany státu je minimální. Role státu spočívá ve vytvoření záchranné sociální sítě. Role rodinných pečovatелů je tak zásadní. Také Španělsko představuje model s omezenými intervencemi státu v oblasti sociální politiky, což bývá kompenzováno právě významnou rolí rodiny, jež je chápána jako hlavní zdroj pomoci při uspokojování potřeb osob závislých na pomoci druhých. V Polsku je úroveň státem garantované podpory taktéž velmi reziduální a představuje systém „poslední záchrany“. Role neformálních rodinných pečovatелů je zde silně zakořeněná a péče o člena rodiny, který je na pomoci závislý, je vnímána jako něco v podstatě samozřejmého. V Polsku i ve Španělsku je funkce rodiny jako primárního zdroje podpory umocněna silnou náboženskou tradicí, ze které vychází i vyšší angažovat v samotné přímé péči. Systém sociální ochrany a pomoci tří výše diskutovaných zemí sice shodně nabývá spíše podoby záchranné sociální sítě, její „záběr“ je však v jednotlivých zemích odlišný. Velká Británie disponuje rozvinutým systémem podpory, který předjímá potřebu veřejného sektoru reagovat na široké spektrum situací, v nichž jedinec i rodina selhávají. V tom spočívá rozdíl v porovnání např. s Polskem, jehož záchranná síť je v tomto smyslu velmi základní až limitovaná.

Liberálně/reziduálně koncipované modely sociálního státu, podle kterých by se měl v zásadě každý jedinec postarat sám o sebe, jsou protikladem ke štědrému – sociálně demokratickému typu sociálního státu, jehož klasickým příkladem je Švédské království, které přejímá vysokou míru zodpovědnosti za blaho svých občanů. Švédsko disponuje širokou nabídkou státem podporovaných a dobře dostupných služeb a benefitů, které garantují zachování určitého životního standartu a sociálních jistot v krizové situaci a v zásadě tak minimalizuje potřebu participace rodin. Štědrý a rozvinutý státní systém plní svou roli i v oblastech, jejichž zabezpečení je v jiných zemích tradičně přisuzováno právě rodině. Vzhledem k demografickému a ekonomickému vývoji země je však i ve Švédsku čím dál více zdůrazňována potřeba dělby „sociální odpovědnosti“ mezi stát a občany. V rámci porovnávaných států pak určitý mezistupeň představuje Německo, které je klasickým příkladem tzv. konzervativního typu sociálního státu. Zastoupení státu v distribuci sociální podpory a pomoci je poměrně silné, nicméně okruh poskytované podpory není příliš široký a počítá s participací rodiny při zabezpečování

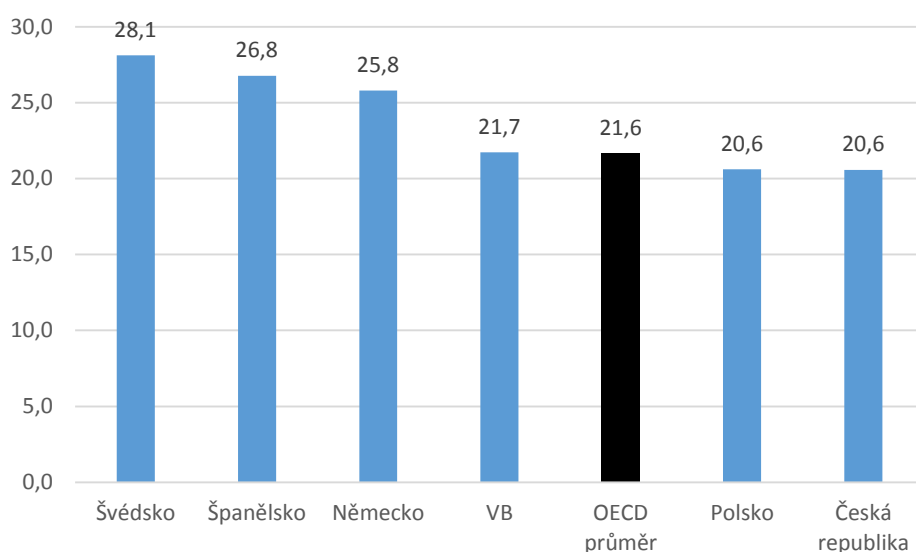
⁹⁸ Informace o situaci v České republice vycházejí z „Výstupní analytické zprávy o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR“ (Geissler et al. 2015), která je hlavním analytickým výstupem projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ popisujícím situaci v neformální péči v ČR.

⁹⁹ V textu je pracováno s typologií sociálního státu dle Esping-Andersena

individuálních potřeb. Snahou takto nastaveného systému je, aby péče v rodině vždy předcházela péči institucionální.

Zmiňované rozdělení států lze doložit porovnáním celkových veřejných sociálních výdajů¹⁰⁰ mezi jednotlivými státy. Švédský model štědrého státu s nejvyššími sociálními výdaji zahrnuje až třetinu hrubého domácího produktu. Podobně významně do sociální politiky státu investuje Španělsko a Německo, kteří již kalkulují s participací rodiny. Kolem průměru OECD se ve výdajích na sociální politiku pohybuje Británie a lehce pod průměrem Polsko a Česká republika. V těchto zemích se zastoupení sociálních výdajů pohybuje kolem pětiny hrubého domácího produktu (graf 2).

Graf 2: Celkové veřejné sociální výdaje v % HDP v roce 2014



Zdroj: OECD 2014

¹⁰⁰ Sociální výdaje zahrnují veškeré sociální peněžité dávky, zboží a služby a daňové úlevy za sociální účely.

Srovnání typů sociálního státu ve sledovaných zemích, které tvoří kontext, ve kterém je neformální péče poskytována, zobrazuje následující tabulka:

Tabulka 6: Sociální stát a role rodiny v zabezpečování potřeb ve vybraných státech

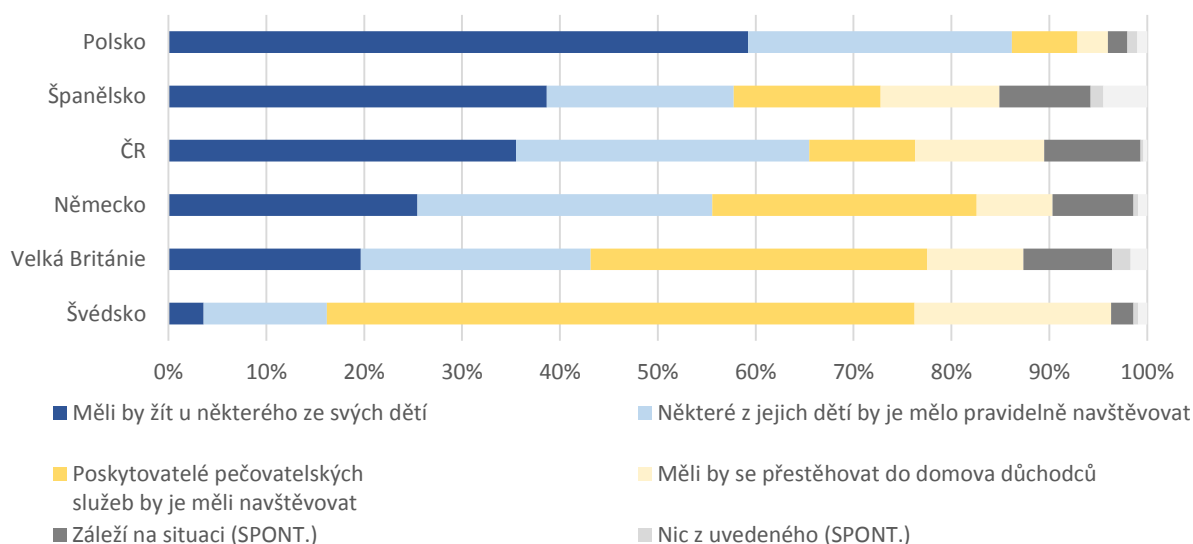
	Typ sociálního státu	Státem garantovaná podpora a péče	Role rodiny	Role soukromého a občanského sektoru
Polsko	Post komunistický	Minimální garance peněžité podpory a služeb nebo jiných opatření přímé i nepřímé povahy	Primární	Významná role soukromého sektoru, méně rozvinutý občanský sektor
Španělsko	Středomořský	Rozvinutý systém opatření nepřímé povahy – garance peněžité podpory a některých specifických služeb	Primární	Preferovaná, rozvinutá
Velká Británie	Liberální	Reziduální, avšak rozvinutý systém opatření přímé i nepřímé povahy – propracovaný systém záchranné sociální sítě s garancí peněžité podpory a nabídkou služeb	Preferovaná	Preferovaná, rozvinutá, státem podporovaná
Německo	Konzervativní	Rozvinutý systém opatření přímé i nepřímé povahy s vyrovnaným podílem peněžité podpory a poskytovaných služeb	Preferovaná	Preferovaná, rozvinutá, státem podporovaná
Švédsko	Sociálně demokratický	Rozvinutý systém opatření přímé i nepřímé povahy v různých oblastech podpory	Sekundární	Sekundární
Česká republika	Post komunistický	Rozvinutý systém opatření nepřímé povahy – garance peněžité podpory a některých základních služeb	Preferovaná	Preferovaná, rozvinutá

Zdroj: Vlastní zpracování

7.2. Situace v neformální péči

Odlíšnému přístupu k sociálnímu zabezpečení odpovídají i výsledky mezinárodních šetření, např. výzkumu Eurobarometr 67.3 z roku 2007, na základě kterého lze popsat rozdílný postoj populací jednotlivých států k zajištění péče o seniory. Dle výsledků Švédsko výrazně vybočovalo v názoru na nejlepší způsob zajištění péče o starého otce či matku. Švédští respondenti zdaleka nejvíce z porovnávaných států preferovali využívání pečovatelských služeb. Jen asi 16 % lidí uvádělo, že by se o stárnoucí rodiče měly primárně starat jejich děti. Služby jako nejvhodnější možnost naopak volilo 80 % dotázaných. To je v ostrém kontrastu zejména s Polskem, kde by využívání služeb za nejvhodnější řešení považovalo jen asi 10 % populace. Naopak to, že by se měly starat děti si myslí více cca 86 % respondentů, viz graf 3. Zajímavá informace vyplývá i z analýzy „zbytkových“ kategorií. Neurčitá možnost „Záleží na situaci“, která byla zaznamenána pouze tehdy, pokud ji uvedli respondenti spontánně, byla oproti ostatním zemím výrazně méně zastoupena u Švédska a Polska. Dá se tak říct, že respondenti z dvou zemí s nejsilnější profilací (ať už na rodinu či na služby) jsou zároveň nejrozhodnější. V tomto kontextu se jejich postoj k péči o rodiče v seniorském věku jeví ještě o něco silněji – velmi málo kdy totiž připustí spontánně možnost, že stejně vhodné by vlastně za určitých okolností byly různé možnosti zajištění péče. Zdá se tak, že postoje k péči, byť diametrálně odlišné, jsou jak v Polsku, tak ve Švédsku o něco silněji ukotveny než v ostatních popisovaných zemích. Zajímavá je také poměrně silná preference profesionální péče ve Velké Británii. Vysvětlení můžeme hledat v dobře dostupných sociálních službách fungujících na tržním principu, kdy je značná část populace ochotná a i schopná adekvátní služby zaplatit. To je rozdíl oproti Švédsku, kde jsou kvalitní služby silně podporované státem a tržní princip je spíše upozaděn.

Graf 3: Nejvhodnější řešení péče o staré rodiče



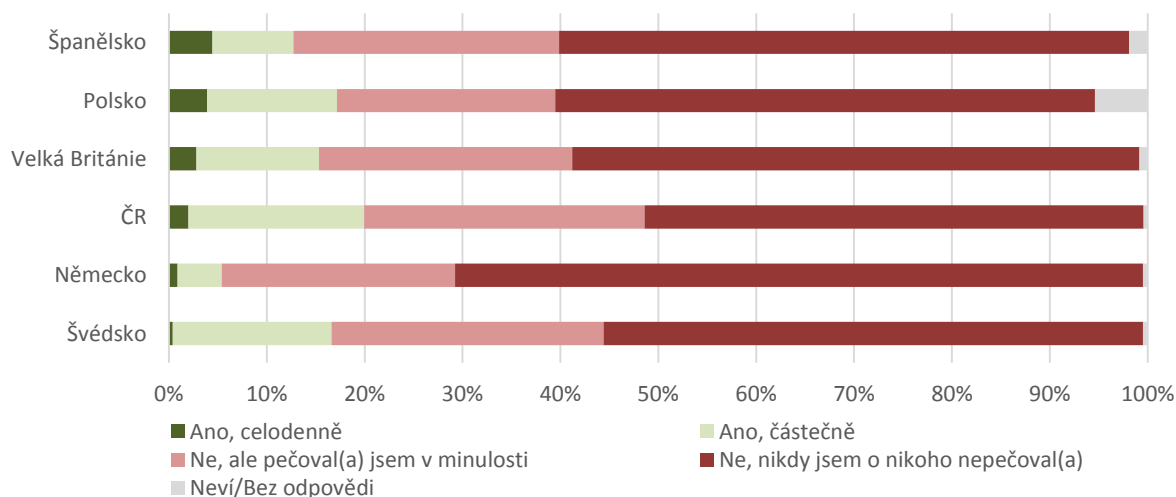
ZDROJ: vlastní zpracování dat EUROPEAN COMMISSION 2012

ZNĚNÍ OTÁZKY: Představte si starého otce nebo matku, kteří žijí sami a nemohou se už kvůli svému tělesnému nebo duševnímu zdravotnímu stavu nadále ve svém životě obejít bez pravidelné pomoci. Co by podle Vás bylo nejlepším řešením pro lidi v této situaci? Za prvé?

Celkově je tedy patrné, že jednoznačně největší očekávání od rodiny mají z námi porovnávaných zemí Poláci. Španělé, Češi a Němci kladou na rodinu obdobné nároky, přičemž se liší v poměru mezi pravidelným navštěvováním a společným bydlením s rodiči odkázanými na péči. U Němců je ale patrná i poměrně silná preference služeb, kdy péče poskytována profesionály doma byla jako nejlepší volena přibližně stejně často jako obě kategorie péče poskytované rodinou. V případě Velké Británie je preference služeb ještě výraznější, zdaleka ale nedosahuje úrovně Švédska, kde je využívání profesionálních služeb vnímáno jako nejlepší řešení péče o rodiče v drtivé většině případů.

Rozdílné vnímání péče i a rozdílná očekávání vůči sociálnímu systému diskutovaná výše musíme brát v potaz i při snaze o srovnání počtu neformálních pečovateli v jednotlivých zemích. Lze jen obtížně najít kritérium, podle kterého by se určovalo, kdo už se mezi neformální pečovatele řadí a kdo ne. Musíme si uvědomovat, že to, co v je v jedné zemi považováno za součást běžné rodinné reciprocity, je v jiné již vnímáno jako péče jdoucí nad rámec obvyklých rodinných povinností. Užitečným vodítkem jsou ale např. výsledky šetření Eurobarometr 76.2 z roku 2011. Zajímavé jsou zejména rozdíly v deklarované celodenní péči o staršího člena rodiny (graf 4). Jde totiž o poměrně jednoznačně vymezenou kategorii, oproti částečné péči, pod kterou si (i s ohledem na odlišné sociální systémy jednotlivých států) mohou respondenti představovat velmi odlišné úkony. Z grafu 4 je patrné, že dvě země s největší rolí rodiny v celodenní péči jsou očekávaně Španělsko a Polsko, to kontrastuje zejména se situací ve Švédsku, ale i v Německu. Ačkoliv v Británii značná část populace preferuje služby (viz graf 3), v počtu celodenně pečujících o závislé seniory se zařadila mezi ČR a Polsko, tedy mezi země, kde obyvatelé očekávají zajištění péče spíše ze strany rodiny. To by mohlo potvrzovat domněnku o dobře rozvinutém trhu sociálních služeb ve Spojeném království, na které ale určitá část populace, hlavně kvůli svým nižším příjmům, nedosáhne a péči je tedy nucena zajistit vlastními silami. To je rozdíl oproti Německu a Švédsku, kde je systém podpory sociálních služeb ze strany státu rozvinutější.

Graf 4: Péče o staršího člena rodiny

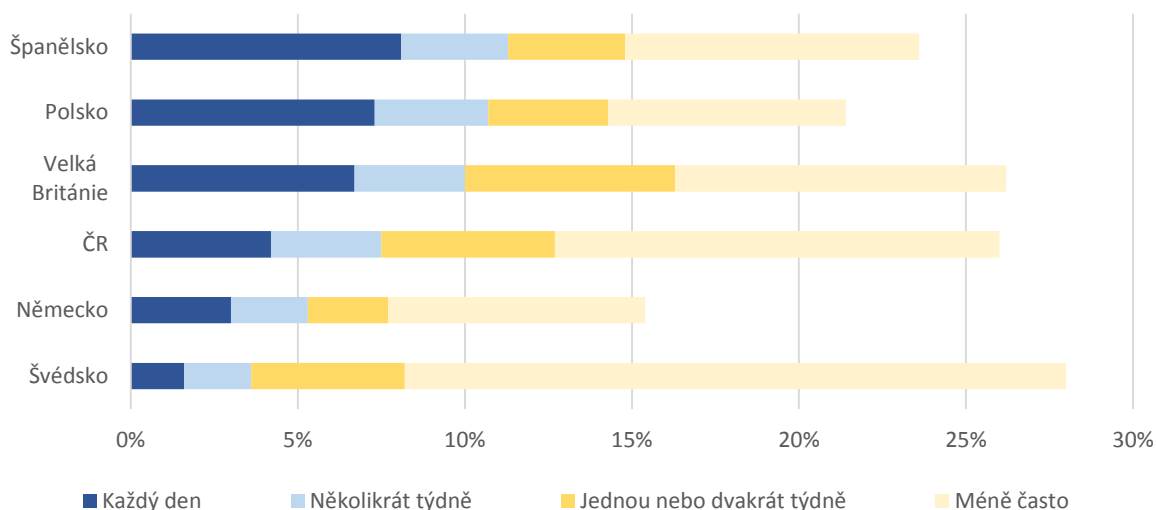


ZDROJ: vlastní zpracování dat EUROPEAN COMMISSION 2014
ZNĚNÍ OTÁZKY: *Pečujete vy osobně o staršího člena rodiny?*

Obdobné výsledky nabízí i Evropský průzkum kvality života 2012 (EQLS – European Quality of Life Survey). V něm byla otázka na péči položena poněkud jinak. Dotazovalo se zde, zda se respondenti

zabývají mimo jiné péčí o „staré nebo invalidní příbuzné“. Státy se ale seřadily stejně jako v případě celodenní péče o staršího člena rodiny ve výzkumu Eurobarometr 76.2. Opět nejvyšší míru intenzity péče vykazovali Španělé, Poláci a Britové. Nejméně často pak pečovali Švédové, viz graf 5.

Graf 5: Intenzita péče o péče o staré příbuzné nebo příbuzné s postižením



ZDROJ: EUROFOUND 2015

ZNĚNÍ OTÁZKY: Jak často se zabýváte některými z těchto činností v mimopracovní době (tj. mimo svou placenou práci)? Možnost "Péče o staré nebo invalidní příbuzné"

Pro některé ze zkoumaných zemí je podpora pečujících osob již etablovaným tématem (Švédsko, Velká Británie), jinde je neformální péče spíše novou otázkou (Polsko). Mnoho zákonů, strategických dokumentů či opatření reflektujících situaci v oblasti neformální péče však bylo přijato relativně nedávno a vyjadřovaná podpora má častěji podobu nepřímé než přímé pomoci. Tzn. je formulována spíše nepřímo, skrze osoby, kterým je péče poskytována, zejména v případě finanční podpory, ale i služeb a jiných výhod. Globálně lze však tvrdit, že u porovnávaných zemí je možné identifikovat vzrůstající pozornost a zájem připisovaný dané problematice, ovšem s různou intenzitou.

Na systémové/strategické úrovni se problematice neformální péče a postavení pečujících osob nejvíce věnuje liberální Velká Británie a štědré Švédsko. Británie, jako jediná z porovnávaných zemí, disponuje strategií na podporu pečujících osob na národní úrovni a zcela explicitně tak vyjadřuje význam neformální péče. Neméně důležitý je i zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby, který v praxi ovlivňuje činnost místní správy, kterou povazuje zabezpečení příznivých podmínek pro ulehčení situace a rozvoj neformálních pečovatelských služeb. Formálně tedy Velká Británie proklamuje význam neformální péče na vysoké úrovni a systém pracuje s relativně širokým spektrem podpůrných opatření (od finančních benefitů po služby). Převažují však opatření nepřímého charakteru a výše poskytovaných dávek a příspěvků je spíše nízká. Významnou roli při hájení zájmů a poskytování podpory pečujícím osobám sehrávají iniciativy a organizace soukromého nebo neziskového charakteru (např. *Employers for Carers* nebo *Carers UK*), a to zejména v oblasti sociálních služeb.

Švédsko sice doposud nedefinovalo jednotnou oficiální strategii podpory neformální péče a pečujících osob, na centrální úrovni však působí dvě významné veřejné instituce – Národní rada pro zdraví

a prosperitu a Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče, usilující o zviditelnění problematiky a koordinovaný přístup v oblasti neformální péče a zároveň plní i výzkumnou úlohu. Postavení pečujících osob také významně posílila změna zákona o sociálních službách, která obcím ukládá povinnost respektovat a spolupracovat s neformálními pečovateli a poskytnout jim potřebnou podporu. Teoreticky systém pracuje s širokou paletou nástrojů přímého i nepřímého charakteru pro různé oblasti podpory a dominantní roli při jejich zabezpečení zaujímá stát. Aktivita v rámci občanského sektoru, v porovnání se Spojeným královstvím, v oblasti neformální péče v podstatě neexistují.

Ve Španělsku prošel systém stanovující podmínky neformální péče revoluční změnou. Španělsko v rámci *SAAD systému* zakotvilo obecnou povinnost podněcovat akce na podporu neformálních pečovateli na úrovni autonomních jednotek a neformální péče je vymezena i v zákoně o závislosti, který zavádí definici „neprofesionální“ péče. Téměř veškeré podpůrné nástroje a opatření, na které mohou pečující teoreticky dosáhnout, jsou však primárně nepřímé povahy (příspěvky, služby i jiná opatření). Na rozdíl od Švédska a podobně jako ve Velké Británii nezastupitelnou roli v oblasti neformální péče a podpory pečujících osob ve Španělsku plní občanský sektor a organizace soukromého charakteru, zejména v oblasti sociálních služeb, které jsou v zemi rozvinuté.

Ani Německo v současné době nedisponuje jednotnou koncepcí či strategií v oblasti neformální péče. Tzv. Sociální zákon¹⁰¹ však pracuje s definicí neformálního pečovatele, díky čemuž německý systém rozeznává širokou paletu nejen nepřímých, ale především i přímých nástrojů pro různé oblasti podpory pečujících osob. Německý systém sociální ochrany obecně je velmi rozvinutý a (podobně jako britský) předjímá potřebu veřejného sektoru reagovat na široké spektrum rizikových situací v životě jednotlivce. Na rozdíl od Velké Británie je však méně reziduální a méně reprezentuje síť poslední pomoci. Naopak, stát přejímá relativně velkou odpovědnost za život svých občanů podobně (avšak méně paternalisticky), jako je tomu ve Švédsku. Významnou roli při hájení zájmů a poskytování podpory potřebným osobám stát přenechává organizacím neziskového nebo soukromého charakteru.

Poslední ze zemí, Polsko, pak lze pak označit za stát s nejnižší proklamovanou podporou neformální péče a pečujících osob ze strany státu. Přístup k nim není řešen koncepčně, existující opatření nepřinášejí pečujícím osobám žádné výrazné ulehčení a neformální péče je v Polsku vnímána spíše jako soukromý problém jednotlivců než jako celospolečenské téma. Systém sice pracuje a rozeznává několik dávek (přímého i nepřímého charakteru) na pomoc pečujícím osobám, mimo tuto (nízkou a přísně testovanou) finanční podporu však pro Polsko neformální pečovateli představují téměř neviditelné subjekty a problematice neformální péče a pečujících osob se věnuje s výrazně nižší intenzitou, než např. liberální Británie. Péče v rámci rodiny je zde více vnímána jako samozřejmost na úrovni běžné reciprocity a neformální péče se tak ocitá mimo ohnisko zájmu sociální politiky. Nízká podpora neformálních pečovateli ze strany státu měla za následek i protesty před polským Sejmem. Zákony upravující tuto podporu pak byly dokonce předmětem jednání ústavního soudu, který rozhodl zatím vždy ve prospěch poskytovatelů neformální péče.

¹⁰¹ Sozialgesetzbuch



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Tabulka 7: Neformální péče ve veřejně-politických dokumentech a datech ve vybraných státech

	Strategie a koncepce na národní úrovni	Zákony a nařízení	Definice neformální péče/cílové skupiny pečujících osob	Vědecké a výzkumné instituce	Zdroje dat
Polsko	x	Zákon o sociální podpoře Zákon o zavedení a vyplácení příspěvku pro pečovatele Zákon o rodinných dávkách specifikuje mj. pečovatelský příspěvek	x	x	Statistiky ZUS
Španělsko	x	Zákon o závislosti – zakotvuje „SAAD systém“	Definice neformální péče obsažena v zákoně o závislosti	x	Výzkum zaměřený na osoby s postižením i na pečující – rok 2008 Instituto Nacional de Estadística Podrobné statistiky o počtech opečovávaných a pečujících zpracovávají měsíčně v rámci systému SAAD
Velká Británie	Národní strategie pro pečující	Zákon o péči Zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby Královské nařízení pro dlouhodobou péči	Definice obsaženy v zákoně o péči	x	Census, NHS (Národní zdravotní služba)
Německo	x	Sociální zákon	Definice cílové skupiny obsažena v Sociálním zákoně	x	Nepravidelný monitoring a články – Deutsches Bundesamt (Německý statistický úřad), tematické studie – DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Německý institut pro hospodářský výzkum).
Švédsko	x	Zákon o sociálních službách- zakotvuje povinnost obcí v oblasti služeb a individuálního plánování	x	Národní rada pro zdraví a prosperitu Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče	Národní rada pro zdraví a prosperitu. <i>(Příbuzní poskytující péči potřebným blízkým: rozsah a dopady. Stockholm: NBHWS, 2012)</i>
Česká republika	x	Zákon o sociálních službách	x	x	OKstat Úřad práce ČR Projekt „Podpora neformálních pečovatelů“

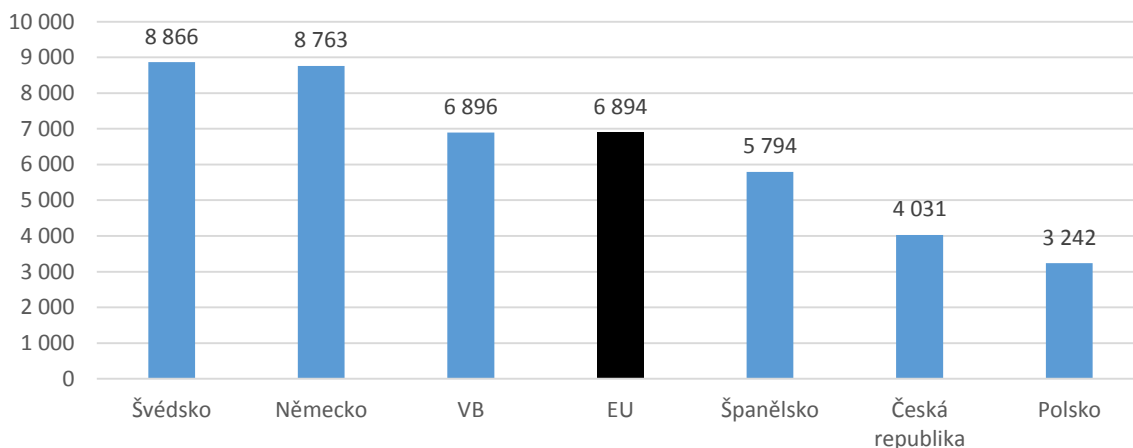
Zdroj: Vlastní zpracování

7.3. Finanční podpora pečujících rodin

Nástroje a opatření finanční povahy na podporu neformální péče, které byly identifikovány ve srovnávaných zemích, mají charakter převážně peněžité podpory a to jak přímé tak nepřímé. Specifické dávky jsou vypláceny jednak ze systému veřejného (zpravidla) sociálního pojištění nebo mají charakter nepojistných dávek. Rozvinutým systémem veřejného pojištění disponuje Německo, kde povinné pojištění¹⁰² pokrývá výdaje na všechny dostupné, přímé i nepřímé, finanční benefity a mezi srovnávanými státy je současně jedinou zemí s povinným veřejným pojištěním právě pro případ péče. Taktéž ve Španělsku jsou veškeré dostupné dávky a příspěvky vypláceny výhradně ze systému veřejného sociálního pojištění. Pro ostatní země je pak běžný právě systém kombinace pojistných a nepojistných dávek.

Celkově sociální ochranu¹⁰³ ohrožených skupin nejvíce finančně podporují Švédsko a Německo, jejich výdaje v paritě kupní síly (PPS)¹⁰⁴ jsou dvojnásobné oproti postkomunistickým zemím (Polsko a Česká republika). Velká Británie a o něco méně i Španělsko se s výdaji na sociální pomoc pohybují kolem evropského průměru.

Graf 6: Výdaje na dávky sociální ochrany na hlavu v PPS za rok 2010



Zdroj: Eurostat 2015b

Finanční dávky přímé podpory v jednotlivých zemích jsou různými variantami příspěvku pro pečovatele a jde o nepojistné dávky (výjimku představuje Německo, kde jde o příspěvek vázaný na důchodové pojištění). Vzhledem k rozdílnému systému a navazujícím opatřením a ekonomické úrovni lze jen obtížně vzájemně porovnat nastavení výše dávek v jednotlivých zemích. Obecně je ovšem možné

¹⁰² Pojištění zdravotní, důchodové, úrazové a pojištění péče.

¹⁰³ Výdaje na sociální ochranu zahrnují dávky na nemocenskou, dávky pro osoby se zdravotním znevýhodněním, dávky spojené se stářím (důchody), vdovecké dávky, dávky pro rodiny s dětmi, dávky v nezaměstnanosti, na bydlení a dávky určené pro sociálně vyloučené skupiny.

¹⁰⁴ Parita kupní síly je ekonomická jednotka, která umožňuje srovnání států podle hrubého domácího produktu přepočteného na jednoho obyvatele, ve standardu kupní síly. Jinými slovy popisuje, kolik jednotek měny dáme za stejné množství zboží a služeb v jejich domovských zemích. Konkrétně Eurostat při výpočtu parity zohledňuje cenové rozdíly mezi vnitrostátními trhy tak, že hrubý domácí produkt vyjádřený národní měnou vydělí její paritou, čímž vyjde takzvaný standard kupní síly („Purchasing Power Standard“, PPS) (Eurostat 2014a).

tvrdit, že příspěvek pečujícím osobám je spíše dávkou „záchrannou“ a nelze jej považovat za kompenzaci ušlé mzdy nebo dávku pokrývající potřeby pečujících osob. Nejvíce reziduální je v tomto směru Polsko a Velká Británie – u těchto zemí jde o typické nízké dávky záchranné sociální sítě. Oproti jednomu britskému „příspěvku pro pečující osoby“ sice polský zákon rozlišuje hned tři různé dávky, udělovány jsou však pouze v případě, pokud pečujícímu zároveň nevzniká nárok na jinou podporu vyplácenou ze systému pojištění. Ani ve štědrém Švédsku pak, podle švédského experta L. Johanssona, není příspěvek pro pečujícího sám o sobě dostatečným příjmem zajišťujícím důstojné živobytí. Ze všech porovnávaných zemí pak jediné Španělsko nenabízí pečujícím osobám žádnou přímou finanční podporu, ačkoliv (či právě proto?) je odpovědnost rodiny a její účast na péči o potřebné blízké tradičně očekávána.

V systému nepřímé podpory se (vedle invalidního důchodu, který existuje ve všech porovnávaných zemích) zdá být nejdůležitější dávkou příspěvek na péči pro osobu se znevýhodněním. S ohledem na jeho absolutní výši pak příspěvek na péči v jednotlivých zemích představuje významnější podporu, než příspěvek pečující osobě. To platí zejména pro Německo, Švédsko a Velkou Británii. V těchto zemích lze nalézt podobný systém příspěvku na péči. Německá a Švédská legislativa rozeznává několik stupňů příspěvku a s tím spojenou jeho výši, přičemž v Německu jsou jednotlivé stupně navrženy s ohledem na schopnost závislé osoby sama zvládnout základní a instrumentální aktivity běžného života. Švédská legislativa pak jednotlivé výše příspěvku odstupňuje s ohledem na intenzitu a časovou náročnost potřebné péče. Britský systém je více podobný systému německému, rozeznává však pouze dva stupně či dvě sazby příspěvku – základní (standartní) a zvýšenou. Odlišný systém pak nabízí Španělsko, které závislým osobám nabízí hned tři různé příspěvky – příspěvek na péči v domácím prostředí, příspěvek na (soukromé) služby, kdy nárok na tento příspěvek vzniká pouze tehdy, nemůže-li potřebná osoba využít veřejně dostupné služby, a příspěvek na osobní asistenci. Výše příspěvků je, vymezena podobně jako v Německu nebo Velké Británii – s ohledem na stupeň závislosti, v potaz je však bráno i ekonomické postavení a finanční situaci příjemce.

Španělský systém explicitně determinuje využití příspěvku na péči. S ohledem na nemožnost souběžného pobírání příspěvku na soukromé služby a osobní asistenci nebo využívání služeb zřizovaných ze zákona v rámci SAAD systému lze říci, že takto nastavený systém omezuje možnost kombinovat formální a neformální péči. Naopak, v Británii, Švédsku i Německu je na rozhodnutí samotného příjemce, jak příspěvek využije, zda jej investuje do formálních služeb, ponechá v rodině či zvolí kombinaci obou možností¹⁰⁵. I polský systém zná určitou obdobu příspěvku na péči vypláceného ve dvou podobách. První je přitom zamýšlena jako příspěvek k invalidnímu důchodu, druhá je určena těm, kteří nemají na první druh dávky nárok, typicky tedy například děti. Zpravidla ale není vyplácen, pokud již někdo z rodiny pobírá některý z příspěvků pro pečovatele. Výše obou verzí příspěvku je však velmi nízká. Jako v případě dávek pro pečující osoby platí, že výše jednotlivých příspěvků lze vzájemně porovnat jen obtížně.

Pomineme-li Španělsko, sociální systémy porovnávaných zemí rozeznávají přímou i nepřímou finanční podporou pečujících osob, ačkoliv výše přímé podpory je zpravidla spíše nízká. Lze tvrdit, že invalidní

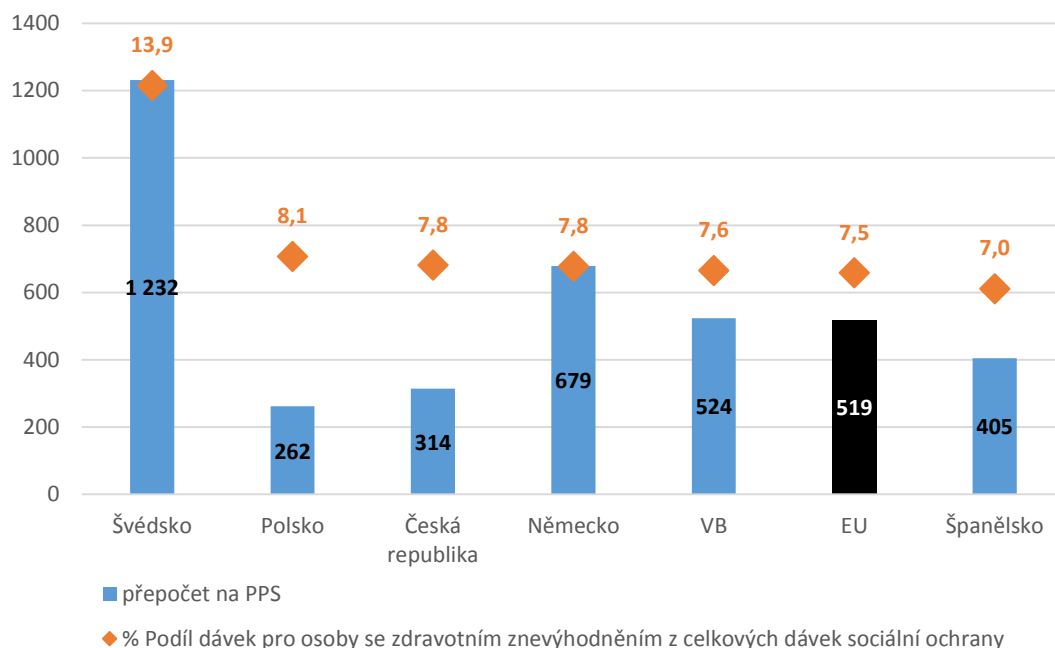
¹⁰⁵ Německý systém přitom rozlišuje výši sazby příspěvku dle toho, jak je péče poskytována – jsou-li využívány sociální služby, je příspěvek vyšší, zůstává-li péče v rodině, přiznává se nižší sazba. Nejvýhodnějším řešením je proto pro příjemce příspěvku kombinace neformální péče a služeb.

důchod, příspěvek na péči a příspěvek pečující osobě jsou hlavními nástroji podpory dlouhodobé péče finanční povahy, přičemž příspěvek na péči jako podpora významně předčí příspěvek pečujícímu. Výjimkou je Polsko, kde zásadnější podporu představují spíše příspěvky pro pečovatele. Mimo těchto tří esenciálních dávek každá ze zemí uplatňuje alespoň některá další (převážně nepřímá) opatření jako příspěvek na speciální pomůcky, dopravu nebo jiná zvýhodnění. Benefity v podobě daňových zvýhodnění pečujících osob jsou opatřeními uplatňovaným spíše výjimečně. Ve všech zemích také po dobu péče (získá-li pečující oficiálně tento status) je pečovatel státním pojištěncem¹⁰⁶.

Zájem o přímou i nepřímou podporu jednotlivých zemí v oblasti dávek pro osoby se zdravotním postižením dokládají i data Eurostatu. Dávky pro osoby se zdravotním znevýhodněním v datech Eurostatu zahrnují veškeré příjmy a podporu (kromě zdravotní péče) spojenou s fyzickou či mentální neschopností zapojit se do ekonomických a sociálních aktivit. Zahrnují tak invalidní důchod, příspěvek na péči, výdaje na osobní (sociální) asistenci, včetně finanční odměny pro osoby, které o ně pečují (pokud je v zemi dostupná). Největší podporu ze strany státu lze pozorovat ve Švédsku, které nejen ze všech komparovaných států nejvíce vydává na dávky sociální ochrany, také z nich přerozděluje nemalé procento (necelých 14 % ze všech celkových výdajů na dávky sociální ochrany) právě na dávky určené pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Ostatní porovnávané země se s podílem vydaným na dávky disability pohybují kolem evropského průměru (7,5 %). O něco vyšší procento vydávají země postkomunistického modelu (Polsko a Česká republika), při přepočtu na absolutní čísla jsou však výdaje na dávky pro handicapované v porovnání se zbylými státy nejnižší (což je způsobeno nižším celkovým rozpočtem daných zemí). Jediné Španělsko se s podílem finanční podpory osob se zdravotním znevýhodněním pohybuje pod evropským průměrem.

¹⁰⁶ Platí pro zdravotní pojištění. V případě sociálního/důchodového pojištění nebyla informace vždy dostupná.

Graf 7: Porovnání výdajů na dávky pro osoby se zdravotním znevýhodněním v roce 2010



Zdroj: Eurostat 2015b

Na rozdíl od většiny diskutovaných států český systém podpory pečujících osob nepracuje s žádnou přímou finanční podporou neformálních pečovatелů. Klíčovými nástroji podpory jsou invalidní důchod a příspěvek na péči, tzn. finance plynoucí jak ze systému veřejného pojištění, tak nepojistná dávka. Vícezdrojové (kombinované) zajištění příspěvků je tradicí také ve Švédsku, Velké Británii či Polsku. V porovnání s některými zeměmi je českým pečovatелům ponechána větší míra volnosti při „nakládání“ s příspěvkem a dostupnými dávkami pro případ péče. Oproti Polsku například Čeští pečovatелé mohou za svou péči brát část (nebo i celý) příspěvek na péči a zároveň pracovat, a to i na plný úvazek. V Polsku příspěvek pro pečovatele však nelze s výdělečnou činností kombinovat, což může být i vzhledem k nízkým příspěvkům na péči velmi limitujícím faktorem. V Německu jsou pak určité dávky vázány na konkrétní druhy služeb, stejně tak ve Španělsku, kde je např. i silně determinována možnost kombinovat formální služby s neformální péčí za současného pobírání příspěvků. V České republice se podobné omezení (v souvislosti s PnP) vztahuje pouze na kombinaci neformální péče a dlouhodobého pobytu v institucionální péči. U příspěvku na péči se pak v rámci ČR a porovnávaných zemí liší i způsob hodnocení nároku na tuto dávku. Zatímco český příspěvek na péči je nárokován na základě zvládnutí tzv. aktivit každodenního života opečovávanou osobou, v Německu i Švédsku nárok reflektuje i časovou náročnost potřebné péče.

Tabulka 8: Finanční podpora pečujících rodin ve vybraných státech

	Systém sociální podpory a pomoci	Dávky přímé podpory	Dávky nepřímé podpory	Jiné
Polsko	Kombinovaný – systém příspěvků vázaných na účast ve veřejném pojištění a nepojistných, přísně testovaných dávek	Pečovatelský příspěvek Příspěvek pro pečovatele Zvláštní pečovatelský příspěvek	Invalidní důchod Příspěvek na úhradu sociálních služeb Příspěvek na kompenzační pomůcky, dopravu apod.	x
Španělsko	Systém příspěvků vázaných na účast ve veřejném pojištění	x	Invalidní důchod Příspěvek na péči v domácím prostředí a na pomoc neformálním pečovatelům Finanční příspěvek spojený se službou Finanční příspěvek na osobní asistenci Příspěvek na kompenzační pomůcky, dopravu apod.	x
Velká Británie	Kombinovaný – systém příspěvků vázaných na veřejné pojištění s rozvinutým systémem nepojistných dávek záchranné sociální sítě	Příspěvek pro pečující osoby Důchodový příspěvek v penzi	Invalidní důchod Příspěvek na péči Příspěvek pro dlouhodobě nemocné Příspěvek na kompenzační pomůcky, dopravu apod.	Daňové zvýhodnění pečujících osob
Německo	Systém příspěvků vázaných na účast ve veřejném pojištění	Přechodový příspěvek Sociální příspěvek	Invalidní důchod Příspěvek na péči Úhrada náhradní péče Příspěvek na kompenzační pomůcky, dopravu apod.	Pojištění péče Daňové zvýhodnění pečujících osob Příspěvek na důchodové pojištění
Švédsko	Kombinovaný – systém příspěvků vázaných na účast ve veřejném pojištění a nepojistných dávek	Příspěvek pečujícímu	Invalidní důchod Příspěvek na péči Příspěvek v invaliditě Příspěvek na kompenzační pomůcky, dopravu apod.	x
Česká republika	Kombinovaný – systém příspěvků vázaných na účast ve veřejném pojištění a nepojistných testovaných dávek	x	Invalidní důchod Příspěvek na péči Příspěvek na kompenzační pomůcky, dopravu apod.	Daňové zvýhodnění pečujících osob

Zdroj: Vlastní zpracování

7.4. Podpora pečujících osob na trhu práce

Právní systémy porovnávaných zemí obecně garantují stejná práva a rovnost svých obyvatel v různých aspektech života, v oblasti přístupu na trh práce nevyjímaje. Směrem k neformálním pečovatelům se však v tomto ohledu nejjasněji vyjadřuje Velká Británie se svým zákonem o rovných příležitostech pro pečující osoby. Obecně lze ovšem tvrdit, že mezi vybranými zeměmi je (v porovnání s doposud diskutovanými aspekty, jako finance a služby) podpora pečujících osob na trhu práce nejméně rozvinutou oblastí. Za výjimku může být označeno Německo.

Zajímavá opatření lze nalézt zejména ve Švédsku a Německu, které svým neformálním pečovatelům nabízejí možnost pečovatelské dovolené. Uplatňované koncepty jsou však velmi odlišné. Ve Švédsku mají zaměstnanci možnost čerpat tříměsíční placenou dovolenou za účelem péče o osobu v terminálním stádiu. Německý systém pak nabízí hned tři verze dovolené za účelem péče – krátkodobou (několikadenní) hrazenou dovolenou (lze připodobnit českému ošetřovnému) a nehrazenou dovolenou (plnou, či s možností zachování částečného úvazku) v délce až šesti měsíců, přičemž se jedná o zákonem nárokové varianty. Třetí varianta, dlouhodobá možnost snížení pracovního úvazku až na 15 hodin/týden, v délce až 24 měsíců, je již otázkou domluvy zaměstnance a zaměstnavatele.

Systémy obou zemí určitým způsobem umožňují neformálním pečovatelům, se alespoň dočasně, věnovat péči bez obav ze ztráty zaměstnání. Ve Švédsku je však možnost čerpání dovolené relativně limitováno stanovením zdravotního stavu opečovávané osoby. Dovolenu tedy nemůže fakticky čerpat každý pečující. Situace neformálních pečovatelů ve Švédsku v oblasti možnosti setrvání na trhu práce je však specifická a limitovaná možnost pečovatelské dovolené je kompenzována celkovým nastavením systému (paternalistický přístup státu a dobrá dostupnost služeb).

Británie naopak poskytuje neformálním pečovatelům jen velmi malou podporu při setrvání na trhu práce. V urgentních případech mohou pečující využít mimořádné dovolené (taktéž připomínající české ošetřovné) nebo požádat zaměstnavatele o zkrácení/úpravu pracovní doby. Téměř identická opatření lze nalézt i v České republice a z porovnávaných zemí má české praxi nejbližší právě britský systém. Jako téměř ve všech doposud diskutovaných aspektech je však v Británii i v této oblasti rozvinutá iniciativa neziskového sektoru. Založeno bylo Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby s cílem podpořit a udržet pečující osoby v zaměstnání prostřednictvím poradenství a podpory pro zaměstnavatele tak, aby mohli rozvíjet politiku nakloněnou pečujícím osobám.

Španělsko nabízí, podobně jako Německo, dlouhodobou neplacenou pečovatelskou dovolenou. Dovolená je v případě Španělska delší – až dva roky, které mohou být ještě prodlouženy v rámci kolektivních smluv. Zaměstnanci mají rovněž možnost snížit si z důvodu péče úvazek. Během prvního roku dovolené je za pečujícího hrazeno sociální a zdravotní pojištění státem, zároveň má nárok na návrat na svou původní pozici. Lepší postavení na trhu práce mají ve Španělsku pečující, kteří jsou státní zaměstnanci. Stejně jako v Británii a České republice je i ve Španělsku možné využít krátké (dvoudenní) placené volno v akutních případech péče o blízkého (Escobedo, Gerardo, Lapuerta 2015).

V Polsku je pak jediným existujícím opatřením podpory pečujících na trhu práce nárok na krátkodobé ošetřovné (opět připomínající české ošetřovné).

Ve Spojeném království, Švédsku i Německu lze také evidovat vysoký podíl částečných pracovních úvazků přesahující průměr EU 28 (20,5 %). Částečné úvazky a flexibilní formy práce jsou považovány za důležitý nástroj podpory pečujících osob na trhu práce a obecně lze předpokládat, že už jejich samotná existence bude vytvářet příznivější možnosti pro sladění péče a práce. Nejvyšší podíl částečných úvazků z porovnávaných zemí přitom vykazuje Německo (27,6 %), následuje Británie (26,8 %) a Švédsko (26,2 %). Španělsko se naopak pohybuje pod průměrem (15,9 %) a nejnižší míru, srovnatelnou s ČR (6,4 %) vykazuje Polsko (7,8 %) (Eurostat 2014b).¹⁰⁷

Veškerá námi zjištěná a popsaná opatření jsou však primárně zaměřena na udržení pečujících osob na trhu práce. Otázkou je však také zapojení pečujících osob zpět na trh práce po ukončení dlouhodobé (mnohdy i několik desítek let trvající péče). Informace o takto koncipovaných opatření se nám nepodařilo u jednotlivých zemí získat. Lze však předpokládat (alespoň v některých případech), že skupina pečujících osob je objektem aktivní politiky zaměstnanosti, společně s jinými rizikovými skupinami.

¹⁰⁷ Uvedené informace o podílu částečných úvazků vyjadřují stav za rok 2014.

Tabulka 9: Podpora pečujících osob na trhu práce ve vybraných státech

	Krátkodobá pečovatelská dovolená	Dlouhodobá pečovatelské dovolená	Využívání částečných pracovních úvazků ¹⁰⁸	Jiné
Polsko	Ošetřovné obdoba českého ošetřovného max. 60 dní za rok na dítě do 14 let max. 14 dní za rok na osoby nad 14 let	x	Nízká – mírně klesající	x
Španělsko	x	„Dovolená na péči o dítě nebo člena rodiny“ neplacené volno, délka max. 24 měsíců pracovní místo drženo v průběhu prvního roku, potom nárok na práci na obdobné pozici možnost čerpat v celku i se snížením úvazku státem hrazeno sociální a zdravotní pojištění	Nižší střední – rostoucí	x
Velká Británie	„Mimořádná dovolená v důsledku péče“ (zpravidla jednodenní)	x	Vysoká – mírně rostoucí	Zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby Právo pečujících osob na pružnou pracovní dobu Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby Zákon o péči
Německo	„Pečovatelská dovolená“ neplacené volno délka max. 6 měsíců varianta plného čerpání nebo snížení pracovního úvazku	„Rodinná pečovatelská dovolená“ nenároková (po domluvě se zaměstnavatelem), možnost omezení pracovní doby až na 15 hod. týdně délka max. 24 měsíců plat snížen o 1/2 z odebrané mzdy, po ukončení dorovnán až po odpracování stejně dlouhé doby	Vysoká – rostoucí	V době čerpání pečovatelské dovolené je státem hrazeno důchodové pojištění a pojištění pro případ nezaměstnanosti
Švédsko	„Dovolená za účelem péče o osobu v terminálním stádiu života“ placené volno, délka max. 3 měsíce	x	Vysoká – rostoucí	x
Česká republika	Ošetřovné nárokované hrazené volno za účelem ošetřování nemocného člena domácnosti podpůrčí doba 9 (max. 16) dní za rok	x	Velmi nízká – stagující	Právo pečujících na úpravu pracovní doby

Zdroj: Vlastní zpracování

¹⁰⁸ Zdroj: EUROFOUND 2011

7.5. Služby pro pečující i na péči závislé osoby

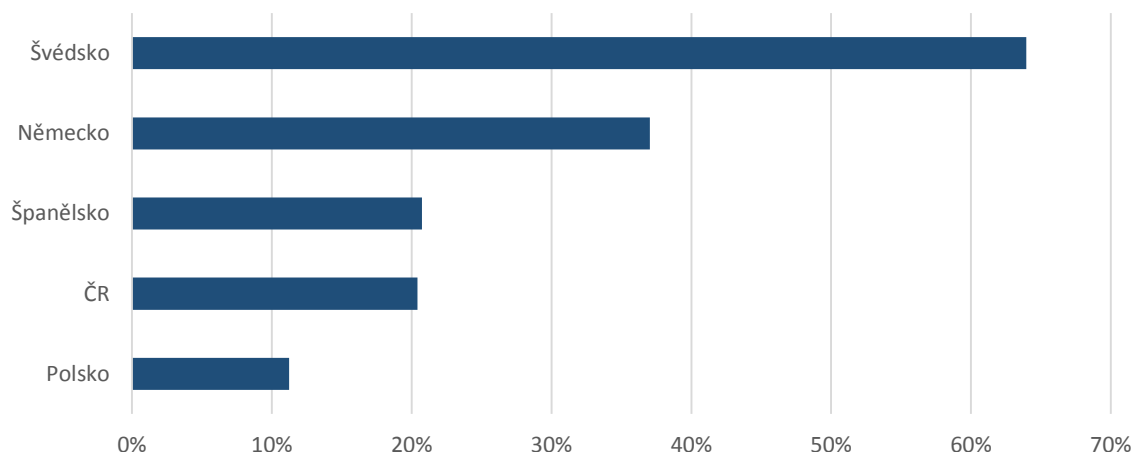
Na obecné úrovni je v oblasti služeb společným znakem všech porovnávaných zemí uplatňování principu subsidiarity a přenos odpovědnosti za zabezpečení potřebných služeb na nižší územní celky, zpravidla obce nebo kraje či regiony. Územním celkům přitom při jejich počínání náleží relativně velká autonomie, neboť formální úprava této povinnosti mnohdy nabývá podoby obecně formulovaného nařízení či doporučení. V praxi však toto vede k nejednotnému přístupu územních celků a rozdílné nabídce a dostupnosti služeb. Nejinak je tomu v České republice.

Odlišná je však u komparovaných zemí míra, jakou se stát a veřejná správa podílí na zabezpečení potřebných služeb. Zatímco ve Švédsku je stát (hlavně pak obce) hlavním zřizovatelem a poskytovatelem služeb, v Německu již tuto roli významněji sdílí s neziskovým a soukromým sektorem (Claudius 2006). Ve Velké Británii pak stát přenáší roli zprostředkovatele služeb na neziskový a soukromý sektor, od kterého určité služby v podstatě nakupuje. Především jde o služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zároveň je ovšem v Británii dobře rozvinutá síť neziskových organizací poskytující služby i bez hlubší vazby na stát. Ve Španělsku existuje v rámci SAAD systému síť základních služeb, jejichž dostupnost je garantována státem a jejich uživatelé se na financování těchto služeb podílí pouze výjimečně (Bjaklovski, Frühbauer 2000). Samotná centra služeb nemusí být ve vlastnictví autonomních společenství – může se jednat i o instituce ve vlastnictví orgánů veřejné (celostátní) správy či dokonce veřejnou autoritou schválená soukromá zařízení vyhovující stanoveným požadavkům. Soukromí (komerční) poskytovatelé služeb, neziskový sektor a sociální služby zřizované a organizované autonomními společenstvími se ve Španělsku doplňují. Podobně i polský systém garantuje pro osoby, jejichž celková majetková situace neumožňuje si službu platit, částečné či úplně uhrazení sociálních služeb, v porovnání se Španělskem jde však o systém méně rozvinutý. Ze všech zemí pak má Česká republika v diskutovaném smyslu nejbližší pravděpodobně ke španělskému či britskému kvazitržnímu systému kombinovanému s nezávislou sítí.

Stejně jako v České republice je naprostá většina služeb dostupných v jednotlivých zemích nepřímé povahy, což odkazuje na skutečnost, že i přes koncepční a legislativní snahy některých států formálně ukotvit pozici pečujících osob je v praxi tato skupina stále opomíjena a její potřeby nejsou zeměmi dostatečně reflektovány. Výjimku představuje Švédsko, jehož systém veřejné podpory operuje i s nabídkou přímých služeb pro pečující, která, mimo poradenství, poskytování informací a vzdělávací služby, zahrnuje např. lázeňské pobyty, masáže a jiné tzv. „good feeling activities“, a Velká Británie, kde veřejná správa často zabezpečuje služby vzdělávacího nebo informačního charakteru. Celé spektrum služeb nabízených v jednotlivých zemích (i v ČR) pak zahrnuje služby podobného typu, služby institucionální i terénní povahy. Nabídka standardně obsahuje zejména stacionáře, služby odlehčovací péče, osobní asistenci, domácí péči, poradenské, informační a vzdělávací služby. Shodně jsou také dostupné služby nejvíce cíleny na seniory (zejména v Německu a Švédsku) a dále osoby se zdravotním znevýhodněním. Komplexní data, která by poskytla informace a umožnila konkrétněji porovnat, jakým specifickým cílovým skupinám (jakým znevýhodněním) je pozornost věnována, se v rámci vlastního výzkumu nepodařilo získat.

To, že Švédsko disponuje nejrozvinutějším a i nejširším systémem sociálních služeb ze zkoumaných zemí se dá doložit i na datech z velkých výběrových šetření. Pokud se například podíváme na výsledky čtvrté vlny výzkumu SHARE ukazuje se, že na sklonku života lidé při potřebě péče využívají pomoc profesionálních pečovatелů ve Švédsku zdaleka nejčastěji (graf 7). Není pak překvapivé, že zařízení sociální péče jsou ve Švédsku, dle výzkumu SHARE, místem, kde lidé relativně často tráví úplný závěr života (graf 8)¹⁰⁹. Z výzkumu Eurobarometr 67.3 z roku 2007 je pak patrné, že využívání služeb je i výrazně preferovaným způsobem zajištění péče o staré rodiče (viz také graf 3).

Graf 8: Pomoc profesionálního pomocníka s běžnými aktivitami



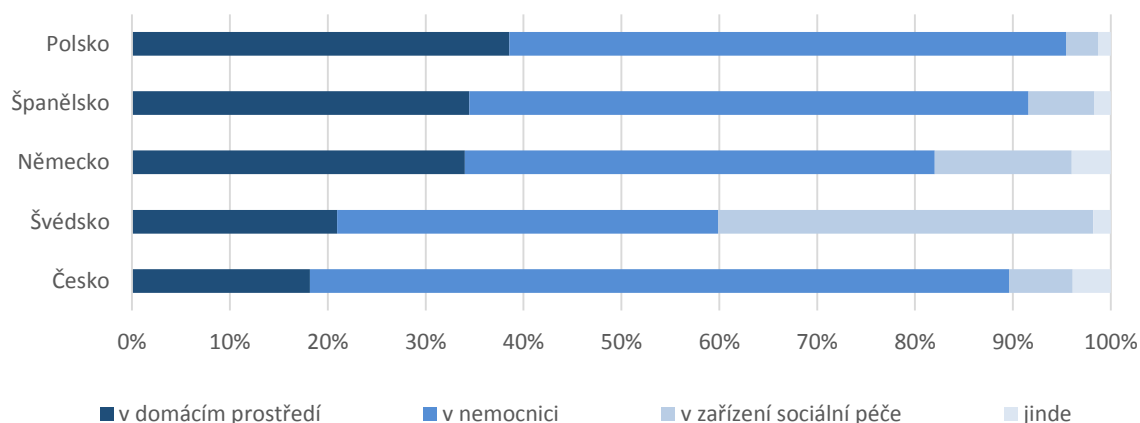
ZDROJ: vlastní zpracování dat BÖRSCH-SUPAN (2013)

ZÁKLAD: jen pokud zesnulý měl potíže s v otázce uvedenými činnostmi a někdo mu s nimi pomáhal.

ZNĚNÍ OTÁZKY: *Kdo, včetně Vás, hlavně pomáhal s těmito činnostmi (obléknout se včetně ponožek a obutí bot, chodit po pokoji, koupat se nebo sprchovat, jíst (například při krájení, dělení soust), vstávání nebo lehání do postele, použít toaletu včetně sednout si a vstát, připravit teplé jídlo, nakupování, telefonování, brát léky)? Uvedte nejvíce tři osoby. Suma pro možnost "Profesionální pomocník".*

¹⁰⁹ Dotazovány byly osoby blízké k zesnulým účastníkům z předchozí vlny výzkumu SHARE – zjišťovány byly informace z posledního roku života zesnulého.

Graf 9: Kde lidé tráví závěr života



ZDROJ: vlastní zpracování dat BÖRSCH-SUPAN (2013)

ZÁKLAD: jen pokud zesnulý nezemřel v důsledku nehody

ZNĚNÍ OTÁZKY: Zemřel/Zemřela v ...

Za určitý společný znak porovnávaných zemí lze považovat i tendence k poskytování komplexní podpory a provázanosti sociálních a zdravotních služeb. Na národní a regionální úrovni se s touto potřebou nejlépe vypořádává Německo, které potřebu integrace a koordinace služeb zakotvuje v již samotném Sociálním zákoně a na regionální úrovni realizuje prostřednictvím tzv. Společných center služeb. Španělsko a Švédsko naopak aplikují koordinaci péče prostřednictvím zákonné povinnosti tzv. individuálního plánování. Zatímco ve Španělsku je za individuální plánování zodpovědný orgán regionální úrovně, ve Švédsku je tato povinnost zákonem přisouzena obcím. Koncept individuálního plánování lze nalézt i ve velké Británii, zde se však jedná o iniciativu prosazovanou neziskovou organizací, nikoliv státem. Zároveň je ale nezbytné si uvědomit, že i v rámci těchto opatření pečující osoby stále představují až sekundární objekty, na které mají pozitivní účinky koordinace a integrace péče a podpory dopadnout. Polsko svým přístupem jak ve smyslu individuální péče, tak systému služeb obecně, za ostatními zeměmi výrazně zaostává. Systém státem garantovaných služeb je považován za nevyvážený a nerozvinutý.

Ani v České republice není provázanost zdravotních a sociálních služeb a koordinace podpory systémově ošetřena. Paralelně je však diskutováno několik konceptů prosazovaných neziskovými organizacemi, které se svým nastavením blíží konceptu individuální péče, jenž se objevuje ve Švédsku, Velké Británii a Španělsku. Na centrální úrovni je pak dlouhodobě diskutován koncept tzv. ucelené (koordinované) rehabilitace, který pracuje s myšlenkou regionálních center, a koncept koordinátora podpory, jehož návrh je součástí projektu Podpora neformálních pečovatелů¹¹⁰.

¹¹⁰ Podrobněji viz dokument *Návrh podoby koordinátora podpory pro pečující osoby, osoby se zdravotním postižením a seniory* (Tomášková et al. 2015).

Tabulka 10: Podpora pečujících rodin a osob v péči prostřednictvím služeb

	Systém sociálních služeb	Participace sektorů	Služby přímé	Služby nepřímé	Individuální plánování
Polsko	Síť státem poskytovaných služeb doplněná nabídkou soukromého a neziskového sektoru	Primární role veřejného sektoru	Krizová intervence zahrnující poradenství, které mohou využít přímo pečující osoby	<p>Pobytové služby (hl. krátkodobé a dočasné povahy)</p> <ul style="list-style-type: none"> centra podpory rodinné domy pomoci <p>Terénní služby</p> <ul style="list-style-type: none"> domácí péče <p>Služby krizové intervence zahrnující poradenství pro osoby závislé na péči.</p>	x
Španělsko	Síť základních státem poskytovaných služeb doplněná nabídkou neziskového sektoru	Kombinace působení veřejného a neziskového sektoru	<p>Soubor preventivních služeb zahrnující poradenství, které mohou využít přímo pečující osoby</p> <p>Celostátní informační portál pro pečující i opečovávané osoby</p>	<p>Pobytové služby (hl. krátkodobé a dočasné povahy)</p> <ul style="list-style-type: none"> stacionáře denní a noční centra pro seniory <p>Terénní služby</p> <ul style="list-style-type: none"> domácí péče <p>Soubor preventivních služeb zahrnující poradenství pro osoby závislé na péči</p> <p>Teleasistenční služby</p>	Individuální program péče
Velká Británie	Systém kvazitrhů významně doplněný nabídkou neziskových/soukromých organizací	Primární role neziskového/soukromého sektoru	<p>Vzdělávací kurzy pro pečující osoby (Expert patient Scheme)</p> <p>Celostátní informační portál pro pečující i opečovávané osoby</p>	<p>Pobytové služby (hl. krátkodobé a dočasné povahy)</p> <ul style="list-style-type: none"> stacionáře respitní péče <p>Terénní služby</p> <ul style="list-style-type: none"> domácí péče rychlý záchraný team <p>Poradenské služby</p>	Koncept individuálního plánování (Carers UK)

	Systém sociálních služeb	Participace sektorů	Služby přímé	Služby nepřímé	Individuální plánování
Německo	V některých oblastech rozvinutá síť státem poskytovaných služeb doplněná nabídkou neziskových/soukromých organizací	Vyvážená role veřejného a neziskového/soukromého sektoru	Kurzy pro pečující osoby Informační portál ministerstva práce a sociálních věcí Informační brožury a příručky pro pečující i závislé osoby Informační stránky neziskových organizací	Pobytové služby (hl. krátkodobé a dočasné povahy) <ul style="list-style-type: none"> • stacionáře • pečovatelské domovy pro seniory Terénní služby ¹¹¹ <ul style="list-style-type: none"> • pečovatelská služba (včetně základní zdravotní péče) • osobní asistence Informační telefonní linky – poradenské služby pro opečovávané i pečující	
Švédsko	Rozvinutá síť státem poskytovaných služeb s minimální zapojením neziskového/soukromého sektoru	Primární role veřejného sektor	„Feel good activities“ „Contact days“ a jiné vzdělávací aktivity Poradenská centra a podpůrné skupiny	Pobytové služby (hl. krátkodobé a dočasné povahy) <ul style="list-style-type: none"> • stacionáře • respitní péče a „domácí“ respitní péče Terénní služby <ul style="list-style-type: none"> • domácí péče • osobní asistence 	Individuální plánování péče
Česká republika	Systém kvazitrhů významně doplněný nabídkou neziskových organizací	Primární role neziskového sektoru	x	Pobytové služby (hl. krátkodobé a dočasné povahy) <ul style="list-style-type: none"> • stacionáře a denní centra • respitní služby ajn. Terénní služby <ul style="list-style-type: none"> • pečovatelská služby • osobní asistence ajn. Poradenství	x

Zdroj: Vlastní zpracování

¹¹¹ Terénní služby se v Německu řadí pod „ambulantní služby“, mezi které patří i osobní asistence.

8. Zhodnocení nástrojů na podporu pečujících osob užívaných ve vybraných státech ve vztahu k české praxi

V předcházejících kapitolách byly vedle systémů sociální ochrany fungujících v jednotlivých státech podrobněji představeny různé nástroje, které jsou v nich na podporu neformálních pečovatелů více či méně úspěšně užívány. Logickým krokem je nyní úvaha, které z těchto nástrojů by bylo možné či dokonce vhodné implementovat do českého systému sociální podpory. Následující text proto porovnává ty nástroje, kterými by bylo možné se více inspirovat v české praxi, a to s ohledem na současnou podobu sociálního zabezpečení a fungování systému sociálních, zdravotních i vzdělávacích služeb. Cílem tohoto srovnání je získat skrze zahraniční praxi konkrétní představu o možnostech, jimiž by se dal současný český systém podpory neformálních pečovatелů a osob závislých na pomoci zefektivnit.

První možností podpory neformálních pečovatелů, je přímá podpora, tedy dávky určené a vyplácené pouze a přímo pečujícím osobám. **Přímou podporu pečujících osob uplatňují Velká Británie, Švédsko, Německo i Polsko.** V Británii jde o příspěvek pro pečující osoby, který zde patří mezi testované dávky, tzn. nemusejí ho získat osoby, které současně pobírají jiné dávky. Ve Švédsku lze v rámci přímé podpory získat příspěvek na péči o handicapované dítě. Na tuto testovanou dávku mají nárok rodiče pečující o dítě ve věku do 19 let.

Za jeden ze zajímavých příkladů řešení situace, kdy (ještě) nebyla přiznána jiná – běžně vyplácená – forma podpory, ale přitom je jisté, že daná osoba bude tuto podporu dříve či později potřebovat, nabízí opět Německo v rámci nastavení svého **příspěvku na péči, který je vůbec nejčastější formou nepřímé podpory pečujících osob ve všech sledovaných státech a od roku 2007 je vyplácený i v České republice.** V Německu je totiž u příspěvku na péči rozlišován tzv. nultý stupeň potřebnosti, který zajistí alespoň základní podporu osobám, jež zatím nemají nárok na „řádný“ první stupeň, ale u nichž tento nárok vzhledem k jejich zdravotnímu stavu dříve či později vznikne. Příspěvek reaguje na specifickou situaci příjemců také v jiných kritériích, kdy přítomnost určitých aspektů (extrémně závažné zdravotní postižení, demence aj.) podmiňuje nárok na zvýšení příspěvku.

Německý příspěvek na péči je zajímavý pro srovnání s jeho českým ekvivalentem ještě z dalších důvodů. Podobně jako v ČR si příjemci příspěvku mohou sami vybrat poskytovatele služby a rozhodnout se, zda se obrátí na profesionální poskytovatele služeb nebo příspěvek využijí na úhradu služeb svých příbuzných a známých anebo se rozhodnou pro kombinaci obou možností. **Ve výši příspěvku se poté odráží nákladovost využívané péče – v případě využívání služeb profesionálních poskytovatelů je přidělována částka poměrně vyšší. Za povšimnutí rovněž stojí, že není posuzována „závislost“ uživatelů, ale „potřebnost péče“.** Nehodnotí se tedy míra omezení schopností posuzovaných osob (negativní přístup), ale míra potřebné kompenzace postižení (pozitivní přístup).

Německý příspěvek na péči nabízí příklad relativně propracovaného nastavení posuzovacích kritérií, která by měla zajistit spravedlivé přiznávání dávky. A právě těmto kritériím je v současnosti věnována zvýšená pozornost. **Přes jejich propracovanost se totiž Německo potýká s podobným problémem jako ČR: definice potřebnosti péče neodpovídá potřebám některých cílových skupin a podpora pak**

není dostupná všem, kteří ji potřebují. Spolkové ministerstvo pro zdraví proto připravilo rozsáhlé změny, které jsou v současnosti postupně uváděny do praxe. Nově by mělo být definováno pět stupňů potřebnosti namísto dosavadních tříd. Současně bude definováno šest oblastí každodenních aktivit a pomocí bodového hodnocení bude stanoveno, nakolik je omezena samostatnost posuzované osoby v jednotlivých aktivitách. Skrze tyto změny by měl být zajištěn spravedlivější a maximálně individuální systém posuzování potřebnosti péče. Mělo by se změnit zejména posuzování rozdílů mezi osobami s tělesným postižením a omezením kognitivních a psychických funkcí (Bundesministerium für Gesundheit 2015b). Je potřeba zmínit také fakt, že příspěvek na péči je v Německu **pravidelně valorizován** a že v průběhu připravovaných reforem by se měl – stejně jako všechny dávky vyplácené z pojištění péče – zvýšit o 20 % (ibid.).

V Německu je zajímavým způsobem nastaveno také daňové zvýhodnění pro rodiče pečující o děti, potažmo dospělé osoby se zdravotním postižením. Platí totiž, že pokud osoba závislá na pomoci dosáhla plnoletosti a její postižení je natolik závažné, že jí brání zajistit si základní životní potřeby bez pomoci druhých, je pro účely daňových výpočtů považována stále za dítě. **Ve Švédsku pak může dospělá osoba**, která potřebuje pomoc při zajišťování běžných životních aktivit, studia nebo práce a nevyužívá dlouhodobou pobytovou péči, **získat příspěvek v invaliditě**.

Pečující osoby může výrazně podpořit i institut náhradní péče a výpomoc v domácnosti. Oba tyto nástroje jsou uplatňovány také v Německu. V případě náhradní péče se počítá s tím, že i pečovatel si potřebuje od péče odpočinout nebo může onemocnět, a v těchto případech je péče po určitou omezenou dobu hrazena náhradnímu pečovateli. Podobně funguje výpomoc v domácnosti, na kterou má za jasně vymezených podmínek nárok osoba, která se dočasně ze zdravotních důvodů nemůže o domácnost postarat sama.

Přímou i nepřímou podporu pečujících osob lze ovlivnit také skrze nabídku různých služeb (sociálních, zdravotních i vzdělávacích). **V tomto směru se lze nejlépe inspirovat švédským modelem, kde jsou pečujícím poskytovány různé služby komunitního až rodinného charakteru.** Nabídka standardně začíná službami pro osoby na péči odkázané, tedy respitní péčí, denními centry či dočasnými pobytovými službami. Běžně ale fungují také poradenská centra a podpůrné skupiny pro pečující. Nabízeny jsou i vzdělávací aktivity pro zlepšení kompetencí a informovanosti pečujících **a velmi zajímavým příkladem jsou tzv. „contact days“** určené rodičům pečujícím o dlouhodobě nemocného potomka, k nimž se dokonce váže možnost čerpání pracovního volna a finanční kompenzace. **Nabídku služeb pro pečující doplňují ve Švédsku dále tzv. „feel good activities“,** v rámci nichž mohou získat nárok na lázeňský pobyt, masáže nebo konzultovat svůj zdravotní stav. **Ačkoliv nejsou tyto služby vždy hrazeny v plné výši, je samo přiznání nároku na ně významným krokem v podpoře pečujících osob.** Samozřejmostí jsou ve Švédsku také přepravní či stravovací služby nebo zapůjčení a instalace speciálních technologií.

Příklady fungování vhodných služeb lze sledovat rovněž v německém systému. Zmínit zde lze například alternativní formy bydlení (spolužití různých generací ve speciálních domech, kdy jedni podporují druhé v činnostech, které vzhledem ke svému věku lépe ovládají) dále **ambulantní pečovatelské služby, které pokrývají komplexní škálu úkonů, tj. činnosti od základní péče o tělo, přes výživu a zdravotní péči až k poradenství, dopravě a úklidu domácnosti, anebo tzv. krátkodobou péči,**

kteřá svou povahou odpovídá české respitní či odlehčovací péči, daleko lépe však reaguje na nově nastalou situaci v domácnosti opečovávaného, která si vyžaduje její využití. Zároveň se tímto modelem prokazuje nutnost propojení zdravotní a sociální péče, případně i péče vzdělávací. **Propojení sektoru zdravotních a sociálních služeb se opakovaně ukázalo být klíčovým faktorem pro dosažení potřebné efektivity služeb pro osoby odkázané na péči a jejich rodiny.** Komplexnost služeb (spolu s jejich celkově vyšší dostupností) byla také často zmiňovaným přáním či požadavkem účastníků výzkumu realizovaného Fondem dalšího vzdělávání v rámci dalších klíčových aktivit.

Jak vyplývá z výše uvedeného, **pozitivním důsledkem komplexnosti služeb bývá rozvinutost sektoru terénních služeb.** Ruku v ruce s ní přichází i nabídka různých podpůrných aktivit. Bez důrazu na komplexnost a propojenost služeb by však nebyl dobře uplatnitelný ani další významný nástroj podpory osob odkázaných na péči a jejich rodin. Jím je individuální plánování služeb.

Individuální plánování služeb je nástrojem, který nabývá stále většího významu a postupně se rozvíjí v různých státech (v současnosti zejména ve Velké Británii). Nejvíce zkušeností s ním má zřejmě Švédsko. Jeho nespornou výhodou je cílené zaměření na jednotlivce, jeho konkrétní potřeby i potřeby jeho rodiny. **Vytvoření individuálního plánu péče umožňuje zahrnutí různých složek péče a jejich nastavení tak, aby bylo dosaženo maximálně efektivní podpory odpovídající situaci každého konkrétního člověka.** Proces individuálního plánování služeb probíhá nejčastěji skrze osobu tzv. koordinátora nebo se na něm podílí tým odborníků z různých oblastí péče.

Další důležitou oblastí podpory neformální péče je podpora pečujících na trhu práce. Ta je nejvíce rozvinutá v Německu a Velké Británii.¹¹² V Německu byla zavedena pečovatelská dovolená a rodinná pečovatelská dovolená. Prvně jmenovaný nástroj funguje na podobném principu jako rodičovská dovolená a je na něj zákonný nárok, využití druhého nástroje závisí na konkrétní domluvě zaměstnance se zaměstnavatelem a funguje spíše na principu dočasně sníženého pracovního úvazku. Také **Velká Británie** přiznává pečujícím nárok na podporu při zaměstnávání zákoníkem práce, který jim **zajišťuje právo na mimořádnou dovolenou v důsledku péče a zároveň právo na pružnou pracovní dobu.** Zákon o rovnoprávnosti jim pak zaručuje ochranu před diskriminací na pracovním trhu.

V případě Velké Británie však stojí za pozornost ještě činnost Sdružení zaměstnavatelů pro pečující osoby. Jeho cílem je udržení pečujících v zaměstnání. O dosažení tohoto cíle dosahuje sdružení různými způsoby, např. poskytuje poradenství a podporou zaměstnavatelů při vytváření prostředí příznivého pro pečující osoby, rozvíjení zaměstnaneckých benefitů pro pečující osoby nebo se podílí na vytváření vládních rozhodnutí v oblasti zaměstnanecké politiky. V organizaci je sdruženo mnoho významných britských firem.

Vzhledem k tomu, že v České republice není zatím uplatňován žádný nástroj na podporu pracovního uplatnění pečujících osob a potřeba jeho přijetí se ukazuje být stále naléhavější, bylo by přijetí jakéhokoliv opatření jistě krokem žádoucím směrem. **O naléhavosti řešení situace pečujících na trhu práce svědčí ostatně i vývoj politiky zaměstnanosti ve sledovaných státech.**

¹¹² Časově omezenou formu „pečovatelské dovolené“ využívá také Švédsko, kde však lze tento nástroj využít pouze při péči o osobu v terminálním stádiu.

Jednotlivé státy zaměřují pozornost také na informovanost pečujících a usilují o to, aby se k nim včas dostaly všechny informace o podpoře, která je jim nabízena. V tomto ohledu se zdá být vhodnou inspirací zejména Německo, kde se informace k pečujícím (i k veřejnosti) šíří několika různými způsoby (např. skrze různé internetové stránky, příručky nebo speciální telefonní linku). Ucelené, přehledné a zejména komplexně zpracované informace nabízí webový portál Spolkového ministerstva práce a sociálních věcí. Na různých místech jsou k dispozici tematické příručky a využít lze i speciální informační telefonní linku provozovanou zmíněným Spolkovým ministerstvem práce a sociálních věcí a Spolkovým ministerstvem pro zdraví. Ucelené informace pro pečující osoby poskytují i různé neziskové organizace.

Ve Švédsku je zvyšování obecného povědomí o problematice péče a podpora pečujících osob cílem Národního centra podpory poskytovatelů neformální péče. O zviditelnění problematiky a zlepšení jejich podpory usiluje také Národní rada pro zdraví a prosperitu. V neposlední řadě pak pečujícím osobám potřebnou podporu poskytují obce – jak informační tak jiného druhu. **Ve Švédsku je tedy informovanost pečujících plně součástí činnosti veřejné správy.** Trochu odlišný příklad pak nabízí také Velká Británie, kde se velmi dobře rozvíjí systém informační podpory poskytované neziskovým sektorem. Ze všech uvedených příkladů by zcela jistě bylo možné vybrat vhodné nástroje, které by výrazně zlepšily informovanost neformálních pečovatelů v České republice, která je podle výsledků kvantitativního i kvalitativního výzkumu realizovaného v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ velmi nefunkční, nedostatečná a nesystematická.

Přijetí mnoha z uvedených opatření je podmíněno ustanovením neformálních pečovatelů jako cílové skupiny sociálně-politických opatření. Aby mohli být neformální pečovatelé vymezeni jako cílová skupina a příjemci těchto opatření, je vhodné jejich postavení ukotvit v legislativě. **Způsoby právní úpravy neformální péče se lze nejlépe inspirovat opět ve Velké Británii, v Německu a ve Španělsku.** **Ve Velké Británii je podpora neformálních pečovatelů zakotvena zákonem o rovných příležitostech pro pečující osoby a nově i zákonem o péči,** v němž je neformální pečovatel definován jako dospělá osoba, která poskytuje nebo se chystá poskytovat neplacenou péči jiné dospělé osobě vyžadující péči. Významný krok ve prospěch monitoringu situace pečujících učinila Velká Británie dále tím, že **do pravidelného celostátního censu byla zařazena otázka na neplacenou péči o blízkou osobu.** Tímto jednoduchým opatřením lze snadno získat přehled o počtech pečujících a současně i další informace, které mohou být potřebné pro nastavení vhodné sociální politiky na podporu pečujících.

V Německu je definice neformálních pečovatelů zakomponována do sociálního zákona. Pečující osoby jsou v něm vymezeny jako osoby, které pečují o osobu odkázanou na pomoc druhých, kterou mají ve svém okolí, a péči nevykonávají jako své povolání. Dále jsou zákonem vymezeny charakteristiky, které musí osoba v jejich péči splňovat. V definici se tedy počítá s tím, že neformální péči nemusejí vykonávat pouze příbuzní. **Podobný přístup uplatňuje také Španělsko, kde je neformální péče definována v zákoně o závislosti** jako neprofesionální péče poskytovaná závislým osobám v jejich domácím prostředí rodinnými příslušníky nebo osobami z jejich okolí.

Do podrobné komparace byly zahrnuty nástroje užívané v pěti vybraných evropských státech. **Vhodné způsoby podpory pečujících lze však nalézt i v dalších státech.** Pečovatelskou dovolenou („Carer's Leave“) jako nástroj podpory neformálních pečovatelů využívá také Irsko. Zákonný nárok je definován

dobou nejméně 13 a nejvýše 104 týdnů. Pouze v případě, že by pečující chtěl čerpat dobu kratší než 13 týdnů, má zaměstnavatel právo jeho požadavek odmítnout. Po dobu čerpání pečovatelské dovolené mohou pečující pracovat až do výše 15 hodin týdně a mají nárok na úhradu sociálního pojištění (Citizens Information 2015). Obdobný nástroj podpory využívá také Rakousko, kde lze využít tzv. „ochranné období péče“ („Pflegekarenz“). Nástroj umožňuje pečujícím osobám čerpat volno za účelem zorganizování péče o blízkou osobu. Délka čerpání je stanovena na jeden až tři měsíce. Osoby, které toto volno čerpají, mají nárok na finanční příspěvek ve výši 55 % hrubého příjmu. V době čerpání si také mohou pouze snížit pracovní úvazek (Sozialministerium Service 2014). V Dánsku mají pečující osoby kromě pečovatelské dovolené nárok např. na doplatek ušlé mzdy při péči o dítě, na příspěvek na péči o umírající osobu nebo na dočasnou či permanentní pomoc v domácnosti (Deloitte Advisory 2015: 116).

Zkušenosti a praxe ze všech sledovaných států potvrzují, že legislativní ukotvení neformální péče, stejně jako zavedení dalších nástrojů jejich podpory, bude dříve či později nevyhnutelným krokem vzhledem k narůstajícímu počtu osob závislých na pomoci i neformálních pečovatelů. Čím dříve budou vhodné nástroje zavedeny také v České republice, tím menší negativní dopady to bude mít na dlouhodobý vývoj celé české společnosti.

9. Závěr

Analytický dokument nabízí čtenáři podrobný vhled do situace v neformální péči v 5 evropských zemích: Velké Británii, Německu, Švédsku, Španělsku a Polsku. Každá z případových studií obsahuje popis systému sociálního zabezpečení v dané zemi, informace o situaci v neformální péči a nakonec přehled různých typů existujících nástrojů podpory neformálních pečovatелů. Závěrečné dvě kapitoly zprávy pak zahrnují komparaci a identifikují příklady dobré praxe pro českou politiku.

Zajištění dlouhodobé péče o nemohoucí osoby je aktuální téma ve všech státech. To nepochybně úzce souvisí s demografickým stárnutím, které je příznačné pro většinu evropských zemí. Počet osob, které péči potřebují, roste, s tím současně narůstá i skupina neformálních pečovatелů, ač se paradoxně skupina potenciálních pečujících z řad rodiny v populaci díky demografickému stárnutí zmenšuje. Pečovateľský závazek tak dopadá na větší a větší část společnosti. Vyspělost evropských zemí se pak promítá i do sdílené představě o žádoucí podobě dlouhodobé péče, která by v zájmu zajištění kvality života osob v péči měla být v co největší možné míře poskytována ve vlastním přirozeném prostředí, individualizovaně a mimo instituce.

Pečovat o svého blízkého se zdravotním handicapem je nelehký úděl ve všech popsáných státech. Ve všech zemích existují shodné okruhy problémů, které neformální péče generuje: ocitnutí se v nové životní situaci, ve které je třeba se zorientovat a získat potřebné „know-how“, vznik časově náročných pečovatelských úkonů a tím redukce disponibilního času a energie pečovatele na osobní a pracovní život, omezení pracovní aktivity a z toho plynoucí špatná finanční situace a v neposlední řadě negativní dopady péče na zdravotní stav a sociální inkluzi pečujících.

Ve sledovaných zemích lze nalézt ale i mnoho odlišností. Ta hlavní souvisí s tím, jak moc dané společnosti spoléhají na rodinu při zajištění dlouhodobé péče, jaké pečovatelské úkony jsou očekávány, že blízcí budou vykonávat, a jakým způsobem je dané země v jejich situaci podporují. Zatímco v Polsku nebo Španělsku je role rodin v péči o blízké klíčová, existující veřejná podpora není tak rozvinutá a péče je pro neformální pečovatele velice intenzivní, v ostatních sledovaných zemích dochází k většímu sdílení péče mezi různými subjekty. Ve Švédsku je pak dlouhodobá péče nejvíce vnímána jako věc veřejná a rodiny výrazně podporuje systém služeb, sama neformální péče tak v průměru není tak časově intenzivní závazek.

Kým péči zajistit a jak ji financovat? Jak zaručit kvalitu života samotných neformálních pečovatелů a ufinancovat nástroje na jejich podporu? Jak zabrzdit odliv pečujících osob z trhu práce a omezit negativní dopady na zaměstnanost? To jsou shodné otázky, které vyvstávají napříč sledovanými zeměmi. Odpovědi, způsob řešení problému a podoba existující podpory se ve sledovaných zemích však liší. Napříč státy existují propracované určité okruhy nástrojů, které ve velké míře korespondují s daným typem sociálního státu. Ve Švédsku existuje propracovaný systém služeb, ať těch určených osobám v péči, tam samotným pečovatелům. Inspirativní je jistě i zapojení a aktivita samosprávy v podpoře pečujících rodin. Ve Velké Británii je obdivuhodně zformovaný neziskový sektor, který nabízí pečujícím osobám podporu, ale hraje i silnou advokační roli ve vztahu k veřejnému i soukromému sektoru. V Německu existuje celá řada lépe či hůře fungujících nástrojů, které však dohromady představují nekomplexnější podporu pečujících rodin zejména pak v oblasti finanční podpory a sociálního zabezpečení osob v péči i samotných neformálních pečovatелů.

Ve které zemi se tedy pečujícími osobám žije nejlépe? Jasný vítěz mezi sledovanými zeměmi není. Ani v jedné ze sledovaných zemí neexistuje zcela komplexní systém podpory řešící všechny problémy a negativní dopady dlouhodobé péče na pečující rodinu. Pozorovat lze však dynamický vývoj politiky v této oblasti, existující podporu popsanou v tomto dokumentu tak nelze vnímat jako status quo. Pevně doufáme, že tento dokument poslouží čtenáři jako impuls k uvažování o možném vývoji politiky v České republice.

10. Zdroje

ABELLÁN, Antonio García, Cecilia ESPARZA CATALÁN a Julio PÉREZ DÍAZ. *CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia* [online]. núm. 1. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Cuadernos de Relaciones Laborales, 2011 [cit. 2014-12-08], 43-67. Dostupné z:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/abellan-evolucion-01.pdf>

AGARTAN, Kaan. *From Moscow To Brussels Via Washington: Remaking The Welfare State In Central And East Europe*. Allacademic – research [online]. Prezentováno na výročním shromáždění Americké sociologické asociace ve Filadelfii, 2004 [cit. 2014-08-27]. Dostupné z:

http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/0/2/2/4/8/pages22488/p22488-1.php

BELLOMO, R, D GOLDSMITH, S UCHINO. *A prospective before-and-after trial of a medical emergency team*. Medical Journal of Australia. 2003, roč. 179, č. 6, 283-287.

BIURO PEŁNOMOCNIKA RZĄDU DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (BPRON). *Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych* [online]. 2014 [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/>

BJALKOVSKI, Christo a Ondřej FRÜHBAUER. *Sociální služby v zemích Evropské unie* [online], [cit. 2015-06-30]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Bjalk.pdf>

BŁĘDOWSKI, Piotr. Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych. KOLEKTIV AUTORŮ. *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie: Tezy i rekomendacje*. Varšava: Rzecznik Praw Obywatelskich, 2012, 55-62.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES. *Gleichstellung behinderter Menschen*. Bonn, 2007, 145 s. Dostupné z: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a301-gesetz-zur-gleichstellung-behinderter-menschen.pdf?__blob=publicationFile

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES. *Ratgeber für Menschen mit Behinderung*. Bonn, 2014a, 194 s. Dostupné z: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a712-ratgeber-fuer-behinderte-mens-390.pdf?__blob=publicationFile

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Das Erste Pflegestärkungsgesetz*. [online]. © 2015 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Das zweite Pflegestärkungsgesetz*. [online]. © 2015 [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html>

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Ratgeber zur Pflege*. 13. aktualizované vydání. 2014, 126 s. Dostupné z: http://www.bmg.bund.de/uploads/publications/BMG-P-07055-Ratgeber-Pflege_201008.pdf

CARERS TRUST. [online]. 2015 [cit. 2015-10-05]. Dostupné z: <http://www.carers.org/about>

CARERS UK. [online]. 2014b [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: www.carersuk.org

CARERS UK. *Policy briefing: Facts about carers*. Carers UK. 2014a.

Carers Week. [online]. 2014 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://www.carersweek.org>

CITIZENS INFORMATIONS. *Carer's leave* [online]. 6. October 2015 [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: http://www.citizensinformation.ie/en/employment/employment_rights_and_conditions/leave_and_holidays/carers_leave_from_employment.html

CLAUDIUS, Petra. Co-operation between Social Service Providers – a Comparison between Germany and Greece. *Social Work and Society: International Online Journal*. 2006, Vol 4 (No 1). Dostupné také z: <http://www.socwork.net/sws/article/view/179/578>

Consulta de Resultados Electorales. [online]. [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.infoelectoral.mir.es/min/busquedaAvanzadaAction.html;jsessionid=5FADF5FF809F028A4A9498D05504CCE5.app2?isHome=1&codTipoEleccion=2&codPeriodo=201111&codEstado=99&codComunidad=0>

CZEKANOWSKI, Piotr, Eva MNICH, Kevin MCKEE, Birgitta ÖBERG, Costis PROUSKAS a Sabrina QUATTRINI. *Main characteristics of The sample: the cared-for ELDERLY people and their Primary family carers*. EUROFAMCARE CONSORTIUM. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage: The Trans-European Survey Report [online]. EU, 2006, s. 100-126 [cit. 2014-08-27].

ČESKO. Zákon č. 586/1992 Sb. ze dne 18. 12. 1992, o dani z příjmů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 117, s. 586-588. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=586/1992%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

DELOITTE ADVISORY S.R.O. *Alternativní způsoby a změny ve financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby*. Praha, 2015. (Nepublikovaný dokument.)

DEUTSCHES MEDIZINRECHENZENTRUM. *Pflegegeld 2014 / 2015 Pflege-Neuausrichtungsgesetz*. [online]. 2015 [cit. 2014-12-22]. Dostupné z: <http://www.dmrz.de/pflege-neuausrichtungsgesetz-png-pflegegeld-pflegesachleistung-2014-2015.html>

DIE WELT. *Deutschland hat weniger Einwohner als angenommen*. [online]. 31. 5. 2013 [cit. 2014-12-22]. Dostupné z: <http://www.welt.de/wirtschaft/article116684407/Deutschland-hat-weniger-Einwohner-als-angenommen.html>

ESCOBEDO, Anna, GERARDO, Meil a LAPUERTA, Irene. *Country report – Spain*. International Network on Leave Policies and Research. [online], [cit. 2015-09-30]. Dostupné z: http://www.leavenetwork.org/fileadmin/Leavenetwork/Country_notes/2015/spain.pm.pdf

EMPLOYERS FOR CARERS. [online]. 2014 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://www.employersforcarers.org>

EUROFOUND. *European Quality of Life Survey 2012: Employment and work-life balance – How often are you involved in caring for your elderly or disabled relatives?* In: www.eurofound.europa.eu [online], 2015. [cit. 2015-01-09]. Dostupné z: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/data-visualisation/european-quality-of-life-survey-2012>

EUROFOUND. *Part-time work in Europe: European Company Survey 2009* In: www.eurofound.europa.eu [online], 2011. [cit. 2015-08-09]. Dostupné z: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2010/86/en/3/EF1086EN.pdf

EUROSTAT, Český statistický úřad. *Celkové výdaje na sociální ochranu na obyvatele v ECU/EUR*. In: www.czso.cz [online], 2015a. [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://apl.czso.cz/pll/eutab/html.h?ptabkod=tps00099>

EUROSTAT. *Glossary: Purchasing power standard (PPS)* [on-line]. Eurostat, 2014a [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Glossary:Purchasing_power_standard_\(PPS\)](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Glossary:Purchasing_power_standard_(PPS))

EUROSTAT. *Persons employed part-time – Total, 2012* [on-line]. Eurostat, 2014b [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00159&plugin=1>

EUROSTAT. *Populatin on 1 January by age and sex, 2011* [on-line]. Eurostat, 2014c [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjan&lang=en

EUROSTAT. *Social protection statistics – social benefits by function*. [on-line]. Eurostat, 2015b [cit. 2015-08-12]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/TPS00106>

EXPERT PATIENTS. [online]. 2014 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://www.expertpatients.co.uk>

FORMÁNKOVÁ, Lenka, Radka DUDOVÁ a Marta VOHLÍDALOVÁ. BARIÉRY A MOŽNOSTI VYUŽITÍ FLEXIBILNÍCH FOREM PRÁCE V ČR Z KOMPARATIVNÍ PERSPEKTIVY: *Výstupní zpráva z projektu řešení veřejné zakázky: ZVZ 255*. MPSV ČR a Sociologický ústav AV ČR v.v.i., 2011. Dostupné z: http://www.apa.cz/dokument/Analyza_flexibilniho_zamestnavani.pdf

FÖRSÄKRINGSKASSAN. *About Social Insurance*. Sweden: Försäkringskassan, 2012. Dostupné z: http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/9997804e-06d0-4fe3-849e-e53063d71316/Socialforsakring_FK_4000_en.pdf?MOD=AJPERES

FÖRSÄKRINGSKASSAN. *Försäkringskassan* [online]. 2014 [cit. 2014-11-28]. Dostupné z: http://www.forsakringskassan.se/privatpers/!ut/p/a1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOltjAx8nZwMHQ0sHM0MDTwNPUIMA_2cgly8TYEKIoEKDHAARwNc-sP1o8BK8Jjg55Gfm6ofnJqnX5AbYaDrqKglAMRUwI0!/dI5/d5/L2dBIS9nQSEh/

FUKUSHIMA, Nanna, Johanna ADAMI a Mårten PALME. *The long-term care system for the elderly in sweden: enepri research report no. 89*. ENEPRI a ANCIEN. 2010b. ISBN 978-94-6138-03-9. Dostupné z: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf

FUNDUSZ GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH (FGŚP) [online]. 2014 [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.fgsp.gov.pl>

FUNDUSZ PRACY. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej [online]. 2014 [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.mpips.gov.pl/praca/fundusz-pracy/>

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Jiří SCHLANGER a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

GEISLER, Hana a Magdalena MOURALOVÁ. Komparativní přístupy při zkoumání veřejných politik. In: Nekola, Martin, Hana Geissler a Magdalena Muralová. (eds.). *Současné metodologické otázky veřejné politiky*. Karolinum, Praha, 2011.

GEYER, Johannes a Erika SCHULZ. *Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland*. [online]. DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. Wochenbericht. 2014, 294-301 [cit. 2014-11-07]. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.441657.de/14-14-2.pdf

GOLA, Petr. *Důchodový systém ve Velké Británii*. [online]. 2011 [cit. 2014-07-03]. Dostupné z <http://www.finance.cz/zpravy/finance/329687- Duchodovy-system-ve-velke-britanii/>.

GOLINOWSKA, Stanisława. *The Long-Term Care System for the Elderly in Poland: ENEPRI Research Report No. 83* [online]. 2010 [cit. 16.12.2014]. ISBN 978-94-6138-025-8. Dostupné z: <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%20No%2083%20%28ANCIEN%20-%20Poland%29.pdf>

GOLINOWSKA, Stanisława. The national model of the welfare state in Poland.: Tradition and changes. In: GOLINOWSKA, Stanisława, Peter HENGSTENBERG a Maciej ŻUKOWSKI (eds.). *Diversity and commonality in European social policies: the forging of a European Social Model*. 1. publ. Warsaw: Wydawnictwo Naukowe "Scholar", 2009, 213-260. ISBN 9788373833470.

GOODWIN, Nick, Anna DIXON, Geoff ANDERSON a Walter WODCHIS. *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*. [online]. 2014 [cit. 2014-07-03]. DOI: 978 1 909029 163. Dostupné z: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>

GOV UK [online]. 2014 [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: <https://www.gov.uk>

GOVERNMENT UK. *National Strategy for Carers*. London, 1999.

GOVERNMENT OFFICE OF SWEDEN. *Social Insurance in Sweden. Sweden: Ministry of Health and Social Affairs*. 2014. Dostupné z: <http://www.government.se/content/1/c6/23/79/82/56e9812f.pdf>

HM GOVERNMENT. *Recognised, valued and supported: Next steps for the Carers Strategy*. London, 2010.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). *Establish a Rapid Response Team*. [online]. 2014 [cit. 2014-07-03]. Dostupné z: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/EstablishaRapidResponseTeam.aspx>

IMSERSO. *INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DEL SAAD: Situación a 1 de Enero de 2011* [online]. 2011 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z:

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionest2010.pdf>

IMSERO. *INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DEL SAAD: Situación a 1 de Enero de 2011* [online]. 2011 [cit. 2014-12-08]. Dostupné

z: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionest2010.pdf>

INGLOT, Tomasz. *Welfare states in East Central Europe, 1919-2004*. New York: Cambridge University Press, 2008, xv, 363. ISBN 05-218-8725-9.

INTERESSENVERTRETUNG BEGLEITENDER ANGEHÖRIGER UND FREUNDE IN DEUTSCHLAND E. V. *Positionspapier AG Beruf und Pflege vereinbaren*. 2014, 11 s. Dostupné z: <http://www.wir-pflegen.net/wp-content/medien/Positionspapier-Beruf-und-Pflege-Stand-13-6-2014.pdf>

JEGERMALN, Magnus. *Civil Society in a Scandinavian Welfare State Context: Trends in Informal Care and Volunteering*. Ersta Sköndal university collage. 2010. Dostupné z: <http://www.rj.se/Global/civilsamh%C3%A4llet/Magnus%20Jegermalm%20eng.pdf>

JIMÉNEZ-MARTÍN, Sergi. *Aspectos Económicos de la Dependencia y el Cuidado Informal en España* [online]. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra, 2007 [cit. 2014-12-06]. Dostupné z: <http://www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/LIBRODEPENDENCIA-FAZ.pdf>. Investigación. Universidad Pompeu Fabra.

JOHANSSON, Lennarth. *NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE. Informal Caregiving in Sweden*. 2014.

KARP, Anita, Roya EBRAHIMI, Alesandra MARENGONI a Laura FRATIGLIONY. *Informal care and voluntary assistance: A systematic literature review of quantitative and qualitative aspects of assistance to elderly persons in Sweden, Italy, the United Kingdom and Canada*. Sweden: Swedish Government Inquiries, Social Council, 2010. Dostupné z: <http://www.palliativ.kiev.ua/upload/10.pdf>

KING'S FUND. [online]. 2014 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://www.kingsfund.org.uk>

KOLDINSKÁ, Kristina. *Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro Českou republiku?* APLIKOVANÉ PRÁVO. Praha: VŠAP, roč. 2004, č. 2, s. 59-74.

KROUTILOVÁ-NOVÁKOVÁ, Radana, JANDZÍKOVÁ, Eva. *Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti*. Fórum sociální politiky. Praha: VUPSV, roč. 2012, č. 2, s. 20-24.

KRZYSZKOWSKI, Jerzy. Osoby starsze. SZARFENBERG, Ryszard. *Krajowy raport badawczy: pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*. Warszawa: Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych Wrzos, 2011, s. 153-192. ISBN 9788392987475.

LJUNGREN, Gunnar a Thomas EMILSSON. *The role of informal care in long-term care: National Report Sweden*. Stockholm: Interlinks, 2009. Dostupné z: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_SE_final_06.pdf

MEINE KRANKENKASSE. Häusliche Pflege [online]. 2014 [cit. 2014-11-07]. Dostupné z:
<https://www.meine-krankenkasse.de/leistungen-extras/pflegeversicherung/haeusliche-pflege.html>

MICHALÍK, Jan. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010.

MINISTERIO DE SANIDAD. *Política Social e Igualdad*. 2011. Dostupné z:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Datos relevantes. Secretaría de estado de servicios sociales e igualdad, instituto de mayores y servicios sociales*. 2014. Dostupné z:
http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/datos_relev_saad_20131231.pdf

MINISTERSTWO POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPS). *Strategia Polityki Społecznej na Lata 2007–2013: Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 r.* [online]. 2005 [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/nowe/strategiaps.pdf>

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Informacja dot. wsparcia dla opiekunów nieformalnych*. Varšava, 2014b. Dostupné z: interní dokument zpracovaný polským Ministerstvem práce a sociálních věcí

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2012 r.* [online]. Varšava, 2013a [cit. 2014-08-27]. Dostupné z:
http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Polityka%20rodzinna/statystyka/Informacja%20swiadczenia%20rodzinne%202012.pdf

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2013 r.* [online]. Varšava, 2014a [cit. 2014-08-27]. Dostupné z:
http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Polityka%20rodzinna/statystyka/Informacja%20swiadczenia%20rodzinne%202013-popr.pdf

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Kryterium dochodowe*. [online]. 2014c [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania/zasilek-rodzinny-oraz-dodatki/kryterium-dochodowe/>

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Ośrodek wsparcia. MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS)* [online]. cca 2014c [cit. 2015-01-08]. Dostupné z:
<http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/formy-udzielanej-pomocy/osrodek-wsparcia/>

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *specjalny zasiłek opiekuńczy. MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS)* [online]. cca 2014b [cit. 2015-01-08]. Dostupné z:
<http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania/swiadczenia-opiekuncze/specjalny-zasilek-opiekunczy/>

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Świadczenie pielęgnacyjne. MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS)* [online]. cca 2014a [cit. 2015-01-08]. Dostupné z:
<http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania/-test-swadczenia-pielegnacyjne/swiadczenie-pielegnacyjne/>

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Ubezpieczenia społeczne w Polsce. EURES Polska* [online]. 2011a [cit. 2014-08-27]. Dostupné z:

http://www.eures.praca.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=116

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ (MPIPS). *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce* [online]. Varšava, 2013b [cit. 2014-08-27]. Dostupné z:

<http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>

MOZOS, Elisa Sala. *SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD SOCIAL. La Calidad de Vida de las Cuidadoras Informales: Bases para un Sistema de Valoración* [online]. 2009 [cit. 2014-12-08].

Dostupné z: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119780.pdf>

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ) [online]. 2014 [cit. 2014-08-27]. Dostupné z:

<http://www.nfz.gov.pl/>

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). *Home care. In: NHS Choices: Helping put you in charge of your healthcare* [online]. 2014 [cit. 2014-12-16]. Dostupné z:

<http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/Homecare.aspx>

NATIONELLT KOMPETENSCENTRUM ANHÖRIGA. *Nationellt kompetenscentrum anhöriga: Nka* [online]. 2014 [cit. 2014-11-28]. Dostupné z: <http://www.anhoriga.se/>

NEKOLOVÁ, Markéta. *Flexicurity.: Hledání rovnováhy mezi flexibilitou a ochranou trhu práce v České republice*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-87007-89-1. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_253.pdf

NĚMECKO. Zákon č. 1467 a 1468/2002 Sb. ze dne 27. 4. 2002, zákon na podporu rovného postavení osob s postižením. *Behindertengleichstellungsgesetz*. Dostupný také z: <http://www.gesetze-im-internet.de/bgg/BJNR146800002.html>

NĚMECKO. Zákon č. 3022/2003 Sb. ze dne 27. 12. 2003, sociální zákon. *Sozialgesetzbuch (SGB)*. Dostupný také z: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/

NATIONAL HEALTHCARE SERVICE (NHS) INFORMATION CENTRE FOR HEALTH AND SOCIAL CARE. *Survey of Carers in Households*. 2010.

NATIONAL HEALTHCARE SERVICE (NHS). *Getting a break from caring*. [online]. 2014 [cit. 2014-07-03]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/CarersDirect/yourself/timeoff/Pages/Accessingrespitecare.aspx>

ORGANIZACE PRO HOSPODÁŘSKOU SPOLUPRÁCI A ROZVOJ (OECD). *Employment and Labour Markets: Key Tables from OECD: Part-time employment*. OECD, 2013. Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/employment/part-time-employment_20752342-table7;jsessionid=4aug6kcg70qls.x-oecd-live-01

OECD. *Social spending (indicator)* [online]. 2014. [cit. 2015-06-28]. Dostupné z: 10.1787/7497563b-en

ORENSTEIN, Mitchell A. Postcommunist Welfare States. *Journal of democracy*. In: Denville, N.J.: *National Endowment for Democracy*, 2008, roč. 19, č. 4, s. 80-94. Dostupné z:

http://www.pf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PF-katedry/politologie/Postcommunist_welfare_states.pdf

PICKARD, Linda. *Carer Break or Carer-blind? Policies for Informal Carers in the UK*. Social Policy. 2001, vol. 35, issue 4, s. 441-458. DOI: 10.1111/1467-9515.00244. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-9515.00244>

POLSKO. Výrok ústavního soudu č. 1652/2014 Sb. ze dne 18. 11. 2014, podepsaný akt SK 7/11. *Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 listopada 2014 r.* Dostupný také z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140001652>

POLSKO. Zákon č. 1456/2013 Sb. ze dne 18. 11. 2013, o rodinných dávkách. *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach rodzinnych*. Dostupný také z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130001456>

POLSKO. Zákon č. 59/1964 Sb., částka 9, ze dne 25. 2. 1964 Kodex rodinný a pečovatelský. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*. Dostupný také z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19640090059.%201964>.

POLSKO. Zákon č. 593/2004 Sb., částka 64, ze dne 12. 3. 2004, o sociální podpoře. *Ustawa o pomocy społecznej*. Dostupný také z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20040640593>

POLSKO. Zákon č. 597/2014 Sb. ze dne 4. 4. 2014, o zavedení a vyplácení příspěvku pro pečovatele. *Ustawa z dnia o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów*. Dostupný také z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140000567>.

POLSKO. Zákon č. 776/1997 Sb., částka 123, ze dne 27. 8. 1997 o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených osob. *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. Dostupný také z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19971230776>

PORTAL DE DEPENDENCIA. *Portal de Dependencia* [online]. 2014 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm

PORTAL OPS.PL. *Portal OPS.PL: Pierwszy Portal Pomocy Społecznej* [online]. 2015 [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://ops.pl/>

POTŮČEK, Martin. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 142 s.

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE (PCPR). *Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie: www.pcpr.info* [online]. 2015 [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://www.pcpr.info/>

RACŁAW, Mariola. Opiekunowie nieformalni – "niewidoczne" podmioty. In: RACŁAW, Mariola et al. *Publiczna troska, prywatna opieka: społeczności lokalne wobec osób starszych*. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych, 2011, s. 275-286. ISBN 9788376890227.

ROSOCHACKA-GMITRZAK, Magdalena. Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwan i opiekunczych możliwości rodzin. In: RACŁAW, Mariola et al. *Publiczna troska, prywatna opieka: społeczności lokalne wobec osób starszych*. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych, 2011, s. 137-154. ISBN 9788376890227.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH. *Ustawa o świadczeniach dla opiekunów osób z niepełnosprawnościami podpisana [art. 28 – Odpowiednie warunki życia i ochrona socjalna]* [online]. 2014 [cit. 2014-08-28]. Dostupné z: <http://www.rpo.gov.pl/pl/content/ustawa-o->

%C5%9Bwiadzeniach-dla-opiekun%C3%B3w-os%C3%B3b-z-niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bciami-
podpisana-art-28-%E2%80%93

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALIDAD. *Información complementaria de la gestión del SAAD a 31 de octubre de 2013* [online]. 2013 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/perfil_personaI2013.pdf

SIMON, Chantal. *Support for older people and their carers*. *InnovAiT*. 2011, 4, č. 8, s. 450-457. DOI: 10.1093/innovait/inr026. Dostupné z: <http://ino.sagepub.com/lookup/doi/10.1093/innovait/inr026>

SIPORSKA, Anna. *Ubezpieczenia społeczne w polsce*. Varšava: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2012. Dostupné z: http://www.zus.pl/pliki/poradniki/1585_12.pdf

SOZIALMINISTERIUM SERVICE. *Pflegekarenzgeld (neu ab 01.01.2014)* [online]. [cit. 2015-11-05]. Dostupné z: [https://www.sozialministeriumservice.at/site/Pflege/Pflegekarenzgeld_\(neu_ab_01.01.2014\)](https://www.sozialministeriumservice.at/site/Pflege/Pflegekarenzgeld_(neu_ab_01.01.2014))

SOCIALSTYRELSEN. *Socialstyrelsen* [online]. 2014 [cit. 2014-11-28]. Dostupné z: <http://www.socialstyrelsen.se/english>

SOTOS, Francisco Escribano, Pablo Moya MARTÍNEZ a Isabel Pardo GARCÍA. *La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España* [online]. Universidad de Castilla-La Mancha, 2009 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: <http://www.uclm.es/dep/daef/DOCUMENTOS%20DE%20TRABAJO/2009-04%20DT-DAEF.pdf>

STARR, Madeleine a E. HOLZHAUSEN. *Who Cares Wins: employer support and employment rights for carers in the UK*. Carers UK, 2012.

STATISTA: DAS STATISTIK PORTAL. *Bevölkerung – Entwicklung der Einwohnerzahl von Deutschland von 1990 bis 2013 (in Millionen)*. [online]. 2014 [cit. 2014-12-15]. Dostupné z: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2861/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/>

STATISTISCHES BUNDESAMT. *Pflegende Angehörige in Deutschland häufiger erwerbstätig als im EU-Durchschnitt*. [online]. 2014 [cit. 2014-11-07]. Dostupné z: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/VereinbarkeitVonPflegeUndBeruf.html>

SZARFENBERG, Ryszard. *Osoby niepełnosprawne*. In: SZARFENBERG, Ryszard. *Krajowy raport badawczy: pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*. Warszawa: Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych Wrzos, 2011, 99-152. ISBN 9788392987475.

SZYMCZUK, Ewa. *Dodatek pielęgnacyjny* [online]. 2014a [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/204422>

SZYMCZUK, Ewa. *Zasiłek pielęgnacyjny* [online]. 2014b [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/204420>

ŠPANĚLSKO. *Real Decreto* č. 174/2011 Sb. ze dne 11. 2. 2011. Dostupný také z:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-3174>

ŠPANĚLSKO. *Real Decreto* č. 615/2007 Sb. ze dne 11. 5. 2007. Dostupný také z:
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-9690

ŠPANĚLSKO. *Real Decreto-ley* č. 20/2012 Sb. ze dne 13. 7. 2012. Dostupný také z:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>

ŠPANĚLSKO. Zákon č. 39/2006 Sb. ze dne 14. 12. 2006, o podpoře autonomie osob a péče pro lidi v situacích závislosti. *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Dostupný také z: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

ŠTOLLOVÁ, Dana. *Postavení pečujících osob v kontextu zákona o sociálních službách*. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.

ŠVÉDSKO. Zákon č. 453/2001 Sb. ze dne 7. 6. 2001, o sociálních službách. *Socialtjänstlag*. Dostupný také z: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Anežka HOLEŇOVÁ a Terezie HOROVÁ. *Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

TRIANAFILLOU, Judy (et al). *Informal care in the long-term care system: EUROpean Overview Paper*. Athens/Vienna: Interlinks, 2010. Dostupné z:
http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf

VELKÁ BRITÁNIE. Zákon č. 12/1995 Sb. ze dne 28. 6. 1995, o uznání a službě pečovatелů. Carers (Recognition and Service) Act. Dostupný také z:
http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/12/pdfs/ukpga_19950012_en.pdf

VELKÁ BRITÁNIE. Zákon č. 15/2004 Sb. ze dne 22. 7. 2004, o rovných příležitostech pro pečující osoby. Carers (Equal Opportunities) Act. Dostupný také z:
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/15/introduction>

VELKÁ BRITÁNIE. Zákon č. 15/2010 Sb. ze dne 8. 4. 2010, o rovnoprávnosti. Equality Act. Dostupný také z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/introduction>

VELKÁ BRITÁNIE. Zákon č. 23/2014 Sb. ze dne 14. 5. 2014, o péči. Care Act. Dostupný také z:
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/introduction/enacted>

VELKÁ BRITÁNIE. Zákon č. 26/1999 Sb. ze dne 27. 7. 1999, o zaměstnaneckých vztazích. Employment Relations Act. Dostupný také z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1999/26/introduction/enacted>

VOSTATEK, Jaroslav. *Financování a nákladovost sociálních služeb: pobytové a terénní služby sociální péče*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013, 103 s. ISBN 978-80-904668-7-6.

WEGE ZUR PFLEGE [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.wege-zur-pflege.de/startseite.html>

WIR PFLEGEN. *Wir pflegen* [online]. 2014 [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.wir-pflegen.net/wir-ueber-uns/satzung/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Grada Publishing, a.s, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/70/9788024715872_cze.pdf

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (ZUS) – DEPARTAMENT ŚWIADCZEŃ EMERYTALNO-RENTOWYCH. *Renta socjalna* [online]. 2015a [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=406>

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (ZUS) – DEPARTAMENT ŚWIADCZEŃ EMERYTALNO-RENTOWYCH. *Renty z tytułu niezdolności do pracy* [online]. 2015b [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=400>

Datové soubory:

BÖRSCH-SUPAN, Alex. (2013): *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4*. Data file Version 1.1.1. SHARE-ERIC. doi: 10.6103/SHARE.w4.111

EUROPEAN COMMISSION (2012): *Eurobarometer 67.3 (May-Jun 2007)* [Datový soubor]. TNS OPINION & SOCIAL, Brussels [Tvůrce]. GESIS Data Archive, Cologne. ZA4561 Data file Version 2.1.0, doi:10.4232/1.10985 [Depozitor]

EUROPEAN COMMISSION (2014): *Eurobarometer 76.2 (2011)* [Datový soubor]. TNS OPINION & SOCIAL, Brussels [Tvůrce]. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5566 Data file Version 2.0.1, doi:10.4232/1.12006 [Depozitor]